

СУМСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
МЕДИЧНИЙ ІНСТИТУТ  
Кафедра стоматології

Затверджено  
на засіданні кафедри стоматології  
протокол № 1 від 28.08.2017 р.  
Завідувач кафедри  
\_\_\_\_\_ д.мед.н. Лахтін Ю.В.

**Методичні рекомендації  
для самостійної роботи студентів  
з дисципліни «Хірургічна стоматологія» 4 курс  
Модуль 3**

Суми 2017

**Методичні вказівки складено:  
асистент Черненко В.М.**

## З М І С Т

1. Організація онкостоматологічної допомоги хворим та їх диспансеризація. Порядок та методи обстеження онкостоматологічного хворого. Медична документація хірурга-стоматолога.
2. Біологічні основи клінічної онкології. Онконастороженість. Класифікація пухлин щелепно-лицевої ділянки.
3. Передракові захворювання шкіри обличчя, слизової оболонки порожнини рота та язика: гістологічна будова, клінічні форми, диференційна діагностика, лікування, ускладнення і профілактика.
4. Епітеліальні пухлини м'яких тканин. Клініка, діагностика, диференціальна діагностика, лікування.
5. Пухлиноподібні утворення м'яких тканин: атерома, рінофіма, кератоакантома, кератолітична папілома (шкірний ріг). Клініка, діагностика, диференціальна діагностика, лікування.
6. Пухлини та пухлиноподібні утворення фіброзної тканини. Клініка, діагностика, диференціальна діагностика, лікування.
7. Пухлини та пухлиноподібні утворення м'язової та жирової тканини. Клініка, діагностика, диференційна діагностика, лікування.
8. Пухлини кровоносних і лімфатичних судин м'яких тканин та щелеп. Клініка, діагностика, лікування.
9. Пухлини меланогенної системи: невус, меланома. Клініка, діагностика, лікування.
10. Пухлини та пухлиноподібні ураження периферичних нервів обличчя. Клініка, діагностика, диференційна діагностика, лікування.
11. Епітеліальні та неепітеліальні пухлини слинних залоз. Клініка, діагностика, диференційна діагностика, лікування.
12. Кісти слинних залоз. Клініка, діагностика, диференційна діагностика, лікування.
13. Одонтогенна пухлина амелобластома (адамантинома). Одонтогенні пухлини та пухлиноподібні ураження кісток лицевого скелету: одонтома, цементома, одонтогенна фіброма. Клініка, діагностика, диференціальна діагностика, лікування.

14. Одонтогенні епітеліальні кісти щелеп: радикулярна, зубовміщуюча, парадентарна, первинна, фолікулярна, кіста прорізування, ясенева. Клініка, діагностика, диференційна діагностика, лікування.

15. Первинна кісткова остеогенна пухлина остеобластокластома. Остеогенні кісткові пухлини: остеома, остеодостома, хондрома, остехондрома, фіброостеома. Клініка, діагностика, диференційна діагностика, лікування.

16. Пухлиноподібні ураження щелеп: фіброзна дисплазія, херувізм, хвороба Енгля-Реклінгаузена, хвороба Педжета, еозинофільна гранульома. Клініка, діагностика, диференційна діагностика, лікування.

17. Пухлини та пухлиноподібні ураження зародкового походження: бронхіальні, тіреоглосальні кісти, нориці обличчя та шиї, тератома, бронхіогенний рак. Клініка, діагностика, диференціальна діагностика, лікування.

18. Злоякісні пухлини слинних залоз: гістологічна будова, клінічні форми, диференційна діагностика, лікування.

19. Рак і саркома щелеп: походження та гістологічна будова, класифікація, клініка, диференційна діагностика, лікування, ускладнення та профілактика.

20. Рак губи. Рак органів порожнини рота (язика, щоки, дна порожнини рота, твердого та м'якого піднебіння). Походження та гістологічна будова, класифікація, клініка, диференційна діагностика, лікування, ускладнення, профілактика

Міністерство охорони здоров'я України  
Вищий державний навчальний заклад України  
Сумський державний університет  
Медичний інститут

«Затверджено»  
на засіданні кафедри  
стоматології

Завідувач кафедри  
д.мед.н.Лахтін Ю.В.

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ  
ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ  
ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ДО ПРАКТИЧНОГО  
(СЕМІНАРСЬКОГО) ЗАНЯТТЯ

Навчальна дисципліна	Хірургічна стоматологія
Модуль №	3
Змістовний модуль №	3
Тема заняття	Організація онкостоматологічної допомоги хворим та їх диспансеризація. Порядок та методи обстеження онкостоматологічного хворого. Медична документація хірурга-стоматолога.
Курс	IV
Факультет	Стоматологічний

## 1. АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ.

Кількість пацієнтів з онкологічними захворюваннями постійно зростає у всьому світі, й в Україні, зокрема. Враховуючи, що голова та шия мають складну анатомічну будову та гістоархітектоніку, пухлини та пухлиноподібні ураження щелепно-лицевої локалізації дуже численні й різні за клінічним перебігом, патоморфологією та гістогенезом. На даний час запропоновано велику кількість класифікацій, але єдиної – немає, хоча розвиток онкології на сучасному етапі вимагає використання єдиних, загально визнаних підходів у цьому питанні, оскільки наявність численних класифікацій і різноманітної номенклатури пухлин, різного розуміння одних і тих самих термінів, зумовлює значні труднощі в інтерпретації наукових і клінічних досліджень, обміні досвідом, порушує наступність під час надання допомоги в різних лікувальних закладах. Вищенаведене визначає важливість знання принципів і методів діагностики, лікування пухлин голови та шиї, а також їх профілактики.

## 2. КОНКРЕТНІ ЦІЛІ:

- 2.1. Аналізувати дані статистики пухлин та пухлиноподібних захворювань щелепно-лицевої ділянки.
- 2.2. Пояснювати особливості етіології та патогенезу пухлин та пухлиноподібних захворювань щелепно-лицевої ділянки.
- 2.3. Запропонувати методи діагностики пухлин та пухлиноподібних захворювань щелепно-лицевої ділянки.
- 2.4. Класифікувати пухлини та пухлиноподібні утвори щелепно-лицевої локалізації.
- 2.5. Трахувати основи організації онкологічної допомоги пацієнтам з пухлинами та пухлиноподібними утворами щелепно-лицевої локалізації.
- 2.6. Малювати схему обстеження пацієнта з пухлиною або пухлиноподібним захворюванням щелепно-лицевої ділянки.
- 2.7. Проаналізувати принципи диспансеризації пацієнтів з пухлинами та пухлиноподібними захворюваннями щелепно-лицевої локалізації.
- 2.8. Скласти план лікування пацієнта з пухлиною або пухлиноподібним захворюванням щелепно-лицевої ділянки.

## 3. БАЗОВІ ЗНАННЯ, ВМІННЯ, НАВИЧКИ, НЕОБХІДНІ ДЛЯ ВИВЧЕННЯ ТЕМИ (міждисциплінарна інтеграція).

Назви попередніх дисциплін	Отримані навички
1. Етика та деонтологія.	Встановити психологічний контакт з онкохворим.
2. Організація охорони здоров'я.	Застосовувати знання з принципів організації онкодопомоги та диспансеризації. Оформити необхідну документацію.
3. Патоморфологія.	Описувати характер патологічних змін анатомічних структур при розвитку пухлин. Демонструвати навички з взяття матеріалу для цитологічного та морфологічного дослідження.
4. Патологічна фізіологія.	Визначати етіологію та патогенез пухлин.
5. Пропедевтика внутрішніх хвороб.	Написати схему загального обстеження хворого. Провести курацію онкохворого.
6. Загальна онкологія.	Описувати принципи діагностики та лікування онкозахворювань. Призначити схему обстеження пацієнта.

## 4. ЗАВДАННЯ ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ДО ЗАНЯТТЯ.

### 4.1. Перелік основних термінів, параметрів, характеристик, які повинен засвоїти студент при підготовці до заняття:

Термін	Визначення
1. Пухлина (за ВООЗ).	Це аномальна маса тканин з надлишковим

	розростанням, яке не корелює з ростом нормальної тканини і триває після припинення дії чинників, які його зумовили.
2. Диспансеризація.	Це система медичних заходів, яку здійснюють лікувальні установи з метою своєчасної діагностики, лікування та профілактики захворювань.
3. Онкологічна настороженість.	Це лікарська тактика, спрямована на раннє виявлення онкозахворювань. Головне правило цієї тактики: «Незалежно від приводу за яким звернувся до лікаря пацієнт, лікар повинен виключити у нього діагноз онкозахворювання».

#### 4.2. Теоретичні питання до заняття:

1. Структура організації онкостоматологічної допомоги.
2. Принципи диспансеризації пацієнтів з пухлинами голови та шиї.
3. Організація онкостоматологічної допомоги.
4. Медична документація хірурга-стоматолога.
5. Класифікація пухлин щелепно-лицевої локалізації.
6. Методика обстеження пацієнта з онкозахворюваннями.

#### 4.3. Практичні роботи (завдання), які виконуються на занятті:

1. Провести курацію пацієнта з пухлиною щелепно-лицевої ділянки.
2. Скласти схему обстеження пацієнта з пухлиною або пухлиноподібним захворюванням щелепно-лицевої локалізації.

#### 5. ЗМІСТ ТЕМИ:

**Диспансеризація** – активний метод динамічного спостереження за станом здоров'я як майже здорового населення, так і пацієнтів, які мають хронічні та довготривалі захворювання.

**Диспансерний метод спостереження** – це система профілактичних та лікувальних заходів, спрямованих на зміцнення здоров'я, покращення фізичного розвитку, активне виявлення захворювань на ранніх стадіях, систематичне спостереження за станом здоров'я осіб, взятих на диспансерний нагляд, надання їм своєчасної лікувальної допомоги, збереження їх працездатності, а також активну профілактику ускладнень захворювань, тобто на здійснення активних заходів індивідуальної та соціальної профілактики, оздоровлення виробничих та побутових умов.

**Диспансеризація пацієнтів стоматологічного профілю** - система лікувальних заходів, спрямованих на якомога раннє виявлення захворювань органів та тканин порожнини рота та щелепно-лицевої ділянки, ліквідацію причин, які викликають ці захворювання, якісне комплексне обстеження, лікування пацієнтів, які перебувають на диспансерному обліку, збереження їх працездатності. Організація проведення та облік диспансерної роботи в стоматології регулюється наказом Міністерства охорони здоров'я № 327 від 08.12.2000 « про відновлення диспансеризації населення і впровадження моніторингу стану його здоров'я».

##### **Принципи диспансеризації стоматологічних хворих:**

- плановість та комплексність лікувально-профілактичних заходів;
- диференційований підхід з використанням сучасних методів діагностики, лікування та профілактики захворювань щелепно-лицевої локалізації;
- постійне підвищення кваліфікації лікарів.

##### **Елементи диспансеризації стоматологічних пацієнтів:**

- відбір;
- спостереження;
- оздоровлення;
- планування;
- управління.

### **Диспансерному нагляду у хірурга-стоматолога підлягають пацієнти з:**

- передраковими захворюваннями щелеп, органів та тканин порожнини рота;
- злоякісні новоутвори щелеп та порожнини рота (спільно з онкологами залежно від стадії захворювання).

### **Порядок та методи обстеження онкостоматологічного хворого.**

1. з'ясування скарг та збір анамнезу;
2. об'єктивне обстеження з використанням фізикальних методів;
3. застосування додаткових методів обстеження.

#### **При опитуванні пацієнта слід звернути увагу на скарги:**

- неспецифічні скарги, зумовлені наявністю новоутворення (наявність пухлини, асиметрія обличчя, деформація органа та ін.);
- скарги на неспецифічні функціональні порушення (утруднення жування, мовлення, ковтання, зміна тембру голоса, носового дихання, під час відкривання рота, під час повороту голови, зсув очного яблука, погіршення зору, оніміння певних ділянок обличчя та ін.);
- біль у ділянці новоутворення (мимовільний, причинний, сильний, помірний, слабкий, короткочасний, тривалий, постійний, ниючий, колючий та ін.);
- специфічні скарги (періодичні рясні кровотечі при гемангіомах, неврологічна симптоматика при пухлинах периферичних нервів, специфічний характер болю при остеод-остеомі та ін.);
- скарги загального характеру (слабкість, нездужання, втрата апетиту та ін.).

#### **Після з'ясування скарг пацієнта переходять до збору анамнезу захворювання та життя:**

- час появи новоутворення або момент, коли пацієнт його уперше помітив;
- з чим пацієнт пов'язує виникнення пухлини;
- якими були перші ознаки;
- темпи зростання новоутворення, прискорення росту, періоди збільшення-зменшення, приєднання запальних явищ, поява нової симптоматики та ін.;
- чи звертався пацієнт за медичною допомогою та її результат;
- попередня оцінка стану здоров'я пацієнта;
- умови праці та побуту;
- спадковість та ін.

#### **Вивчення Status localis** полягає у ретельній оцінці:

- симетрії обличчя;
- стану шкірних покривів;
- функції скроневопонижньощелепових суглобів;
- стану порожнини рота, глотки;
- функції слинних залоз та стану їх проток;
- стану регіонарних лімфатичних вузлів (для виключення лімфо генних метастазів при злоякісних пухлинах).

#### **Методи об'єктивного клінічного дослідження:**

- огляд;
- пальпація;
- перкусія (зубів, що розташовані у ділянці новоутворень щелеп);
- аускультация (гіллясті гемангіоми, хемодектоми, судинні аневризми – для виявлення систолічного шуму).

#### **Послідовність характеристики новоутворення:**

- локалізація;
- розміри;
- колір;
- форма та контури;
- стан поверхні;
- консистенція;
- флуктуація;
- наявність характерних симптомів (наповнювання –спорожнювання, пергаментного хрусту);
- болісність при пальпації;
- рухливість;
- зміни шкіри та слизових оболонок над новоутворенням.

#### **Додаткові методи обстеження пацієнтів з пухлинами та пухлиноподібними новоутвореннями:**



- рентгенологічне;
- комп'ютерна томографія з 3D-моделюванням;
- МРТ;
- цитологічне дослідження (пункція, мазок-відбиток, зскрібок);
- біопсія (інцизійна, ексцизійна, трепанобіопсія, щипцева, кюретаж);
- термографія;
- радіоізотопне дослідження;
- ультразвукове дослідження;
- лабораторні дослідження (крові, сечі та ін.).

#### Медична документація:

**Медична карта стоматологічного хворого** (форма № 043/0) – є звітним та обліковим документом, містить графі із указівкою паспортних даних, діагнозу захворювання, скарг, анамнезу захворювання та життя пацієнта, даних об'єктивного та додаткових методів обстеження, а також щоденник та лікування та профілактичних оглядів пацієнта. Медична карта стоматологічного пацієнта містить відомості про навчання пацієнта навичкам гігієни і контролю гігієнічного стану порожнини рота.

**Листок щоденного обліку роботи лікаря-стоматолога** (форма №037/0) – звітний та обліковий документ, що заповнюється щодня лікарем після прийому пацієнтів і містить відомості про фактично відпрацьований робочий час, кількість прийнятих пацієнтів, діагнози пацієнтів і комплекс виконаного лікування з урахуванням здійсненого знеболювання, відомості про санацію порожнини рота, відпрацьовані умовні одиниці трудомісткості. На підставі даних «Листка щоденного обліку роботи лікаря-стоматолога» наприкінці місяця заповнюється «Щоденник обліку роботи лікаря-стоматолога».

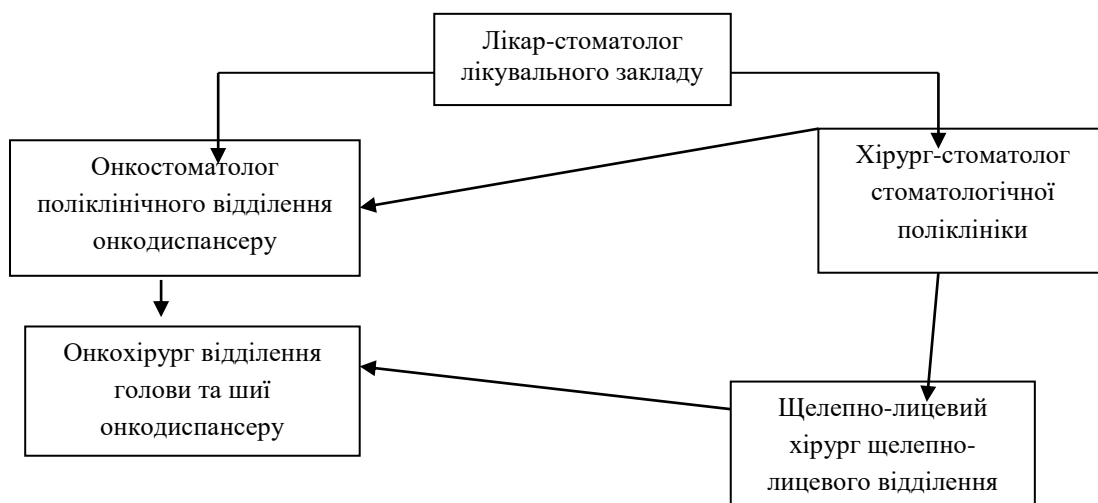
**Щоденник обліку роботи лікаря-стоматолога** (форма № 039-2/0) – звітний та обліковий документ, що містить 51 графу з відомостями про відпрацьований протягом місяця робочий час, кількість прийнятих пацієнтів, обсяг виконаної лікувальної і профілактичної роботи. Щоденник заповнюється наприкінці робочого місяця та служить для статистичної обробки результатів і обліку роботи лікаря-стоматолога.

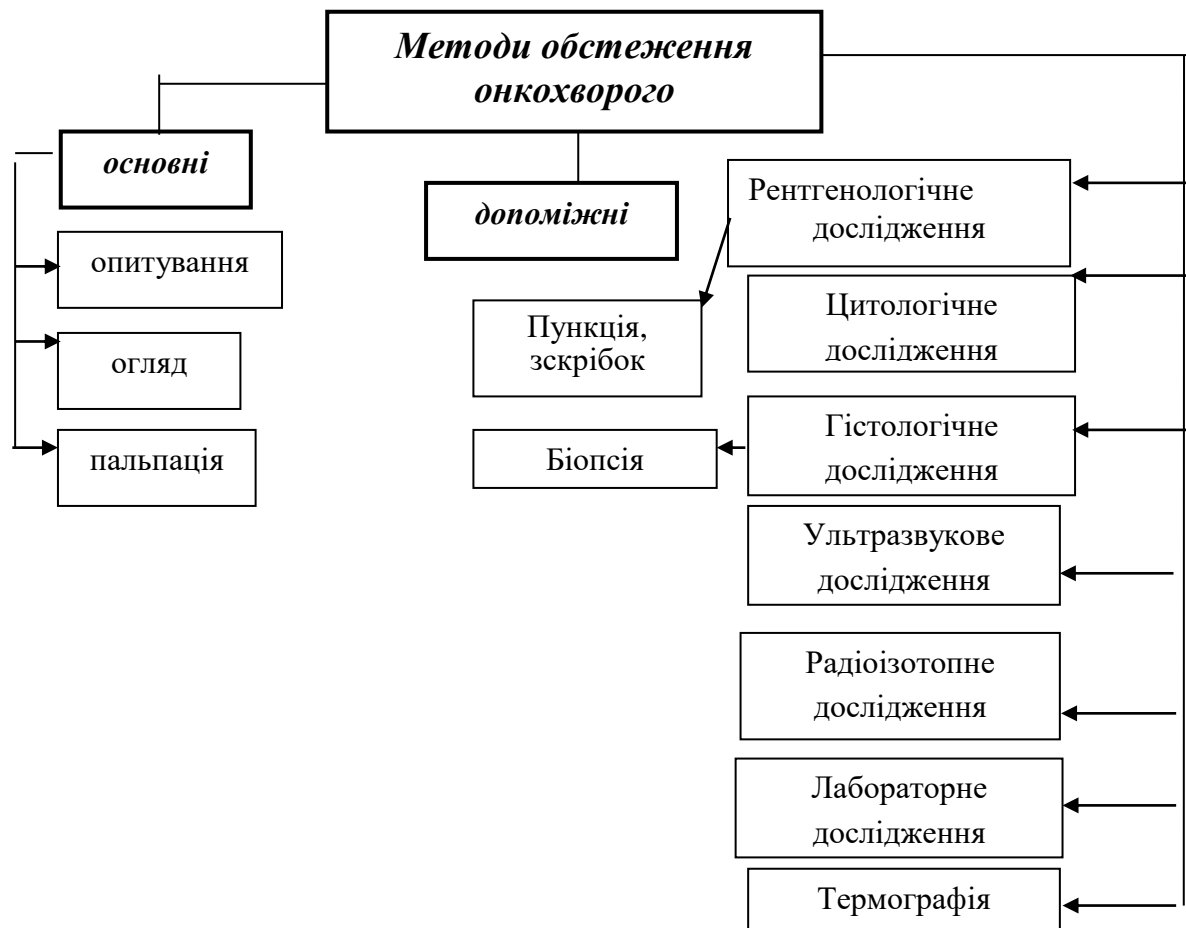
**Журнал обліку профілактичних оглядів порожнини рота** (форма № 049/0) є звітним та обліковим документом, що відображає профілактичну роботу лікаря-стоматолога з належними групами пацієнтів, характеризує стан диспансерної роботи стоматологічного закладу.

## 6. МАТЕРІАЛИ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ:

### А. Завдання для самоконтролю:

#### 1. Організація онкостоматологічної допомоги.





### Б. Задачі для самоконтролю:

1. Хворий А., 53 років, звернувся до лікаря хірурга-стоматолога зі скаргами на наявність виразки на боковій поверхні язика, яка виникла унаслідок травмування гострим краєм протезу. Виразка існує понад місяць.

Якою має бути тактика лікаря?

(Відповідь: якщо після видалення травмуючого фактора, виразка не зникне протягом 2 тижнів, пацієнта слід направити до онкодиспансеру)

2. Лікар хірург-стоматолог направив на цитологічне дослідження матеріал, який взяв з виразки на слизовій оболонці під'язикової ділянки. З цитологічної лабораторії одержав підтвердження злоякісної виразки.

Які подальші дії лікаря?

(Відповідь: направити хворого в онкодиспансер)

3. Хворий звернувся до стоматолога зі скаргами на погане загоювання лунки зуба, що був видалений два тижні тому. Лікар декілька разів зробив вишкрібання лунки, а через три тижні, коли з'явився постійний біль в щелепі, направив хворого на консультацію в стоматологічну поліклініку, де, після гістологічного дослідження грануляцій, був встановлений діагноз злоякісної пухлини.

Яку помилку зробив стоматолог?

Відповідь: (грануляції, що були видалені з лунки, було обов'язково направити на гістологічне дослідження)

### В. Матеріали для тестового контролю. Тестові завдання з одиничною правильною відповіддю (α=Π):

1. Вкажіть характеристику, що не притаманна злоякісній пухлині:

- A. Інфільтративний ріст.
- B. Не має капсули.
- C. Клітинний атипізм.
- D. Не дає метастазів.

Е. Порушує загальний стан.

(Правильна відповідь: D)

2. Вкажіть характеристику, що не притаманна доброякісній пухлині?

А. Має добре визначену капсулу.

В. Не дає метастазів.

С. Схильність до розпаду пухлини.

D. Не порушує загального стану.

Е. Не має атипізму клітин.

(Правильна відповідь: C)

3. Для якого захворювання характерні такі ознаки: погіршення самопочуття пацієнта, кахексія, наявність припухлості, збільшення регіонарних лімфатичних вузлів, клітинний та тканинний атипізм?

А. Запальні захворювання.

В. Диспластичні процеси.

С. Пухлиноподібні утворення.

D. Доброякісні пухлини.

Е. Злоякісні пухлини.

(Правильна відповідь: E)

### Г. Навчальні задачі 3-го рівня (нетипові задачі):

1. Хворий Д., 41 року, звернувся до лікаря хірурга-стоматолога зі скаргами на наявність припухлості у правій привушно-жувальній ділянці, яка виникла понад 10 років тому, повільно зростала. При об'єктивному дослідженні виявлено новоутворення до 3 см в діаметрі, м'яко-еластичної консистенції, безболісне, з оточуючими тканинами не зв'язане, рухливе.

Якою має бути тактика лікаря?

Які додаткові методи обстеження слід застосувати?

(Відповідь: лікар має взяти матеріал для цитологічного дослідження. Додаткові методи обстеження: лабораторні (загальний та біохімічний аналіз крові), за необхідності рентгенологічний (сіалограма, враховуючи розташування новоутворення)

2. Лікар хірург-стоматолог направив на цитологічне дослідження матеріал, який взяв з виразки у лівій піднижньощелепній ділянці. За результатами цитологічного дослідження знайдено атипові клітини.

Які подальші дії лікаря?

(Відповідь: направити хворого в онкологічний диспансер)

3. Пацієнт А., 42 років, звернувся до хірурга-стоматолога у зв'язку з тим, що у нього виникла сухість у роті. При об'єктивному дослідженні встановлено: асиметрія обличчя за рахунок припухлості у правій привушно-жувальній ділянці, птозу правого ока та опущення правого кута рота. Шкірні покриви в кольорі не змінені. Праві піднижньощелепні лімфатичні вузли збільшені, спаяні між собою, нерухомі. Відкривання рота вільне. Слизова оболонка правої щічної ділянки без видимої патології, суха, слина з устя протоку привушної слинної залози не виділяється.

Поставте попередній діагноз.

Якою має бути тактика лікаря?

(Відповідь: злоякісне новоутворення правої привушної слинної залози. Цитологічне та рентгенологічне дослідження. Консультація та подальше лікування у лікаря-онколога).

### 7. ЛІТЕРАТУРА:

#### Основна література:

1. Дунаевский В.А., Шеломенцев Ю.А. Предопухолевые заболевания и злокачественные опухоли слизистых оболочек полости рта.- Москва: Медицина, 1986г.

2. Колесов А.А., Воробьев Ю.И., Каспарова Н.Н. Новообразования мягких тканей и костей лица у детей и подростков.- Москва: Медицина, 1989г.

3. Машкилейсон А.Л. Предрак красной каймы губ и слизистой оболочки полости рта.- Москва: Медицина, 1970г.

4. Пачес А.Г. Опухоли головы и шеи.- Москва: Медицина, 1983г.

5. Рибалов О.В., Одабашьян А.Л., Соколова Н.П., Саяпіна Л.М. Онкологія щелепно-лицевої ділянки і навчальний посібник для студентів та лікарів-інтернів стоматологів.

**Додаткова література:**

1. Солнцев А.М., Колесов В.С., Доброкачественные опухоли лица, челюстей и органов полости рта.- Киев.: Здоровье,1985.-150

2. Соловьев М.М. Онкологические аспекты в стоматологии. –Москва .: Медицина, 1983

3.Травматологія та онкологія щелепно-лицевої ділянки: Збірник тестових запитань для студентів стоматологічного факультету / О.В.Рибалов, Л.М.Саяпіна, І.В.Яценко, О.О.Розколупа: АСМІ, 2002. –197с.

Міністерство охорони здоров'я України  
Вищий державний навчальний заклад України  
Сумський державний університет  
Медичний інститут

«Затверджено»  
на засіданні кафедри  
стоматології

Завідувач кафедри  
д.мед.н.Лахтін Ю.В.

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ  
ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ  
ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ДО ПРАКТИЧНОГО  
(СЕМІНАРСЬКОГО) ЗАНЯТТЯ

Навчальна дисципліна	Хірургічна стоматологія
Модуль №	3
Змістовний модуль №	3
Тема заняття	Біологічні основи клінічної онкології. Онконастороженість. Класифікація пухлин щелепно-лицевої ділянки.
Курс	IV
Факультет	Стоматологічний

## 1. АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ.

Пухлина, як хвороба, виникає унаслідок реакції організму на шкідливі зовнішні та внутрішні впливи. Вона формується з усіма своїми індивідуальними властивостями залежно від особливостей реакції індивідуума та від зовнішніх і внутрішніх впливів, що викликали її зростання. Ці дві обставини формують біологічні якості пухлини. Ці біологічні особливості різні при різних пухлинах, і ця різниця найвиразніша у доброякісних та злоякісних пухлинах. Особливості злоякісної пухлини як хвороби значною мірою визначаються якостями її клітин, які значно відрізняються від нормальних клітин. Ці якості визначають зростання, розповсюдженість, метастазування пухлини та її вплив на увесь організм. Новоутворення потребують для діагностики цілий комплекс методів обстеження та лікування.

## 2. КОНКРЕТНІ ЦІЛІ:

- 2.1. Аналізувати причини виникнення пухлин та пухлиноподібних утворів щелепно-лицевої ділянки та шиї.
- 2.2. Пояснювати патогенез пухлин та пухлиноподібних утворів щелепно-лицевої ділянки та шиї.
- 2.3. Запропонувати визначення поняття «онконастороженість».
- 2.4. Класифікувати пухлини та пухлиноподібні утворення щелепно-лицевої ділянки та шиї.
- 2.5. Трактувати біологічні основи клінічної онкології.
- 2.6. Малювати схему протиракового захисту організму.
- 2.7. Проаналізувати дію різних канцерогенів на організм людини.
- 2.8. Скласти план профілактики онкологічних захворювань щелепно-лицевої локалізації.

## 3. БАЗОВІ ЗНАННЯ, ВМІННЯ, НАВИЧКИ, НЕОБХІДНІ ДЛЯ ВИВЧЕННЯ ТЕМИ (міждисциплінарна інтеграція).

Назви попередніх дисциплін	Отримані навички
1. Етика та деонтологія.	Встановити психологічний контакт з онкохворим.
2. Організація охорони здоров'я.	Застосовувати знання з принципів організації онкодопомоги та диспансеризації. Оформити необхідну документацію.
3. Патоморфологія.	Описувати характер патологічних змін анатомічних структур при розвитку пухлин. Демонструвати навички з взяття матеріалу для цитологічного та морфологічного дослідження.
4. Патологічна фізіологія.	Визначати етіологію та патогенез пухлин.
5. Пропедевтика внутрішніх хвороб.	Написати схему загального обстеження хворого. Провести курацію онкохворого.
6. Загальна онкологія.	Описувати принципи діагностики та лікування онкозахворювань. Призначити схему обстеження пацієнта.

## 4. ЗАВДАННЯ ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ДО ЗАНЯТТЯ.

### 4.1. Перелік основних термінів, параметрів, характеристик, які повинен засвоїти студент при підготовці до заняття:

Термін	Визначення
1. Пухлина.	Це аномальна маса тканини з надлишковим розростанням, яке не корелює з ростом нормальної тканини і триває після припинення дії чинників, які його зумовили.
2. Канцерогенез.	Це складний багатоетапний процес, який призводить до значної пухлинної реорганізації нормальних клітин організму.
3. Канцероген (від лат. cancer – рак та д.-грец. γέννάω –	Це хімічний (сполука) або фізичний (випромінювання) вплив на організм людини або

народжую), він же карциноген (від д.-грец. <i>καρκίνος</i> – краб и <i>γεννάω</i> – народжую).	тварини, що підвищує вірогідність виникнення злоякісних новоутворень (пухлин).
4. Мутація (лат. <i>mutatio</i> — зміна).	Це стійка (тобто така, що може бути успадкована нащадками даної клітини або організму) зміна генотипу, яка відбувається під впливом зовнішнього або внутрішнього середовища. Процес виникнення мутацій має назву мутагенезу.
5. Анеуплоїдія (від грец. <i>an</i> - негативна частка, <i>eu</i> - добре, сповна, - <i>ploos</i> - кратний та <i>eidos</i> - вид).	Гетероплоїдія, явище, при якому клітини організму містять змінене число хромосом, яке не кратне гаплоїдному набору. Основний механізм виникнення анеуплоїдії – нерозходження та втрати окремих хромосом в мітозі і мейозі. Унаслідок порушення балансу хромосом анеуплоїдія призводить до зниження життєздатності та нерідко до загибелі.
6. Гістогенез (від д.-грец. <i>ἵστός</i> – тканина + <i>γένεσις</i> – утворення, розвиток).	Це сукупність процесів, що призводять до утворення та відновлення тканин в ході індивідуального розвитку (онтогенезу).
7. Онкологічна настороженість.	Це лікарська тактика спрямована на раннє виявлення онкозахворювань.

#### 4.2. Теоретичні питання до заняття:

1. Онкогенез. Сучасні погляди на біологічні засади онкогенезу.
2. Біологічні принципи лікування доброякісних та злоякісних пухлин ШЧЛД.
3. Система імунітету при пухлинах і пухлиноподібних процесах ШЧЛД.
4. Що таке онкологічна настороженість?
5. Класифікації пухлин голови та шиї.

#### 4.3. Практичні роботи (завдання), які виконуються на занятті:

1. Провести курацію хворого з пухлиною щелепно-лицевої локалізації.
2. Скласти схему обстеження хворого.
3. Оформити необхідну медичну документацію

#### 5. ЗМІСТ ТЕМИ:

Причиною виникнення пухлини є дія факторів, що зумовлюють незворотні зміни в генетичному апараті клітини, у результаті чого порушується процес її розподілу. В уражених клітинах виникає неконтрольована стимуляція розподілу або втрачається (стає неефективним) його гальмування.

Загальноприйнятої теорії пухлинного росту до сьогодні ще не визначено, але найбільш широке визнання отримали поліетіологічна теорія й уявлення про канцерогенез новоутворень, як стадійного процесу перетворення нормальної соматичної клітини в пухлину. Зміни в клітинах можуть бути спричинені прямою або опосередкованою дією різноманітних ендегенних (5% усіх канцерогенів) та екзогенних факторів (95%) – хімічних, біологічних та фізичних.

**Хімічні канцерогени** – найбільша група, їх кількість постійно зростає в результаті розвитку промисловості, урбанізації, видобутку та переробки нафти та ін. Вони можуть мати біологічне походження та утворюватися ендегенно в організмі людини в результаті обмінних процесів.

**Фізичні канцерогени** – іонізуюче та ультрафіолетове опромінення, підвищена температура, ультразвук високої інтенсивності та гальванічні струми, які безпосередньо ушкоджують ДНК та активують вільнорадикальне окислення з ураженням генетичного апарату. Канцерогенний вплив має також довготривала механічна дія (хронічна травма, тривале стиснення тканин).

**Біологічні канцерогени** – це різні ДНК- та РНК-утримувальні віруси, які проникають у клітину й вбудовуються в її геном. Вони або безпосередньо містять ген, що відповідає за пухлинний рост (онкоген), або активують відповідні гени в геномі людини.

Хоча канцерогени надзвичайно різноманітні за своєю природою, всі вони мають певні ознаки:

1. Канцерогени здатні викликати незворотні зміни в геномі клітини, які не призводять до її загибелі.
2. Можуть проникати через біологічні бар'єри, в тому числі клітинну мембрану (що є умовою для взаємодії канцерогенезу із ДНК хромосом).
3. Мають здатність до кумуляції і сумарії канцерогенного ефекту.
4. Субпорогових концентрацій/доз канцерогену не існує, навіть мінімальна його концентрація може призвести до виникнення пухлини.
5. Більшість канцерогенів пригнічують імунні реакції організму.

**Механізми пухлинного переродження клітини й подальшого розвитку пухлини.** Механізм поділу клітин спрощено представлений в гіпотезі Х'югса, відповідно до якої регуляція клітинного поділу визначається системою генів-ініціаторів, що запускають мітоз, і генів-супресорів, які блокують ген-ініціатор. При репаративній регенерації, запаленні, компенсаторній гіперплазії поділ клітин відбувається під дією зовнішніх паракринних регуляторних факторів (фактор росту та ін.). Поділ клітин контролюється та регулюється декількома механізмами:

- пригнічення синтезу факторів росту за механізмом зворотнього зв'язку;
- контактне гальмування (клітина перестає ділитися після того, як її мембрана досягає контакту з мембраною сусідньої клітини);
- ліміт Хейфлика – клітина ділиться певну кількість разів, потім гине.

#### **Фази канцерогенезу:**

**1. Ініціація** – коли відбуваються незворотні порушення генотипу нормальної соматичної клітини і вона стає схильною до трансформації в пухлинну клітину. При взаємодії генотоксичних канцерогенів з ДНК відбувається транслокація й підсилюється дія протоонкогена – гена, що контролює рост та диференціювання клітини й надає властиві їй якості. У стадії ініціації відбувається близько 30 подвоєнь, тобто утворюється 30 поколінь (близько 1 млрд) латентних клітин і посилюється вироблення онкобілка, з появою й наростанням продукції якого настає друга фаза канцерогенезу – промоція.

**2. Промоція** – початок росту пухлини (промоція), як правило, починається під дією прововуючого фактора – травми, запалення, хімічних агентів, гормональних стимулів. Пухлинні клітини, які були в латентному стані, починають активно ділитися, формуючи пухлинний вузол. Вважають, що стадія промоції коротка за часом і впродовж неї відбувається близько 10 подвоєнь клітин, що трансформуються. Ріст пухлини супроводжується зміною властивостей пухлинних клітин, спрямованих на підвищення автономності новоутворення (пухлинна прогресія). Головним чином вони розвиваються у бік малігнізації і підвищення злоякісності пухлини. Найбільш характерні такі зміни:

- збільшення числа спонтанних і індукованих мутацій у клітинах пухлин з появою низькодиференційованих, агресивних форм;
- «клональна еволюція» – під дією захисних механізмів організму й медикаментозного лікування (хіміотерапії) виживають тільки найстійкіші пухлинні клітини.

Цим пояснюється здатність доброякісних пухлин до злоякісного переродження й поява рентген- і хіміорезистентності в злоякісних пухлинах у ході лікування. Впливу канцерогенного фактора й включення механізмів канцерогенезу ще недостатньо для виникнення пухлини, оскільки в організмі існують різноманітні механізми протипухлинної резистентності.

#### **Механізми протипухлинної резистентності організму**

<b>Антиканцерогенні механізми</b>	<b>Антитрансформаційні механізми</b>	<b>Антицелюлярні механізми</b>
Інактивація хімічних канцерогенів у процесі макросомального окислю-вання. Інгібіція вільних радикалів антиоксидант-ною системою. Елімінація канцерогенів з організму. Інгібіція онкогенних вірусів	Ферментативні системи репарації ДНК. Система генів-супресорів. Антионкогенні протеїни p53, p21, p16. Апоптоз.	Цитотоксична дія: Т-лімфоцитів макрофагів натуральних кілерів, антитіла до пухлинних антигенів. TNF (фактор некрозу пухлини).



інтерфероном і специфічними антитілами.		Інтерферон.
---	--	-------------

### Фактори, що зумовлюють виникнення пухлин

Екзогенні фактори	Ендогенні фактори
Нераціональне харчування. Куріння. Підвищена інсоляція. Уживання алкоголю. Вплив промислових канцерогенів. Вірусні інфекції.	Генетична схильність. Первинні або вторинні імунodefіцити. Виснаження антиоксидантної системи. Ендогенні канцерогени. Стреси.

### Теорії виникнення раку:

- «імунологічного нагляду» (Bernet, 1970) – активні Т-лімфоцити не спроможні розпізнати та знищити пухлинні клітини з моменту їх появи.
- **мутаційна теорія** – в основі захворювання лежать зміни в геномі клітини (нагромадження мутацій у специфічних ділянках клітинної ДНК, що призводять до утворення дефектних білків). Злоякісні пухлини розвиваються з однієї клітини, тобто, мають моноклональне походження. Однак, Lawrence A. Loeb (1974), вважає, що в основі канцерогенезу лежить виникнення величезної кількості мутацій.
- **ранньої нестабільності** (К.Лингаур, 1997) – рання хромосомна нестабільність зумовлює появу мутацій в онкогенах і генах-супрессорах.
- **анеуплоїдії** (П.Дюсберг, 1999) – рак є наслідком анеуплоїдії – укорочення й подовження хромосом, переміщення їхніх великих ділянок (транслокації).

### Біологічні характеристики пухлинної тканини:

#### 1. Тканинна та клітинна анаплазія або метаплазія.

Під анаплазією розуміють втрату специфічних функцій вихідної тканини й наближення пухлинних клітин до ембріонального стану. Метаплазія – придбання пухлиною властивостей іншої тканини.

#### 2. Неконтрольований і найчастіше безмежний ріст.

**3. Автономність пухлинної тканини.** Взаємини злоякісних пухлин і організму розглядають як конкурентні. В процесі життєдіяльності пухлина інтенсивно поглинає поживні речовини й трофічні чинники з кров'яного русла, виділяючи в кров продукти життєдіяльності, багато з яких є токсичними. Це є осовним механізмом кахексії при злоякісних пухлинах.

**4. Зміна метаболізму пухлинних клітин** характерніша для злоякісних пухлин. Вона полягає в активації гліколізу з одночасною зміною (пригніченням) окисного фосфорилування та спрощенням біохімічної структури.

**5. Зміна механізмів регуляції.** Пухлинна тканина не реагує або неадекватно реагує на нормальні механізми нейрогуморальної регуляції. У той самий час у пухлинній тканині виникають власні регуляторні механізми, пов'язані з інтенсивним виділенням паракринних регуляторів і факторів росту.

**6. Зміна антигенних властивостей пухлинної клітини.** Пухлинна танина за своїми антигенними властивостями відрізняється від тканин організму, однак пухлина досить ефективно уникає механізмів імунологічного контролю.

**Онкологічна настороженість** – це лікарська тактика, спрямована на раннє виявлення онкозахворювань. Головне правило цієї тактики: «Незалежно від приводу за яким звернувся до лікаря пацієнт, лікар повинен виключити у нього діагноз онкозахворювання».

Онкологічна настороженість полягає у наступному:

- знання симптомів передракових захворювань, їх лікування та попередження;
- знання симптомів злоякісних пухлин в ранніх стадіях та їх лікування;
- знання принципів організації онкологічної допомоги, що дозволяє своєчасно направити пацієнта з підозрою на злоякісне новоутворення за призначенням;
- ретельне дотримання схеми обстеження пацієнта для виключення наявності онкологічного захворювання;
- при неясній клінічній картині слід завжди пам'ятати про вірогідність нетипового стертого прояву пухлини.

Лікар, який дотримується принципів онкологічної настороженості, більшою мірою гарантований від несвоечасної діагностики та помилкової тактики щодо пацієнта з онкологічною патологією.

У обстеженні кожного пацієнта, а онкологічного особливо, має бути чітка та визначена система. Друге важливе положення – ретельне вивчення симптомів захворювання. Третє положення – активний збір анамнезу. Особливо ретельно лікар має обстежувати пацієнтів на різні хронічні захворювання: хронічні тріщини, виразки на шкірі обличчя, слизовій оболонці порожнини рота, хейліти, стоматити та ін.

У анамнезі онкологічного пацієнта має місце безперервне збільшення кількості та тяжкості симптомів. При приєднанні запального компонента, симптоми злоякісного новоутворення нівелюються.

Слід завжди цікавитися способом життя пацієнта. Особливо має насторожувати факт наявності злоякісного новоутвору іншої локалізації – це може свідчити про наявність ракової хвороби. Деякі захворювання можуть слугувати фоном для виникнення злоякісної пухлини (хронічний гайморит, лейкоплакія).

Знання професійних шкідливостей, з якими стикається пацієнт, часто дозволяє виявити схильність до того чи іншого злоякісного новоутворення.

При обстеженні пацієнта необхідно враховувати спадковість. Слід приділяти увагу національним звичаям (жування бетеля і маста часто призводить до розвитку раку дна порожнини рота), місце постійного проживання (регіони із жарким кліматом), порушення особистої гігієни.

Питання **класифікації пухлин та пухлиноподібних новоутворень** щелепно-лицевої локалізації дуже складне, оскільки голова та шия характеризуються складною анатомічною будовою та гістоархітектонікою. З 1971 р. ВООЗ розпочала розробку й публікацію серій Міжнародної гістологічної класифікації пухлин (МГКП), кожна з яких є класифікацією групи новоутворень, виділених за принципом анатомічної локалізації.

Пухлини щелепно-лицевої локалізації та ший представлені в таких серіях МГКП:

- МГКП № 3 «Гістологічна класифікація пухлин м'яких тканин»;
- МГКП № 4 «Гістологічна класифікація пухлин порожнини рота і ротоглотки»;
- МГКП № 5 «Гістологічна класифікація кісткових пухлин»;
- МГКП № 6 «Гістологічна класифікація одонтогенних пухлин, кіст щелеп і подібних уражень»;
- МГКП № 7 «Гістологічна класифікація пухлин слинних залоз»;
- частково МГКП № 12 «Гістологічна класифікація пухлин шкіри»;
- МГКП № 19 «Гістологічна класифікація пухлин носа та приносних пазух».

МГКП має низку переваг порівняно з раніше запропонованими класифікаціями, основними з яких є такі:

1. Об'єктивність критеріїв, які використовують для віднесення пухлини до тієї або іншої групи: злоякісність, гістогенез, локалізація, будова.
2. Єдність номенклатури, термінології та принципів класифікації новоутворень у всіх серіях МГКП.
3. Класифікація є універсальною й загально визнаною, створена із залученням провідних спеціалістів з різних держав і використанням даних основних світових центрів.
4. МГКП постійно допрацьовують і переглядають з урахуванням останніх наукових даних.
5. Включає всі відомі на сьогодні новоутворення.
6. Містить детальну характеристику клінічної, морфологічної та рентгенологічної картини пухлин.

Відповідно до МГКП всі пухлини **класифікують** за:

1. **Локалізацією** (пухлини порожнини рота та ротоглотки, пухлини порожнини носа та приносних пазух, пухлини слинних залоз, пухлини ЦНС, пухлини щитоподібної залози, пухлини та кістки щелеп, пухлини шкіри).
2. **За гістогенезом** (епітеліальні пухлини, пухлини м'яких тканин, пухлини кісток і хрящової тканини, пухлини лімфоїдної і кровотворної тканини, пухлини змішаного генезу, вторинні пухлини (метастази злоякісних пухлин внутрішніх органів у щелепно-лицевій ділянці), пухлини спірного або неясного гістогенезу, пухлиноподібні стани).
3. **За особливостями клінічної картини та біологічної поведінки** (доброякісні та злоякісні).
4. **Пухлиноподібні ураження:**

- ембріональні вади розвитку, порушення закладки й формування органів і тканин (судинні аномалії та мальформації, лімфангіоми, гамартоми, брахіогенні й дермоїдні кісти, фіброзна остеодисплазія, фолікулярні кісти та ін.);
- прояв спадкових синдромів (нейрофіброматоз, херувізм та ін.);
- прояв системних захворювань (синдром Шегрена, фіброматоз ясен при гормональних захворюваннях, хвороба Педжета, паратиреоїдна дистрофія);
- наслідок гострої або хронічної травми (травматична неврома, проста або травматична кісткова кіста, фіброзні розростання та папіломатоз слизової оболонки порожнини рота);
- реактивна гіперплазія при хронічному запаленні (піогенна гранульома, радикулярні кісти, пухлина Кюттнера);
- порушення відтоку (ретенція) секрету екзокринних залоз (ретенційні кісти слинних залоз, атероми);
- пухлиноподібні ураження, генез яких до кінця не вивчено (аневризмальна кісткова кіста).

#### Класифікація злоякісних пухлин за системою TNM

- T<sub>0</sub> – первинна пухлина не визначається.  
 T<sub>1</sub> – пухлина 1-2 см в діаметрі в межах ураженої тканини (органу).  
 T<sub>2</sub> – пухлина більше 2 см в найбільшому вимірі, в межах одного ураженого органу.  
 T<sub>3</sub> – пухлина більше 3 см в найбільшому вимірі. Вражена більша частина, або весь орган.  
 T<sub>4</sub> – пухлина вражає увесь орган з переходом на сусідні тканини.  
 N<sub>0</sub> – лімфатичні вузли не пальпуються.  
 N<sub>1</sub> – одnobічні рухомі лімфатичні вузли.  
 N<sub>2</sub> – двобічні рухомі лімфатичні вузли.  
 N<sub>3</sub> – одnobічні нерухомі лімфатичні вузли.  
 N<sub>4</sub> – двобічні нерухомі лімфатичні вузли.  
 M<sub>0</sub> – метастази відсутні.  
 M<sub>1</sub> – визначаються віддалені метастази.

## 6. МАТЕРІАЛИ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ:

### А. Завдання для самоконтролю:

1. Заповнити графи таблиці:

#### Механізми протипухлинної резистентності організму

Антиканцерогенні механізми	Антитрансформаційні механізми	Антицелюлярні механізми
1. Інактивація хімічних канцерогенів у процесі макросомального окислю-вання. 2. Інгібіція вільних радикалів антиоксидант-ною системою. 3. _____ 4. _____	1. Ферментативні системи репарації ДНК. 2. _____ 3. Антионкогенні протеїни p53, p21, p16. 4. _____	Цитотоксична дія: Т-лімфоцитів макрофагів натуральних кілерів, антитіла до пухлинних антигенів. TNF (фактор некрозу пухлини). Інтерферон.

2. Додайте відомості у таблицю:

#### Фактори, що зумовлюють виникнення пухлин

Екзогенні фактори	Ендогенні фактори
1. Нераціональне харчування. 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____ 6. Вірусні інфекції.	1. Генетична схильність. 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. Стреси.

## **Б. Задачі для самоконтролю:**

4.1. Пацієнтка, 42 років, звернулася до хірурга-стоматолога зі скаргами на наявність новоутворення в порожнині рота. При об'єктивному дослідженні встановлено: на незмінній слизовій оболонці лівої щоки наявне новоутворення блідо-рожевого кольору, округлої форми, на ніжці, діаметром до 1см, безболісне, м'яко-еластичної консистенції.

Який метод біопсії слід застосувати?

(Відповідь: ексцизійна біопсія)

4.2. Пацієнт С., 24 років звернувся до хірурга-стоматолога з приводу наявності новоутворення в ділянці підборіддя, яке повільно збільшується. Об'єктивно: асиметрія обличчя за рахунок наявності новоутворення в ділянці підборіддя. Шкіра в кольорі не змінена. Пальпаторно визначається новоутворення розміром 3х5см, овальної форми, рухоме, безболісне.

Яку діагностичну маніпуляцію слід провести?

(Відповідь: пункційну біопсію)

4.3. У хірургічне відділення обласної стоматологічної поліклініки направлений пацієнт з підозрою на наявність пухлини правої привушної слинної залози.

Який метод дослідження буде найінформативнішим в даному випадку?

(Відповідь: гістологічне дослідження)

## **В. Матеріали для тестового контролю. Тестові завдання з одиничною правильною відповіддю (α=Π):**

1. У хірурга-стоматолога обласної стоматологічної поліклініки на диспансерному обліку перебувають пацієнти з пухлинами щелепно-лицевої ділянки, які пройшли лікування у відділенні голови та шиї обласного онкологічного диспансері.

Яка повинна бути документація на цих хворих?

А. Історія хвороби стаціонарного хворого.

В. Амбулаторна картка хворого, контрольна картка диспансерного Нагляду.

С. Виписка з медичної картки хворого.

Д. Амбулаторна картка хворого, журнал обліку хворих, яких направлено зі стаціонару.

Е. Документація ЛКК.

(Правильна відповідь: В)

2. Після комбінованого радикального лікування рака шкіри щоки II клінічної групи хворий знаходиться під диспансерним наглядом.

Як часто він повинен проходити обстеження?

А. 1 раз на півріччя.

В. 1 раз на рік.

С. Перший рік – 1 раз на квартал, другий рік 1 раз на півріччя, в подальшому – 1 раз на рік.

Д. Перший рік – 1 раз на півріччя, в подальшому – 1 раз на рік.

Е. Щоквартально впродовж 5 років.

(Правильна відповідь: С)

3. У хворого 56 років діагностовано пухлину, яка характеризується інвазивним ростом, інфільтрацією навколишніх тканин, утворює перифокальні вогнища запалення, часто метастазує в навколишні лімфатичні вузли та віддалені тканини.

Для якого типу пухлин характерний механізм розвитку?

А. Для некласифікованих пухлин.

В. Для доброякісних пухлин.

С. Для пухлиноподібних утворень.

Д. Для злоякісних пухлин.

Е. Для вродженої патології.

(Правильна відповідь: Д)

## **Г. Навчальні задачі 3-го рівня (нетипові задачі):**

1. Пацієнт, 32 років, звернувся зі скаргами на наявність утворення на язиці. Раніше за медичною допомогою не звертався. Зовнішній вигляд пацієнта без особливостей, піднижньощелепні

лімфатичні вузли не збільшені. На боковій поверхні язика справа ближче до його основи визначається округлий утвір.

Поставте попередній діагноз. Яке захворювання або патологічний стан Ви можете передбачити? Які додаткові відомості та клінічні дані необхідні для встановлення остаточного діагнозу? Складіть план лікування.

(Відповідь: фіброма язика. Повне описання новоутворення (розмір, консистенція, болісність при пальпації, рухливість, зв'язок з оточуючими тканинами). План лікування: обстеження пацієнта для проведення оперативного втручання; хірургічне лікування; медикаментозна терапія; диспансерний нагляд)

2. Пацієнтка, 34 років, звернулася зі скаргами на наявність утворення на слизовій оболонці лівої щічної ділянки, яке помітила випадково. Пацієнтка зазначає, що у даний час майже здорова, однак має в анамнезі двобічний хронічний гайморит. Зовнішній вигляд без особливостей, під нижньощелепні лімфатичні вузли не збільшені. На слизовій оболонці лівої щічної ділянки по лінії змикання зубів визначається новоутворення.

Поставте попередній діагноз. Які додаткові відомості та клінічні дані необхідні для встановлення остаточного діагнозу? Складіть план лікування. Чи має значення для складання плану лікування наявний хронічний двобічний гайморит?

(Відповідь: фіброма. Повне описання новоутворення (розмір, консистенція, болісність при пальпації, рухливість, зв'язок з оточуючими тканинами). План лікування: обстеження пацієнта для проведення оперативного втручання; хірургічне лікування; медикаментозна терапія; диспансерний нагляд. Наявний хронічний двобічний гайморит для складання плану лікування значення не має, якщо відсутня фаза загострення)

3. Чоловік, 42 років, звернувся до хірурга-стоматолога з приводу збільшення родинки на щоці, яку він майже постійно травмує під час гоління. Зі слів пацієнта, місяць тому родинка почала інтенсивно зростати, на її поверхні з'явилася виразка. Об'єктивно: на лівій щоці утворення овальної форми, розміром 1х1см, темно-коричневого кольору. На поверхні його – виразка. Регіонарні лімфовузли збільшені.

Поставте попередній діагноз. Поставте діагноз за системою TNM. Складіть план лікування та профілактики.

(Відповідь: попередній діагноз – меланома лівої щічної ділянки. Діагноз за системою TNM – T2 N1 M0. План лікування - обстеження пацієнта для проведення оперативного втручання; хірургічне лікування (широке висічення осередку ураження та регіонарних лімфатичних вузлів); хіміо- та імунотерапія; диспансерний нагляд. Заходи профілактики: обмеження природної інсоляції та штучного ультрафіолетового опромінення)

## **7. ЛІТЕРАТУРА:**

### **Основна література:**

1. Гнатюшак А.И. Общая клиническая онкология. – Львов, 1988. – 233с.
2. Маланчук В.О., Копчак А.В. Доброякісні пухлини та пухлиноподібні ураження щелепно-лицевої ділянки та шиї / навчальний посібник. – К.: Видавничий дім «Асканія», 2008. – 320с.
3. Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии: В 2-х томах./ Под ред. В.М.Безрукова, Т.Г.Робустовой. – Изд.2-е, перераб. И доп. – М.: Медицина, 2000. – 448с.
4. Хирургическая стоматология в схемах и таблицах: Учеб.пособие для студентов и врачей-интернов / Г.П.Ружин, А.А.Дмитриева. – Харьков: ХГМУ, 2001. – 108с.

### **Додаткова література:**

1. Губайдулина Е.Я., Цегельник Л.Н. Опухоли, опухолеподобные поражения и кисты лица, органов полости рта, челюстей и шеи //Хирургическая стоматология. – М.: Медицина, 1996. – С.512-624.
2. Колесов А.А., Воробьев И.Ю. Новообразования мягких тканей. – К., Здоровье, 1991. – 312с.
3. Сагатбаев Д.С. Опухоли челюстно-лицевой области. – Алма-Ата, 1998. – 206 с.
4. Солнцев А.М., Колесов В.С. Доброкачественные опухоли лица, челюстей и органов полости рта. – Киев: Здоровье, 1985. – 150 с.

Міністерство охорони здоров'я України  
Вищий державний навчальний заклад України  
Сумський державний університет  
Медичний інститут

«Затверджено»  
на засіданні кафедри  
стоматології  
Завідувач кафедри  
д.мед.н.Лахтін Ю.В.

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ  
ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ  
ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ДО ПРАКТИЧНОГО  
(СЕМІНАРСЬКОГО) ЗАНЯТТЯ

Навчальна дисципліна	Хірургічна стоматологія
Модуль №	3
Змістовний модуль №	3
Тема заняття	Передракові захворювання шкіри обличчя, слизової оболонки порожнини рота та язика: гістологічна будова, клінічні форми, диференційна діагностика, лікування, ускладнення і профілактика.
Курс	IV
Факультет	Стоматологічний

## 1. АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ.

Небезпечність передракових захворювань полягає в тому, що вони можуть довгий час існувати не турбуючи хворого, наприклад деякі форми лейкоплакії. Злоякісне переродження цих захворювань спочатку теж не викликає суттєвих змін стану пацієнта. Неуважне ставлення до свого здоров'я нерідко обертається занадто пізнім звертанням за медичною допомогою. Своєчасне виявлення і лікування передракових захворювань становить відповідальну задачу лікаря-стоматолога, особливо якщо врахувати сучасну тенденцію до зростання цих патологічних станів.

## 2. КОНКРЕТНІ ЦІЛІ:

- 2.1.Аналізувати результати клінічних обстежень хворих з передраковими захворюваннями.
- 2.2.Пояснювати результати додаткових досліджень.
- 2.3.Запропонувати плани лікування хворих з різними передраковими станами.
- 2.4.Класифікувати всі передракові захворювання щелепно-лицевої ділянки.
- 2.5.Трактувати етіологію та клінічні прояви передракових захворювань шкіри обличчя та слизової оболонки рота, ранню симптоматику їх переродження у злоякісну пухлину.
- 2.6.Малювати схему факторів, які сприяють виникненню передракових захворювань.
- 2.7.Проаналізувати основні принципи діагностики та лікування цих хвороб.
- 2.8.Скласти план діагностики та диференційної діагностики, передракових захворювань щелепно-лицевої ділянки, виявити та пояснити процес малігнізації передраків, провести курацію хворого, встановити діагноз, провести диференційну діагностику, скласти план обстеження та лікування хворого з передраковими захворюваннями.

## 3. БАЗОВІ ЗНАННЯ, ВМІННЯ, НАВИЧКИ, НЕОБХІДНІ ДЛЯ ВИВЧЕННЯ ТЕМИ (міждисциплінарна інтеграція).

Назви попередніх дисциплін	Отримані навички
1. Топографічна анатомія.	Визначити ділянку ураження щелепно-лицевої локалізації.
2. Гістологія.	Описувати морфологічну будову слизових оболонок порожнини рота та язика, шкіри обличчя.
3. Пропедевтика хірургічної стоматології.	Володіти методами забору матеріалу для гістологічного або цитологічного дослідження.
4. Патологічна анатомія.	Ідентифікувати гістологічну та цитологічну картину при передракових станах.
Назви попередніх дисциплін	Отримані навички
5. Патологічна фізіологія.	Описувати етіологію та патогенез передракових станів.
6. Пропедевтика внутрішніх хвороб.	Застосовувати схему обстеження хворого, описувати історію хвороби.

## 4. ЗАВДАННЯ ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ДО ЗАНЯТТЯ.

### 4.1. Перелік основних термінів, параметрів, характеристик, які повинен засвоїти студент при підготовці до заняття:

Термін	Визначення
Цитологія.	Це наука про клітини.
Біопсія.	Це прижиттєво взятий шматок тканини для гістологічного дослідження.
Малігнізація.	Це придбання клітинами організму нормальної або патологічно зміненої тканини властивостей злоякісної пухлини.

### 4.2. Теоретичні питання до заняття:

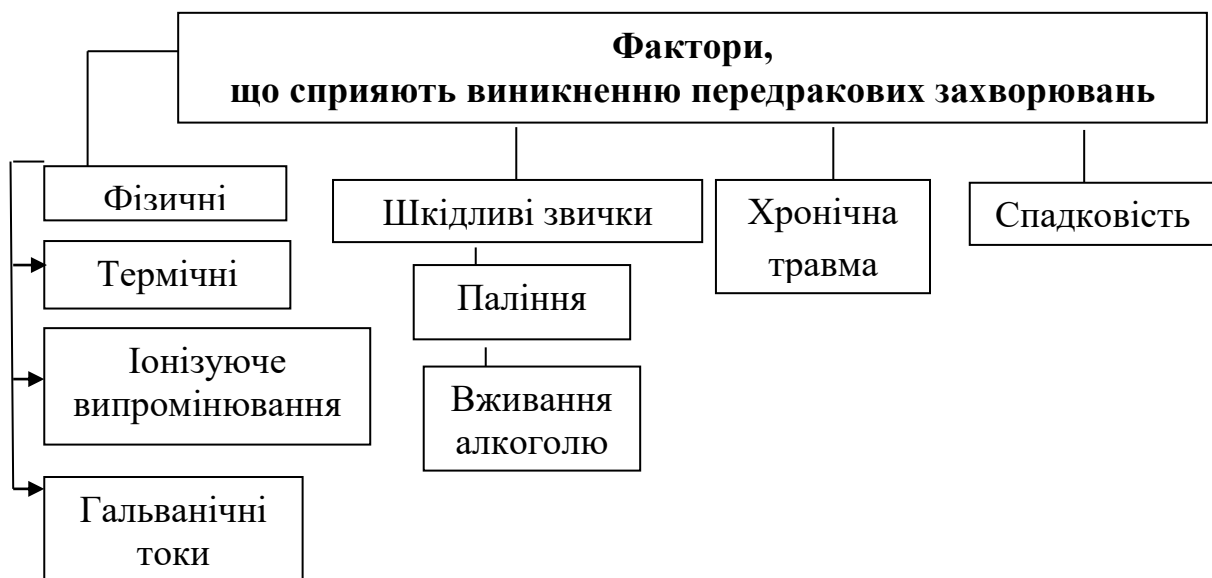
1. Що таке передрак?

2. Що таке факультативні передракові захворювання?
3. Що таке облігатні передракові захворювання?
4. Перелічити фактори, які сприяють виникненню передракових захворювань.
5. Навести класифікацію передракових захворювань шкіри обличчя та слизової оболонки порожнини рота.
6. Описати клінічну картину передракових захворювань слизової оболонки рота.
7. Описати клінічну картину передракових захворювань червоної облямівки губ.
8. Описати клінічну картину передракових захворювань шкіри обличчя.
9. Гістологічні особливості, етіологія при передракових станах.
10. Методи діагностики, додаткові методи дослідження при підозрі на передракове захворювання.
11. Диференційна діагностика передракових захворювань.
12. Профілактика виникнення передракових захворювань порожнини рота.
13. Методи лікування передракових захворювань.
14. Ускладнення передракових захворювань шкіри обличчя, губ та слизової оболонки порожнини рота.

#### 4.3. Практичні роботи (завдання), які виконуються на занятті:

1. Обрати необхідний інструментарій для забору матеріалу на цитологічне дослідження.
2. Провести забор матеріалу для цитологічного дослідження, заповнити направлення в цитологічну лабораторію.
3. Обрати необхідний інструментарій для проведення біопсії.
4. Виконати біопсію для гістологічного дослідження; заповнити направлення в гістологічну лабораторію.
5. Заповнити медичну документацію хворих з передпухлинними захворюваннями.

#### 5. ЗМІСТ ТЕМИ:



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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Динаміка передракових станів може бути різною:

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

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

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

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

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

## КЛАСИФІКАЦІЯ ПЕРЕДРАКОВИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

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

Класифікація передракових захворювань за Т.Ванкеї та Я.Шугаром

### I. Факультативні передракові стани

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

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

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

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

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

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

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

Класифікація передракових захворювань за А.Л.Машкиллейсоном

### I. Облігатні передракові захворювання:

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

### II. Факультативні передракові захворювання з великою потенційною злякисністю:

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

### III. Факультативні передракові захворювання з меншою потенційною злякисністю:

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

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

Таким чином, всі передракові зміни слизової оболонки порожнини рота і червоної облямівки губ розподілені на три групи: облігатні передракові стани, факультативні передракові стани з більшою потенційною злякисністю, для яких характерна трансформація в рак у 15-30% випадків, і на факультативні передракові стани з меншою потенційною злякисністю, при яких малігнізація виникає не більше, ніж у 6-10% хворих. В гістологічному відношенні перша і друга групи захворювань належать до вогнищевих проліфератів або так званих доброякісних пухлин (за термінологією Л.А.Шабада), в той час як захворювання, що віднесені до третьої групи, патоморфологічно представлені у вигляді дифузної, патологічно нерівномірної гіперплазії. В першу групу включені захворювання, гістологічна структура яких відповідає стану, що позначається як cancer in situ, так званий "компенсований" рак, який згідно міжнародної

гістологічної класифікації передраків належить до передраків (хвороба Боуена, еритроплазія Кейра).

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

### **ОБЛІГАТНІ ПЕРЕДРАКИ**

Хвороба Боуена вперше буда описана в 1912 році. Етіологія та патогенез не виявлені.

Облігатні передраки; морфологічні та клінічні процеси дуже схожі і можуть бути розцінені як одне захворювання, гістологічно їх можна віднести до *cancer in situ*. Клінічна картина різноманітна; частіше локалізується в задніх відділах слизової оболонки порожнини рота (піднебінні дужки, корінь язика, м'яке піднебіння), рідко в ретромоллярних та передніх відділах, на червоній облямівці губ. Вогнище ураження неправильної форми. Може проявляється плямисто-вузликовими поразками, що поволі збільшуються в розмірі, можуть мати дрібнобугоркову поверхню та сосочкові розростання. При тривалому існуванні спостерігається легка атрофія, вогнище злегка западає, можлива його ерозія, вогнища можуть зливатися, утворюючи пляшки поліциклічних контурів, розміри пляшок від 0,1 до 1,0 см. Поверхня ділянки гіперемована, гладка або бархатиста з дрібними сосочковими розростаннями, можливе невелике шелушіння та зуд. За клінічними проявами виділяють чотири форми хвороби Боуена: 1) папуло-лусочкова; 2) папуло-кірочкова; 3) атрофічна; 4) мокнуча. Диференціювати потрібно з лейкоплакією, червоним плескатим лишаем, сифілісом. Діагноз встановлюють тільки за результатами гістологічного дослідження.

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

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

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

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

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

вказаних клінічних ознак малігнізації, при гістологічному дослідженні виявляється картина спиноцелюлярного (плоскоклітинного) раку.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Обмежений передраковий гіперкератоз червоної облямівки губ. Описаний А.Л.Машкіллейсоном в 1965 р. До цього клініцисти трактували це захворювання як лейкоплакію. Але від лейкоплакії обмежений передраковий гіперкератоз відрізняється не тільки клінічно, але й по суті перебігу процесу, тому що він має значно більшу потенційну злоякісність в порівнянні з лейкоплакією, і належить до облігатних передраків. На відміну від інших передраків і цієї групі переважають особи молодого і середнього віку. Процес також локалізується переважно на нижній губі, частіше – приблизно по середині між центром губи та кутом рота.

Клінічно обмежений передраковий гіперкератоз проявляється у вигляді обмеженої ділянки, яка часто має полігональну форму, розміром від 0,2 до 1,5 см. У більшості хворих поверхня вогнища не підвищується над рівнем оточуючої червоної облямівки, а часто навпаки

здається дещо пониженою, запалою, оточеною тоненьким білястим валиком. Поверхня такої ділянки вкрита скопиченням щільно-розташованих лусочок сірувато-коричньового кольору. При пальпації вогнище безболісне, м'яке.

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

Диференційну діагностику обмеженого передракового гіперкератозу слід проводити із лейкоплакією, ексfolіативним 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 ороговіння, поява ерозій на поверхні та поява ущільнень в основі утворення. Тому єдиним надійним засобом діагностики є біопсія, яку рекомендується проводити як можна раніше.

Лікування обмеженого передракового гіперкератозу полягає у хірургічному видаленні вогнища ураження в межах здорових тканин. Краще проводити електроексцизію. Видалена тканина обов'язково підлягає гістологічному дослідженню, від результатів якого залежить подальша терапія.

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

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

Лікування. Хірургічне видалення вогнища.

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

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

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

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

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

Лікування. Видалення хірургічним шляхом.

Профілактичні заходи. Уникати травматизації.

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

Лікування. Видалення хірургічним шляхом.

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

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

Лікування. Видалення хірургічним шляхом.

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

Лікування. Видалення хірургічним шляхом.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Профілактичні заходи. Своєчасне лікування червоного плескатоного лишая, уникати травм, надмірної інсоляції, відмова від паління, раціональне протезування.

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

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

Профілактичні заходи. Уникати надмірної дії УФ-інсоляції.

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

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

Профілактичні заходи. Уникати надмірної дії УФ-інсоляції.

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

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

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

### **ПЕРЕДРАКОВІ ЗАХВОРЮВАННЯ ШКІРИ ОБЛИЧЧЯ ОБЛІГАТНІ ПЕРЕДРАКОВІ ЗАХВОРЮВАННЯ ШКІРИ**

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

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

Лікування. Загальнозміцнююча терапія.

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

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

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

Профілактичні заходи. Уникати травматизації.

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

Лікування. Хірургічне видалення.

### **ФАКУЛЬТАТИВНІ ПЕРЕДРАКОВІ ЗАХВОРЮВАННЯ ШКІРИ**

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

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

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

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

Профілактичні заходи. Виключити несприятливі метеорологічні дії.

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

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

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

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

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

Профілактичні заходи. Уникати травматичних пошкоджень.

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

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

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

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

Лікування. Кріодеструкція, висічення, лазерне видалення.

Профілактичні заходи. Утримання від пошкоджень, своєчасне лікування.

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

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

1. За зовнішнім виглядом:

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

2. За розмірами:

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

3. За кольором:

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

4. За наявністю волосяного покриву:

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

1. За клінічним перебігом:



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

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

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

1. Плескатий невус – трохи підвищується над рівнем шкіри, поверхня його гладка, колір чорний або коричневий, іноді є волосяний покрив.
2. Бугорчастий невус – також з чіткими межами, але поверхня бугриста. колір, частіше, бурий, часто є волосяний покрив.
3. Папіломатозний невус – форма різноманітна, є множинні сосочкові виступи, колір різноманітний, часто виступи не мають пігменту, консистенція м'яка, волосся, зазвичай, немає.
4. Вузлуватий невус – вузол гладкий, щільний, колір бурий, коричневий або синій, інколи вузол має ніжку, що нагадує гриб, волосся немає.
5. Бородавчастий невус – новоутворення з бороздками різної глибини, часто чорного кольору, має волосяний покрив.

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

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

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

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

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

Лікування. Повне видалення в межах здорових тканин. Профілактичні заходи. Уникати травми і дії сонячних променів.

## 6. МАТЕРІАЛИ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ:

### А. Завдання для самоконтролю:

№ п/п	Основні завдання. Вивчити.	Вказівки
1.	Етіологія та патогенез передракових захворювань.	Перелічіть фактори, що сприяють виникненню та розвитку передракових станів.
2.	Класифікація передракових захворювань щелепно-лицевої ділянки.	Навести класифікацію Машкіллейсона.
3.	Гістологічна будова шкіри та слизової оболонки при враженні передраковими захворюваннями.	Навести гістологічну картину, що відповідає різним формам передракових станів.
4.	Клінічні форми передракових станів.	Перелічити клінічні прояви, що супроводжують передракові захворювання шкіри, губ, слизової оболонки порожнини рота та язика.
5.	Диференційна діагностика передракових захворювань.	Провести внутрішньо- та позагрупову диференційну діагностику передракових захворювань щелепно-лицевої ділянки.
6.	Лікування передракових захворювань.	Перелічити методи лікування передракових захворювань щелепно-лицевої ділянки.
7.	Ускладнення передракових захворювань.	Навести клінічні прояви малігнізації

		передракових захворювань.
8.	Профілактика виникнення передракових захворювань.	Навести схему профілактичних заходів передракових захворювань.

### Б. Задачі для самоконтролю:

1. При огляді порожнини рота виявленій осередок зміненої слизової оболонки щоки у вигляді білуватої плями, чітко окресленої, безболісної, гладкої, розташованої вздовж лінії змикання зубів.

Який попередній діагноз можна поставити?

(Відповідь: лейкоплакія)

2. У хворого похилого віку на червоній облямівці губи на протязі 1 місяця є ерозія овальної форми біля 1 см з гладким червонуватим дном, не кровоточить, безболісне. По краях епітелій при піднятій у вигляді валика. Місцями вкрита шкірою, видалення якої супроводжувалось крововиливами.

Який попередній діагноз можна поставити?

(Відповідь: хейліти Манганотті)

3. У хворого молодого віку на червоній облямівці губи є обмежене утворення півкулеподібної форми діаметром до 0,5 см, щільної консистенції. Поверхня сірувато-рожевого кольору з невеличкою кількістю щільно сидячих білісуватих лусочок. Епітелій навколо не змінений.

Імовірний діагноз?

(Відповідь: бородавчастий передрак червоної облямівки)

### В. Матеріали для тестового контролю. Тестові завдання з одиничною правильною відповіддю (α=Π):

1. Яке захворювання належить до облігатних передраків?

- A. Лейкоплакія.
- B. Хвороба Боуена.
- C. Папіломатоз.
- D. Постпроменевиї стоматит.
- E. Ерозивно-виразкова форма червоного вовчука.

(Правильна відповідь: B)

2. Яке з захворювань належить до облігатного передраку червоної облямівки губ?

- A. Лейкоплакія.
- B. Кератоакантома.
- C. Шкірний ріг.
- D. Папілома.
- E. Бородавчастий передрак.

(Правильна відповідь: E)

3. Яке з захворювань варто віднести до облігатного передраку червоної облямівки губ?

- A. Лейкоплакію.
- B. Кератоакантому.
- C. Шкірний ріг.
- D. Папілому.
- E. Обмежений гіперкератоз.

(Правильна відповідь: E)

### Г. Навчальні задачі 3-го рівня (нетипові задачі):

1. На слизовій оболонці нижньої губи у хворого є обмежений осередок яскраво-червоного кольору з бархатистою поверхнею, що злегка лушиться. Мікроскопічно: виявлені поліморфні клітини багатоядерного плоского епітелію, явища вогнищ дискератозу відсутні.

Діагноз захворювання?

(Відповідь: еритроплазія Кейра)

2. Захворювання почалося з появи на шкірі щоки щільного, при піднятого над шкірою вузла з ділянки западіння в центрі, заповненого роговими масами. Через 3 – 4 тижні це утворення досягло 2 см у діаметрі. Характерною морфологічною ознакою було вогнище запалення, акантоз, наявність «рогової чаші».

Яке захворювання виявлене в хворого?

(Відповідь: кератоакантома)

3. У хворого на шкірі губи є поодинокий роговий виступ, що конічно звужується до вершини. Ширина утворення біля 0,4 см, у довжину до 0,6 см, безболісний, сірого кольору. Утворення має шарувату будову.

Яке захворювання виявлене в хворого?

(Відповідь: шкірний ріг)

## **7. ЛІТЕРАТУРА:**

### **Основна література:**

1. Пачес А.И. Опухоли головы и шеи. – М.: Медицина, 1983.
2. Дунаевский В.А., Шеломенцев Ю.А. Предопухольные заболевания и злокачественные опухоли слизистых оболочек полости рта. – М.: Медицина, 1986.
3. Колесов А.А., Воробьев Ю.И., Каспарова Н.Н. Новообразования мягких тканей и костей лица у детей и подростков. – М.: Медицина, 1989.

### **Додаткова література:**

1. Солнцев А.М., Колесов В.С. Доброкачественные опухоли лица, челюстей и органов полости рта. – К.: Здоров'я, 1985. – 150 с.
2. Соловьёв М.М. Онкологические аспекты в стоматологии. – М.: Медицина, 1983.

Міністерство охорони здоров'я України  
Вищий державний навчальний заклад України  
Сумський державний університет  
Медичний інститут

«Затверджено»  
на засіданні кафедри  
стоматології  
Завідувач кафедри  
д. мед. н. Лахтін Ю.В.

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ  
ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ  
ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ДО ПРАКТИЧНОГО  
(СЕМІНАРСЬКОГО) ЗАНЯТТЯ

Навчальна дисципліна	Хірургічна стоматологія
Модуль №	3
Змістовний модуль №	3
Тема заняття	Епітеліальні пухлини м'яких тканин. Клініка, діагностика, диференціальна діагностика, лікування.
Курс	IV
Факультет	Стоматологічний

## 1. АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ.

Епітеліальні пухлини м'яких тканин, особливо такі як папілома і невус спостерігаються на амбулаторному прийомі дуже часто. Звичайно вони не становлять загрози здоров'ю хворого, але при певних умовах здатні перероджуватись у злоякісну пухлину. До того ж деякі злоякісні пухлини можуть з'являтися під виглядом цих новоутворень, насамперед така небезпечна пухлина як меланома. Чітке знання клінічних проявів цієї групи пухлин допоможе лікарю уникнути грубих діагностичних помилок.

## 2. КОНКРЕТНІ ЦІЛІ:

- 2.1. Аналізувати етіологію та патогенез епітеліальних пухлин м'яких тканин щелепно-лицевої ділянки.
- 2.2. Пояснювати, що таке пухлинний процес.
- 2.3. Запропонувати план обстеження хворого з пухлиною м'яких тканин щелепно-лицевої ділянки.
- 2.4. Класифікувати пухлини м'яких тканин.
- 2.5. Трахувати клінічні ознаки епітеліальних пухлин м'яких тканин щелепно-лицевої ділянки.
- 2.6. Малювати схеми обстеження та лікування хворих з епітеліальними пухлинами м'яких тканин щелепно-лицевої ділянки.
- 2.7. Проаналізувати заключення додаткових методів обстеження хворих з епітеліальними пухлинами м'яких тканин щелепно-лицевої ділянки.
- 2.8. Скласти план лікування та диспансерного нагляду хворих з епітеліальними пухлинами м'яких тканин щелепно-лицевої ділянки.

## 3. БАЗОВІ ЗНАННЯ, ВМІННЯ, НАВИЧКИ, НЕОБХІДНІ ДЛЯ ВИВЧЕННЯ ТЕМИ (міждисциплінарна інтеграція).

Назви попередніх дисциплін	Отримані навички
1. Етика та деонтологія.	Встановити психологічний контакт з хворим.
2. Патоморфологія.	Описувати гістологічну будову епітеліальних пухлин м'яких тканин.
3. Внутрішні хвороби.	Застосовувати методи обстеження хворого з епітеліальними пухлинами м'яких тканин щелепно-лицевої ділянки.
4. Пропедевтика хірургічної стоматології.	Володіти методами додаткових обстежень хворих з епітеліальними пухлинами м'яких тканин щелепно-лицевої ділянки.

## 4. ЗАВДАННЯ ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ДО ЗАНЯТТЯ.

### 4.1. Перелік основних термінів, параметрів, характеристик, які повинен засвоїти студент при підготовці до заняття:

Термін	Визначення
1. Канцерогенез.	Це (лат. cancerogenesis; cancer — рак) — складний патофізіологічний процес зародження та розвитку пухлини.
2. Пухлина.	Це (син.: новоутворення, неоплазія, неоплазма) — патологічний процес, який представлений новоутворенною тканиною, в якій зміни генетичного апарату клітин призводять до порушення регуляції їх росту та диференціювання.
3. Епітеліома.	Це пухлина, що утворюється з клітин епітелію, які вкривають поверхню тіла, вистилають просвіти або створюють внутрішні органи. Раніше цю пухлина звали карциномою.

### 4.2. Теоретичні питання до заняття:

1. Перелічити епітеліальні пухлини м'яких тканин щелепно-лицевої ділянки.
2. Дати клінічну характеристику папіломи.
3. Дати клінічну характеристику кератоакантоми.
4. Дати клінічну характеристику шкірного рога.

5. Дати клінічну характеристику неvusів.
6. Що таке епітеліоми? Назвати їх.
7. Назвати клінічні прояви злоякісного переродження епітеліальних пухлин м'яких пухлин.
8. Провести диференційну діагностику епітеліальних пухлин м'яких пухлин обличчя і порожнини рота.
9. Які методи діагностики застосовують для верифікації пухлин.
10. Які методи застосовують для лікування епітеліальних пухлин м'яких пухлин та різних видів епітеліом.

#### 4.3. Практичні роботи (завдання), які виконуються на занятті:

1. Обстежити хворого.
2. Описати історію хвороби або амбулаторну картку хворого.
3. Призначити план обстеження хворого.
4. Виконати біопсію.
5. Провести забір матеріалу для цитологічного дослідження.
6. Скласти план лікування хворого.

#### 5. ЗМІСТ ТЕМИ:

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

Локалізується на шкірі, губах, слизових оболонках порожнини рота та язика.

Лікування. Видалення хірургічним шляхом.

Профілактичні заходи. Уникати травматизації.

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

Лікування. Видалення хірургічним шляхом.

**Шкірний ріг.** Доброякісне епітеліальне новоутворення, яке переважно розташовується на обличчі, волосистій частині голови. Зазвичай, у літніх осіб розвивається із старечої кератоми, але може виникати на рубцях, папіломах, вогнищах туберкульозного вовчака, після хронічних рентгенівських уражень шкіри. Пухлина є конусовидним утвором діаметром 0,3 – 0,5 см в основі завдовжки декілька сантиметрів із рогових мас жовтувато-коричневого або темного (сіруватого) кольору. Основа пухлини щільна, поверхня покрита подовжніми і поперечними борознами. Запальних явищ немає. У старечому віці нерідко трансформується в рак шкіри.

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

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

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

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

1. За зовнішнім виглядом:
  - а) плескати;
  - б) плескато-бугристі;
  - в) папіломатозні;
  - г) вузлуваті;
  - д) на ніжці;
  - е) бородавчасті.
2. За розмірами:
  - а) крапчасті;

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

3. За кольором:

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

4. За наявністю волоссяного покриву:

- а) з волоссяним покривом;
- б) без волоссяного покриву.

1. За клінічним перебігом:

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

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

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

1. Плескатий невус – трохи підвищується над рівнем шкіри, поверхня його гладка, колір чорний або коричневий, іноді є волоссяний покрив.

2. Бугорчастий невус – також з чіткими межами, але поверхня бугриста. колір, частіше, бурий, часто є волоссяний покрив.

3. Папіломатозний невус – форма різноманітна, є множинні сосочкові виступи, колір різноманітний, часто виступи не мають пігменту, консистенція м'яка, волосся, зазвичай, немає.

4. Вузлуватий невус – вузол гладкий, щільний, колір бурий, коричневий або синій, інколи вузол має ніжку, що нагадує гриб, волосся немає.

5. Бородавчастий невус – новоутворення з бороздками різної глибини, часто чорного кольору, має волоссяний покрив.

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

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

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

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

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

Лікування. Повне видалення в межах здорових тканин.

Профілактичні заходи. Уникати травми і дії сонячних променів.

**Епітеліома** – загальний термін для визначення доброякісних та злоякісних пухлин поверхневого епітелію, переважно шкіри та її придатків.

**Епітеліома Малерба (шкіри)** – рідко зустрічається, доброякісна пухлина. Яка складається з частково просотаних вапном шарів некротизованого епідермісу з гігантоклітинною реакцією по периферії. Клінічно проявляється поодиноким безболісним інкапсульованим вузлом округлої форми, щільної консистенції з діаметром від 0,5 до 4,5 см, який розташовується в нижній частині дерми. На розтині – сіро-жовтого кольору, шаруватої будови, має ділянки звапнення та некрозу.

Лікування хірургічне.

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

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

Профілактичні заходи. Уникати травматичних пошкоджень.

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

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

Профілактичні заходи. Уникати травматизації.

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

Лікування. Хірургічне видалення.

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

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

**Базаліома** (базоцеллюлярна епітеліома) – походить з клітин базального шару епідерміса, зустрічається в 60% випадків раку шкіри однаково у чоловіків та жінок середнього та похилого віку, частіше виникає на обличчі.

Займає проміжне становище між злоякісними і доброякісними пухлинами. Цю пухлину вирізняють інфільтративний ріст, здатність до рецидиву за відсутності явищ метастазування. На вигляд це бляшка сіро-рожевого кольору, щільної консистенції, вкрита кіркою. Поверхня пухлини лущиться, їй притаманне виразкування, яке з ростом пухлини поглиблюється. У запущених випадках зона деструкції займає великі ділянки. При розміщенні на голові і шиї місцеве руйнування тканин захоплює життєво важливі органи, судини, нерви, а також кісткові елементи. Базально клітинний рак підлягає хірургічному видаленню. Добрий клінічний ефект дає променеве лікування – близько фокусна рентгенотерапія. Розроблено методики кріогенної деструкції пухлин.

**Плоскоклітинний рак** (спіноцеллолярна епітеліома) походить з клітин шиповатого шару. Локалізується в більшості на обличчі, шиї, волосистій шкірі голови, слизових оболонках. Хворіють частіше чоловіки у віці 40 – 50 років. Відрізняється вираженою злоякісністю, швидко збільшується, часто дає метастази в регіонарні лімфатичні вузли.

Розрізняють поверхневу. Глибоко проникну і папілярну форми раку шкіри.

Поверхнева форма вимявляється спочатку невеликою сіро-жовтою бляшкою, яка виступає над поверхнею шкіри. Згодом по периферії утворюється щільний валик, краї пухлини стають мереживними, а в центрі з'являється розм'якшення. Через деякий час у місці розм'якшення утворюється виразка, вкрита кіркою. Прилеглі ділянки шкіри червоніють, з'являються ознаки запального процесу. Характерною рисою для розвитку пухлини є відсутність больового синдрому навіть у випадку виразок значного розміру.

При глибоко проникній формі пухлина поширюється в прилеглі тканини. Виразка глибшає, її краї ущільнюються, стають валикоподібними, підритими і нерухомими при пальпації. Дно виразки вкрите некротичною плівкою.

Значно рідше трапляється папілярна форма. Вона має вигляд вузла з чіткими контурами, який вирізняється над рівнем здорової шкіри. Його поверхня вкрита неглибокими виразками, які часто кровоточать. Для великих ракових виразок характерні щільні неbolючі метастази в регіонарних лімфатичних вузлах.



Лікування застосовують хірургічне, променеве і цитологічне, які на ранніх стадіях рівноцінні, проте променеве частіше як більш косметичне. Вибір способу лікування визначається стадією хвороби і локалізацією пухлин.

**Меланома** (меланобластома) належить до найбільш злоякісних пухлин людини. Пухлина виникає з пігментних клітин меланоцитів. Для неї характерна наявність пігменту меланіну, хоча можуть траплятися і без пігментні форми. Меланома може розвиватися як з передраку (невуса), так і з нормальної шкіри. Ознаки, які вказують на можливу малігнізацію невуса: 1) зміна форми; 2) збільшення розмірів; 3) зміна забарвлення; 4) вираз кування поверхні; 5) кровотеча або лімфотеча; 6) зміна чутливості; 7) діаметр більше ніж 5 мм; 8) приєднання запальних явищ (біль, ущільнення, гіперемія шкіри, свербіння, печія та ін.).

Клінічно поверхнево повзуча меланома виявляється як асиметричний з неправильними краями плоский утвір або пляма, забарвлені в різні відтінки сірого, коричневого та червоного кольорів. Трапляється де пігментовані ділянки. Пухлина може рости повільно в горизонтальному напрямі впродовж багатьох років.

Вузлова меланома – це утвір вузлової форми з чіткими краями, однотонний, темний чорно-синього або синьо-червоного кольору; характерний вертикальний тип росту.

Злоякісна лентигозна меланома розвивається в меланому Дюбрея. Вона розташовується на незахищених від сонця ділянках шкіри в осіб похилого віку і має вигляд великого плоского утвору рудувато-коричневого кольору.

Розміри меланоми рідко перевищують 2 – 2,5 см у діаметрі. Меланома має схильність до раннього лімфо генного і гематогенного метастазування. Пухлину часто оточують вторинні метастатичні вузли. Утвори, розташовані на віддалі до 3 см, називають самелітами, а вузлові утвори, розташовані в шкірі або в підшкірно-жировій клітковині між первинною пухлиною та зонами регіонарного метастазування – транзиторними метастазами. Найчастіше віддалені метастази виявляють у шкірі, легенях, печінці, головному мозку, кістках.

Основним методом лікування є хірургічний.

Меланома належить до радіо резистентних пухлин. Проте ураження слизових оболонок буває іноді чутливим до опромінення.

**Лімфоєпітеліома** (пухлина Шмінке, синці ткальна карцинома, перехідно-клітинний рак) – злоякісна пухлина глотки.

Як правило лімфо епітеліома виникає в ротовій та носовій частинах глотки, багатих на лімфоїдну тканину. Вона частіше зустрічається у віці 30 – 40 років, але може бути і у дітей.

Макроскопічно лімфо епітеліома має форму вузла або крупно-бугристого утворення щільно еластичної консистенції вкритого первоначально незміненою слизовою оболонкою, блідо-сірого коліру на розрізі.

Мікроскопічно лімфо епітеліома побудована з великих платівкових тканин, які можуть лежати розрізнено або утворювати компактні гнізда та рихло зв'язані тяжі. Пухлинні тканини мають різноманітну форму, контури їх нечіткі. В тканині лімфо епітеліома іноді зустрічається вогнища плоско клітинної диференціації вплоть до ороговіння окремих клітин та утворення так званих ракових перлин. Строма пухлини побудована із ніжно волокнистої сполучної тканини, інфільтрованої лімфоїдними клітинами та пронизаною багато чисельними капілярами.

Виділяють тип Шмінке, який характеризується ретикулярним роз положенням епітеліальних та багатьом лімфоїдних клітин, та тип Рего з компактним розміщенням епітеліальних клітин, та невеликою кількістю лімфоцитів у вигляді окремих вогнищ.

Клінічний перебіг лімфо епітеліоми обумовлено інфільтративним ростом пухлини, схильністю до раннього метастазування в глибокі лімфатичні вузли ший та швидкою генерацією процесу. Особливості клінічної симптоматики залежить від локалізації та розповсюдженості лімфо епітеліоми (наприклад, початковий симптом лімфо епітеліоми в носовій ділянці глотки – утруднене носове дихання; якщо уражен трубний мигдалик – зниження слуху; при ураженні задньої поверхні м'якого піднебіння – утруднене ковтання та зміна тембру голосу). За допомогою звичайної задньої риноскопії або фібро риноскопії частіше на боковій стінці носової частини глотки або в її своді спостерігається крупно-бугристе утворення щільно-еластичної консистенції (на відміну від м'яких аденоїдних утворень. По мірі збільшення пухлина вип'ячує м'яке піднебіння, може розповсюджуватись в порожнину рота, біляносові пазухи та очницю.

Іноді лімфоєпітеліома проростає кістки основи черепа та інфільтрує середню черепну ямку, вражая при цьому багато черепних нервів.

При локалізації пухлини в ділянці ротової частини глотки, головним чином, піднебінних мигдаликів, першими симптомами є відчуття чужерідного тіла та невеликий біль при ковтанні.

Піднебінний мигдалик збільшений у розмірах щільної консистенції, слизова оболонка розтягнута та гіперемована. Устя лакук майже не видні. Проростання лімфо епітеліоми в тканини глотки та корінь язика супроводжується появою виразки. При цьому збільшується біль, з'являється слинотеча, гнилісний запах з рота, утруднюється жування, ковтання, дихання.

Метастази лімфо епітеліоми в регіонарні лімфатичні вузли (частіше верхні ділянки шиї) спостерігаються в 80 – 95% випадках; в 20 – 25% випадків збільшення лімфатичних вузлів шиї є першим симптомом лімфо епітеліоми. І збільшення метастазів в подальшому може значно випереджувати розвиток первинної пухлини. Двобічна локалізація метастазів під верхню третину грудино-ключично-сосцевидного м'язу характерна для лімфо епітеліоми носової частини глотки, наявність метастатичних вузлів позаду та нижче кута нижньої щелепи – для лімфо епітеліоми ротової ділянки глотки. Віддалені метастази виникають рано, спостерігаються в лімфатичних вузлах різних областей, в легенях, печінці, травнево-кишковому тракті.

Діагноз ставлять на основі даних клінічних та морфологічних досліджень первинної пухлини та збільшених щільних лімфатичних вузлів шиї.

Лікування. Променева терапія, при генералізованих формах лімфо епітеліоми призначають сарколізін або циклофосфамід.

Прогноз неблагоприємний, залежить від локалізації та клінічної стадії захворювання.

## 6. МАТЕРІАЛИ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ:

### А. Завдання для самоконтролю:

#### Доброякісні епітеліальні пухлини м'яких тканин щелепно-лицевої ділянки

Клінічні характеристики	Назва пухлини			
	Папілома	Кератоакантома	Шкірний ріг	Невус
Локалізація	Шкіра, слизова оболонка	Шкіра, обличчя	Шкіра, обличчя	Шкіра, слизова оболонка
Форма	Округла	Округла, блюдцеподібна	Конусо-подібний	Округла або неправильна
Розмір	Від 1-2мм до 1см і більше	До 2-3см в діаметрі	Від декілька мм до декілька см	Може досягти великої площі
Рухомість	Рухома якщо має ніжку	Нерухома	Мало-рухомий	Нерухомий
Колір	На шкірі темний, на слизовій оболонці рожевий	Оточуючих тканин	Темний до чорного	Від рожевого до червоного
Характер поверхні	Ворсин-часта	Має кратеро-подібне заглиблення	Рівна або бугриста	Може бути гладким або бородавчастим
Наявність ніжки	Буває на широкій основі або на ніжці	На широкій основі	На широкій основі	Немає
Ріст	Повільний	Швидкий	Повільний	Повільний, часто пухлина природ-жена
Інше		Може самостійно зникнути		На поверхні невусу може рости волосся

## **Б. Задачі для самоконтролю:**

1. Хворий похилого віку скаржиться на наявність на нижній губі безболісного, твердого новоутворення, що існує вже декілька місяців, повільно збільшуючись. Об'єктивно: на шкірі нижньої губи визначається конусоподібне утворення до 1 см завдовжки, тверде, безболісне, темно-коричневого кольору на широкій основі.

Який діагноз найбільш вірогідний?

(Відповідь: шкірний ріг)

2. Хворий скаржиться на наявність безболісного новоутворення на шкірі щоки, яке швидко зростає. Об'єктивно: на шкірі лівої щоки новоутворення 1 x 1,5 см, блюдцеподібної форми з гладкою поверхнею і западанням в центрі у вигляді кратера, що заповнене роговою масою.

Який діагноз найбільш вірогідний?

(Відповідь: кератоакантома)

3. Видаливши папілому язика, лікар направив матеріал на гістологічне дослідження помістивши його у 70% етиловий спирт.

Чи є дії лікаря вірними?

(Відповідь: ні, етиловий спирт різко змінює гістологічну картину матеріалу)

## **В. Матеріали для тестового контролю. Тестові завдання з одиничною правильною відповіддю (α=II):**

1. Знайдіть опис невуса шкіри:

A. Виступаючі над поверхнею шкіри безболісні сосочкові розростання. Покриті волоссям, темно-коричневого кольору, є тріщини, покриті шкірками, не кровлять, межі чіткі.

B. Поодинокі, щільні, безболісні утворення розміром у декілька міліметрів коричневого кольору, покриті зморшкуватою шкірою, розташовується на ніжці.

C. Поодинокі, безболісні утворення розміром до 0,5 см, яскраво-червоного кольору з гладкою поверхнею, розташовані на ніжці.

D. Плоська папула коричневого кольору розміром до декількох міліметрів, округлої форми, безболісна, з гладкою поверхнею.

E. Пухлиноподібне утворення чорного кольору, розміром до 0,5 см, нерухоме, безболісне, швидко збільшується.

(Правильна відповідь: D)

2. Ознакою озлоякіснення невуса не є:

A. Різне збільшення його розмірів.

B. Зміна ступеня пігментації.

C. Поява застійних запальних явищ по периферії невуса.

D. Поява виразки.

E. Поява волосся на невусі.

(Правильна відповідь: E)

3. Трихоепітеліома – це:

A. Доброякісний новоутвір, що розвивається з волосяних фолікулів і що містить залозисті кісти.

B. Доброякісна пухлина волосяних фолікулів, що складається з високо диференційованих клітинних елементів.

C. Доброякісна пухлина, гістогенетично пов'язана з лішкою волосяного фолікула.

D. Доброякісна пухлина, що виникає з епітелію сальних залоз і що зберігає структурні подібності з вихідною залозою.

E. Доброякісний новоутвір, що розвивається з вивідних проток потових залоз.

(Правильна відповідь: A)

## **Г. Навчальні задачі 3-го рівня (нетипові задачі):**

1. Виразка, що виявлена в порожнині рота при огляді хворого має такий вид: краї щільні, вивернуті у вигляді кратера, основа ущільнена, дно вкрите дрібнозернистою тканиною, що легко кровоточить при доторкуванні. Виразка безболісна.

Який діагноз більш вірогідний?

(Відповідь: ракова виразка)

2. На шкірі в ділянці лівої щоки півроку тому з'явився вузлик з червичне зерно виступаюче над поверхнею шкіри. Пухлина щільної консистенції, матово-білого кольору, розташована на бляшці. Після видалення пухлини виявлено, що структурною одиницею пухлини є базаліоми.

Який діагноз більш вірогідний?

(Відповідь: базаліома)

3. У хворого на слизовій оболонці нижньої губи є пухлино подібне утворення кулеподібної форми, розміром до 0,5 см, м'якої консистенції, з чіткими контурами, рухоме, безболісне; слизова оболонка над утворенням без патологічних змін.

Про яке захворювання можна думати?

(Відповідь: папілома)

## **7. ЛІТЕРАТУРА:**

### **Основна література:**

1. Пачес А.И. Опухоли головы и шеи. – М.: Медицина, 1983.
2. Дунаевский В.А., Шеломенцев Ю.А. Предопухольные заболевания и злокачественные опухоли слизистых оболочек полости рта. – М.: Медицина, 1986.
3. Колесов А.А., Воробьев Ю.И., Каспарова Н.Н. Новообразования мягких тканей и костей лица у детей и подростков. – М.: Медицина, 1989.

### **Додаткова література:**

1. Солнцев А.М., Колесов В.С. Доброкачественные опухоли лица, челюстей и органов полости рта. – К.: Здоров'я, 1985. – 150 с.
2. Соловьёв М.М. Онкологические аспекты в стоматологии. – М.: Медицина, 1983.
3. Рибалов О.В., Одабаш'ян А.Л., Соколова Н.П., Саяпіна Л.М. Онкологія щелепно-лицевої ділянки / Навчальний посібник для студентів та лікарів-інтернів стоматологів.- Полтава; АСМІ, 1999. – 114 с.
4. Травматологія та онкологія щелепно-лицевої ділянки / Збірник тестових запитань для студентів стоматологічного факультету //О.В.Рибалов, Л.М.Саяпіна, І.В.Яценко, О.О.Розколупа: АСМІ, 2002. – 197 с.

Міністерство охорони здоров'я України  
Вищий державний навчальний заклад України  
Сумський державний університет  
Медичний інститут

«Затверджено»  
на засіданні кафедри  
стоматології  
Завідувач кафедри  
д. мед. н. Лахтін Ю.В.

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ  
ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ  
ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ДО ПРАКТИЧНОГО  
(СЕМІНАРСЬКОГО) ЗАНЯТТЯ

Навчальна дисципліна	Хірургічна стоматологія
Модуль №	3
Змістовний модуль №	3
Тема заняття	Пухлиноподібні утворення м'яких тканин: атерома, рінофіма, кератоакантома, кератолітична папілома (шкірний ріг). Клініка, діагностика, диференціальна діагностика, лікування.
Курс	IV
Факультет	Стоматологічний

## 1. АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ.

Пухлиноподібні новоутворення м'яких тканин, особливо такі, як атерома, спостерігається на амбулаторному прийомі у хірурга-стоматолога досить часто. Звичайно вони не становлять загрози життю та здоров'ю хворого, але при певних умовах деякі з них наприклад, кератоакантома здатні перероджуватись у злоякісну пухлину. Чітке знання клінічних проявів цієї групи новоутворень допоможе лікарю встановити вірний діагноз і уникнути грубих помилок.

## 2. КОНКРЕТНІ ЦІЛІ:

- 2.1.Аналізувати клінічні прояви атероми, рінофіми, кератоакантоми, шкірного рога.
- 2.2.Пояснювати етіологічні і патогенетичні фактори розвитку пухлиноподібних утворень м'яких тканин.
- 2.3.Запропонувати план обстеження хворого з діагнозом атерома, рінофіма, кератоакантома, шкірний ріг.
- 2.4.Класифікувати пухлиноподібні утворення м'яких тканин.
- 2.5.Тракувати принципи діагностики та лікування пухлиноподібних утворень м'яких тканин.
- 2.6.Малювати графологічну схему заняття.
- 2.7.Проаналізувати результати лабораторних та інструментальних обстежень.
- 2.8.Скласти схему лікування хворих з атеромою, рінофімою, кератоакантомою або шкірним рогом.

## 3. БАЗОВІ ЗНАННЯ, ВМІННЯ, НАВИЧКИ, НЕОБХІДНІ ДЛЯ ВИВЧЕННЯ ТЕМИ (міждисциплінарна інтеграція).

Назви попередніх дисциплін	Отримані навички
1. Топографічна анатомія.	Визначити топографо-анатомічні ділянки голови та шиї.
2. Гістологія.	Приготувати матеріал для гістологічного дослідження.
3. Патологічна анатомія.	Описати гістологічну картину пухлино подібних утворень м'яких тканин.
4. Патологічна фізіологія.	Тракувати етіологію та патогенез пухлин.
5. Пропедевтика хірургічної стоматології.	Провести курація хворого з пухлиною щелепно-лицевої ділянки.
6. Загальна онкологія.	Визначити схему обстеження онкохворого.

## 4. ЗАВДАННЯ ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ДО ЗАНЯТТЯ.

### 4.1. Перелік основних термінів, параметрів, характеристик, які повинен засвоїти студент при підготовці до заняття:

Термін	Визначення
1. Біопсія.	Це прижиттєве одержання матеріалу для гістологічного дослідження.
2. Аутопсія.	Це посмертне одержання матеріалу для гістологічного дослідження.
3. Пункційна біопсія.	Це одержання матеріалу для гістологічного дослідження шляхом пункції новоутворення голкою великого діаметру.
4. Інцизійна біопсією	Це одержання матеріалу для гістологічного дослідження шляхом вирізування шматочка пухлини на межі здорових тканин.

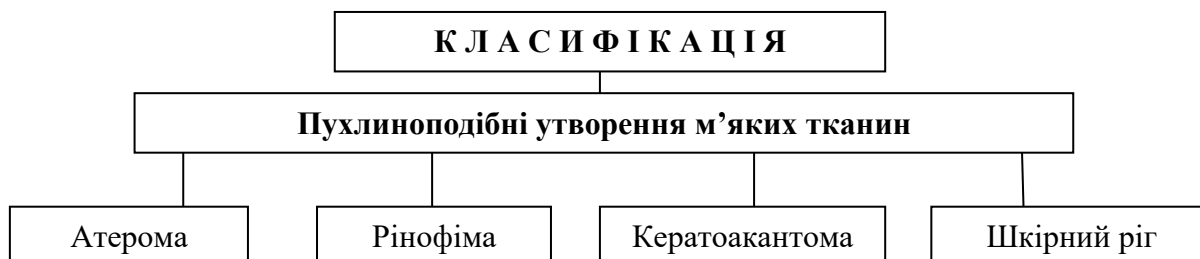
### 4.2. Теоретичні питання до заняття:

1. Перелічіть фактори, які сприяють виникненню пухлиноподібних утворень м'яких тканин.
2. Описати клінічну картину атероми.
3. Описати клінічну картину рінофіми.
4. Описати клінічну картину кератоакантоми.

5. Описати клінічну картину шкірного рога.
6. Методи діагностики та додаткові методи дослідження хворих.
7. Диференційна діагностика пухлиноподібних утворень м'яких тканин.
8. Профілактика виникнення пухлиноподібних утворень м'яких тканин.
9. Диференційна діагностика пухлиноподібних утворень м'яких тканин.
10. Клінічні прояви злоякісного переродження пухлиноподібних утворень м'яких тканин.
11. Методи лікування пухлиноподібних утворень м'яких тканин.

**4.3. Практичні роботи (завдання), які виконуються на занятті** (не передбачено робочою навчальною програмою з дисципліни).

## 5. ЗМІСТ ТЕМИ:



### Клініка, діагностика, лікування

**Атерома** – це ретенційна киста сальної залози шкіри, яка утворюється після закупорки вивідної протоки залози. Частіше всього це має місце при травматичному пошкодженні шкіри під час гоління, видавлювання вугрів та ін. Атероми частіше поодинокі але можуть бути і множинні (атероматоз). Ростуть повільно та безболісно, спостерігаються в будь-якій ділянці шкіри обличчя та голови. Клінічна атерома має кулеподібну форму, шкіра над нею не змінена в кольорі, рухома. Тільки в одному місці шкіра зрощена з оболонкою кісти, а саме в ділянці гирла вивідної протоки сальної залози. Тут, якщо спробувати зібрати шкіру в складку, спостерігається симптом «лимонної кірки». Атерома рухома, безболісна при пальпації, має щільно-еластичну консистенцію, поверхня її гладка, межі чіткі. Розмір від декілька міліметрів до декількох сантиметрів в діаметрі.

Атероми досить часто нагноюються. В таких випадках вона втрачає рухомість, шкіра над нею червоніє, виникає набряк оточуючих тканин, формується абсцес. Капсула атероми сформована із сполучної тканини, всередині вкрита плоским епітелієм.

Лікування атероми хірургічне, полягає в видаленні капсули разом зі смужкою шкіри, що зрощена з верхнім полюсом кісти. У випадку нагноєння атероми її лікують як звичайний абсцес, а оболонку видаляють після повної ліквідації проявів запалення.

**Рінофіма** – це хронічне запалення шкіри носа з ураженням всіх її елементів і гіперплазією сальних залоз та судин. Частіше зустрічається у чоловіків похилого віку, що зловживають алкоголем.

Захворювання розвивається повільно і виявляє себе у вигляді безболісного вузлуватого утворення в ділянці кінчика носа та його крил багрово-синюшного кольору. На поверхні шкіри видно розширені судини – телеангіоектазії. Рінофіма призводить до деформацій носа та спотворення обличчя.

Розрізняють дві форми його захворювання – фіброзну та залозисту (вузлувату). Фіброзна форма характеризується рівномірним збільшенням носа, при цьому ніс не втрачає своєї форми. При залозистій формі на крилах та кінчику носа утворюються вузли, які надалі зливаються між собою.

Хірургічне лікування рінофіми полягає в висіченні патологічних розростань з одномоментною шкірною пластикою.

**Кератоакантома** являє собою утворення блюдцеподібної форми, що локалізується на шкірі обличчя. Поверхня утворення гладка, має кратероподібне вдавнення в центрі, що заповнене роговими масами, які легко можна видалити. Утворення щільно-еластичної консистенції, безболісне, на широкій основі. Рoste швидко, досягаючи за 2 – 3 тижні до 2 – 3 см в діаметрі. На відміну від інших утворень, кератоакантома часто зникає сама по собі на протязі 1,5 – 3 місяців, лишаючи по собі на шкірі рубець. В інших випадках її видаляють хірургічним шляхом.

**Шкірний ріг (кератолітична папілома)** має вигляд утворення конічної форми у вигляді рогу, на широкій основі, сірого або темно-коричневого кольору. Може мати вигляд півкулі. Новоутворення безболісне має гладку або пошарову поверхню, тверде, як ріг. Розміри від декілька міліметрів до декількох сантиметрів в довжину. Межі чіткі.

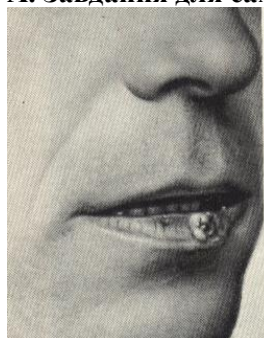
Лікування хірургічне – висічення в межах незмінених тканин.

**Диференційна діагностика  
пухлиноподібних утворень м'яких тканин**

Клінічні характеристик-ки	Назва пухлини			
	<b>Атерома</b>	<b>Рінофіма</b>	<b>Кератоакан-тома</b>	<b>Шкірний ріг</b>
Локалізація	Шкіра обличчя або волосистої ділянки голови	Шкіра крил та кінчика носа	Шкіра обличчя або червона облямівка губи	Шкіра обличчя або волосистої ділянки голови
Форма	Кулеподіб-на	У вигляді вузлів або дифузного потовщення носа	Блюдцеподібна із западанням у центрі	У вигляді конусу
Розмір	Від декілька мм до декількох см	Вузли до 1,5-2 см в діаметрі	До2-3 см в діаметрі	Від декілька мм до декількох см
Рухомість	Рухома	Нерухома	Нерухома	Нерухомий
Консистенція	Щільно-еластична	Щільна або щільно-еластична	Щільна	Твердий
Колір	Шкіра над атеромою не змінена в кольорі	Червоно-синя	Кольору оточуючої шкіри	Сірий, коричньовий або чорний
Характер поверхні	Гладка	Вузлувата	Гладка	Гладкий
Наявність ніжки	Відсутня	Вузли на широкій основі	На широкій основі	На широкій основі
Ріст	Повільний	Повільний	Швидкий	Повільний
Інше	Безболісна, зрощена зі шкірою в ділянці верхнього полюсу	Шкіра над вузлами має розширені судини та пори, пальпація безболісна	Нерідко зникає сама по собі, безболісна	Пальпація безболісна

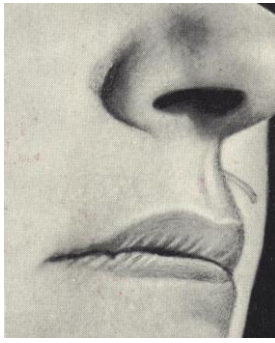
**6. МАТЕРІАЛИ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ:**

**А. Завдання для самоконтролю:**



Кератоакантома нижньої губи





Шкірний ріг верхньої губи

**Б. Задачі для самоконтролю:**

1. Хворий похилого віку скаржиться на наявність на нижній губі безболісного, твердого новоутворення, Що існує вже декілька місяців, повільно збільшуючись. Об'єктивно: на шкірі нижньої губи визначається конусоподібне утворення до 1 см завдовжки, тверде, безболісне, темно-коричньового кольору на широкій основі.

Який діагноз найбільш вірогідний?

(Відповідь: шкірний ріг)

2. Хворий скаржиться на наявність безболісного новоутворення на шкірі щоки, яке швидко росте. Об'єктивно: на шкірі лівої щоки новоутворення 1,х1,5 см, блюдцеподібної форми з гладкою поверхнею і западанням в центрі у вигляді кратера, що заповнене роговою масою.

Який діагноз найбільш вірогідний?

(Відповідь: кератоакантома)

3. У хворого під незміненою шкірою лоба визначається рухоме утворення кулеподібної форми 2х2 см, еластичної консистенції, з гладкою поверхнею, безболісне. При спробі зібрати шкіру над утворенням у складку, шкіра набуває вигляд «лимонної корки». Зі слів хворого утворення з'явилося кілька років тому у вигляді маленької кульки під шкірою.

Який діагноз має місце у даному випадку?

(Відповідь: атерома)

**В. Матеріали для тестового контролю. Тестові завдання з одиничною правильною відповіддю (α=Π):**

1. Атерома – це:

- А. Пухлина жирової тканини.
- В. Епітеліальна пухлина.
- С. Пухлина з м'язової тканини.
- Д. Ретенційна кіста сальної залози.
- Е. Пухлина шкіри.

(Правильна відповідь: D)

2. Рінофіма – це:

- А. Ретенційна кіста сальної залози.
- В. Пухлина шкіри носа.
- С. Гіпертрофія шкіри носа.
- Д. Гіперплазія сальних залоз шкіри носа.
- Е. Пухлина нервової тканини.

(Правильна відповідь: D)

3. Кератоакантома – це:

- А. Пухлина з кісткової тканини.
- В. Пухлина з м'язової тканини.
- С. Пухлина з нервової тканини.
- Д. Пухлина з сполучної тканини.
- Е. Пухлина епітеліального походження.

(Правильна відповідь: E)

### **Г. Навчальні задачі 3-го рівня (нетипові задачі):**

1. Хворий скаржиться на наявність безболісного новоутворення на шкірі щоки, яке швидко росте. Об'єктивно: на шкірі лівої щоки новоутворення 1,х1,5 см, блюдцеподібної форми з гладкою поверхнею і западанням в центрі у вигляді кратера, що заповнене роговою масою.

Визначте діагноз, проведіть диференційну діагностику, призначте лікування.

(Відповідь: кератоакантома; висічення в межах здорових тканин)

2. Хворий похилого віку, що зловживає алкоголем скаржиться на спотворення форми носа. Об'єктивно: деформація кінчика та крил носа за рахунок наявності вузлуватих безболісних розростань шкіри, що з трудом зміщуються при пальпації. Шкіра носа синюшно-червоного кольору з розширеними порами та телеангіектазіями.

Який діагноз найбільш вірогідний, проведіть диференційну діагностику, призначте лікування.

(Відповідь: ринофіма, висічення в межах здорових тканин з послідуною шкірною пластикою)

3. У хворого під незміненою шкірою лоба визначається рухоме утворення кулеподібної форми 2х2 см, еластичної консистенції, з гладкою поверхнею, безболісне. При спробі зібрати шкіру над утворенням у складку, шкіра набуває вигляд «лимонної корки». Зі слів хворого утворення з'явилося кілька років тому у вигляді маленької кульки під шкірою.

Який діагноз має місце у даному випадку, проведіть диференційну діагностику, призначте лікування.

(Відповідь: атерома, видалення капсули з ділянкою прилягаючої шкіри)

### **7. ЛІТЕРАТУРА:**

#### **Основна література:**

1. Пачес А.И. Опухоли головы и шеи. – М.: Медицина, 1983.
2. Дунаевский В.А., Шеломенцев Ю.А. Предопухолевые заболевания и злокачественные опухоли слизистых оболочек полости рта. – М.: Медицина, 1986.
3. Колесов А.А., Воробьев Ю.И., Каспарова Н.Н. Новообразования мягких тканей и костей лица у детей и подростков. – М.: Медицина, 1989.

#### **Додаткова література:**

1. Солнцев А.М., Колесов В.С. Доброкачественные опухоли лица, челюстей и органов полости рта. – К.: Здоров'я, 1985. – 150 с.
2. Соловьёв М.М. Онкологические аспекты в стоматологии. – М.: Медицина, 1983.
3. Рибалов О.В., Одабаш'ян А.Л., Соколова Н.П., Саяпіна Л.М. Онкологія щелепно-лицевої ділянки / Навчальний посібник для студентів та лікарів-інтернів стоматологів.- Полтава; АСМІ, 1999. – 114 с.
4. Травматологія та онкологія щелепно-лицевої ділянки / Збірник тестових запитань для студентів стоматологічного факультету //О.В.Рибалов, Л.М.Саяпіна, І.В.Яценко, О.О.Розколуца: АСМІ, 2002. – 197 с.

Міністерство охорони здоров'я України  
Вищий державний навчальний заклад України  
«Українська медична стоматологічна академія»

«Затверджено»  
на засіданні кафедри  
стоматології

Завідувач кафедри  
д. мед. н. Лахтін Ю.В.

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ  
ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ  
ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ДО ПРАКТИЧНОГО  
(СЕМІНАРСЬКОГО) ЗАНЯТТЯ

Навчальна дисципліна	Хірургічна стоматологія
Модуль №	3
Змістовний модуль №	3
Тема заняття	Пухлини та пухлиноподібні утворення фіброзної тканини. Клініка, діагностика, диференціальна діагностика, лікування.
Курс	IV
Факультет	Стоматологічний

## 1. АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ.

Пухлини та пухлиноподібні утворення з фіброзної тканини, такі, як фіброма та епулід, спостерігається на амбулаторному прийомі у хірурга-стоматолога порівняно частіше інших доброякісних новоутворень порожнини рота. Тому, чітке знання клінічних проявів цієї групи новоутворень необхідне лікарю для встановлення вірного діагнозу та запобіганню діагностичних помилок.

## 2. КОНКРЕТНІ ЦІЛІ:

- 2.1.Аналізувати клінічні прояви фіброми, фіброматоза ясен, епуліду.
- 2.2.Пояснювати етіологічні і патогенетичні фактори розвитку пухлин та пухлиноподібних утворень фіброзної тканини.
- 2.3.Запропонувати план обстеження хворого з фібромою, фіброматозом ясен, епулідом.
- 2.4.Класифікувати пухлиноподібні утворення фіброзної тканини.
- 2.5.Тракувати принципи діагностики та лікування пухлин та пухлиноподібних утворень фіброзної тканини.
- 2.6.Малювати графологічну схему теми.
- 2.7.Проаналізувати результати лабораторних та інструментальних обстежень.
- 2.8.Скласти схему лікування хворих з фібромою, фіброматозом ясен, епулідом.

## 3. БАЗОВІ ЗНАННЯ, ВМІННЯ, НАВИЧКИ, НЕОБХІДНІ ДЛЯ ВИВЧЕННЯ ТЕМИ (міждисциплінарна інтеграція).

Назви попередніх дисциплін	Отримані навички
1. Топографічна анатомія.	Визначити топографо-анатомічні ділянки голови та шиї.
2. Гістологія.	Приготувати матеріал для гістологічного дослідження.
3. Патологічна анатомія.	Описати гістологічну картину пухлин та пухлиноподібних утворень фіброзної тканини.
4. Патологічна фізіологія.	Тракувати етіологію та патогенез пухлин.
5. Пропедевтика хірургічної стоматології.	Провести курацію хворого з пухлиною щелепно-лицевої ділянки.
6. Загальна онкологія.	Визначити схему обстеження онкохворого.

## 4. ЗАВДАННЯ ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ДО ЗАНЯТТЯ.

### 4.1. Перелік основних термінів, параметрів, характеристик, які повинен засвоїти студент при підготовці до заняття:

Термін	Визначення
1. Десмоїд.	Це різновид фіброми, що розвивається з фасцій та сухожиль.
2. Гістіоцитома.	Це різновид фіброми, що містить у своєму складі гістіоцити.

### 4.2. Теоретичні питання до заняття:

1. Перелічіть фактори, які сприяють виникненню пухлин та пухлиноподібних утворень з фіброзної тканини.
2. Описати клінічну картину фіброми.
3. Описати клінічну картину фіброматозу ясен.
4. Описати клінічну картину фіброзного епуліду.
5. Описати клінічну картину ангіоматозного епуліду.
6. Методи діагностики та додаткові методи дослідження хворих.
7. Диференційна діагностика пухлин та пухлиноподібних утворень з фіброзної тканини.
8. Профілактика виникнення пухлин та пухлиноподібних утворень з фіброзної тканини.
9. Диференційна діагностика пухлин та пухлиноподібних утворень з фіброзної тканини.

10.Клінічні прояви злоякісного переродження пухлин та пухлиноподібних утворень з фіброзної тканини.

11.Методи лікування пухлин та пухлиноподібних утворень з фіброзної тканини.

#### 4.3. Практичні роботи (завдання), які виконуються на занятті:

Провести пальпацію регіонарних лімфатичних вузлів щелепно-лицевої ділянки та шиї.

#### 5. ЗМІСТ ТЕМИ:



#### Клініка, діагностика, лікування

Фіброма – доброякісна пухлина, яка розвивається з волокнистої сполученої тканини. Може локалізуватись як на шкірі будь-якої ділянки голови та шиї, так і в порожнині рота на слизовій оболонці.

Розрізняють фіброму тверду (не містить жирової тканини) та м'яку (містить в собі елементи жирової тканини).

Фіброма шкіри уявляє собою безболісне утворення щільно-еластичної або м'якої консистенції, що розташоване в товщі шкіри або виступає над її поверхнею у вигляді півкулі. Вона обмежено рухома, має широку основу та колір нормальної шкіри (може бути рожевого або коричневого кольору). Поверхня фіброми буває гладкою (тверда фіброма) або у зморжках (м'яка фіброма).

М'яка фіброма, що має тонку ніжку та кувасоподібну форму носить назву фібропапілома.

Фіброма може бути розташована і в товщі м'яких тканин у вигляді вузла з чіткими межами, що має капсулу.

Різновидом фіброми є гістіоцитома (дерматофіброма), яка містить в собі фібробласти, фіброцити та гістіоцити, а також десмоїдна фіброма (десмоїд). Обидві форми схильні до інфільтруючого росту.

В порожнині рота фіброма локалізується частіше на слизовій оболонці щік, альвеолярного відростка та язика. Зустрічається симетричне розташування фіброми у вигляді веретеноподібних утворень з язикового або піднебінного боку альвеолярного відростка – так звана симетрична фіброма.

Фіброматоз ясен – це розростання ясен від ясеневого краю до рівня перехідної складки у вигляді дифузного потовщення ясен або у вигляді дольок в ділянці декількох зубів, іноді на протязі всього альвеолярного відростка. Розростання можуть бути м'якими або щільними, безболісні.

Епулід – пухлиноподібне утворення ясен, розташоване в ділянці шийки зуба, безболісне, має широку основу та грибоподібну форму. Своєю основою може входити між зубами, розповсюджуючись на язикову поверхню альвеолярного відростка. Клінічно розрізняють фіброзну і ангиоматозну форми епуліду. Фіброзний епулід має гладку поверхню, щільну або щільно-еластичну консистенцію, блідо-рожевий колір, безболісний, не кровоточить. Ангиоматозний

епулід м'який, червоного кольору, легко кровоточить. Лікування фібром полягає в висіченні їх в межах незмінених тканин.

Лікування епуліду хірургічне – висічення в межах здорових тканин. При видаленні епулісів ряд авторів рекомендують вискоблювати та коагулювати кісткове ложе епуліду для попередження рецидиву.

### Диференційна діагностика пухлин та пухлиноподібних утворень з фіброзної тканини

Клінічні характер-ристики	Назва утворення			
	<b>Фіброма</b>	<b>Фіброматоз ясен</b>	<b>Фіброзний епулід</b>	<b>Ангіоматоз-ний епулід</b>
Локалізація	На шкірі обличчя або слизової оболонки порожнини рота або в товщі тканин	Альвеоляр-ний відросток від перехідної складки до шийки зуба	Альвеоляр-ний відросток в ділянці шийки зуба	Альвеолярний відросток в ділянці шийки зуба
Форма	Напівсфе-рична	Дифузне розростання ясен уздовж альвеолярного відростку	Грибоподіб-на	Грибоподібна
Розмір	Від кількох мм до кількох см	В ділянці декількох зубів або уздовж всього відростка	Від кількох мм до кількох см	Від кількох мм до кількох см
Рухомість	Обмежено рухома	Значно рухомий	Обмежено рухомий	Обмежено рухомий
Консистенція	Щільна або м'яка	Щільна або щільно-еластична	Щільний або щільно-еластичний	М'який
Колір	Кольору оточуючих тканин	Кольору оточуючих тканин	Кольору оточуючих тканин	Яскраво-червоний
Характер поверхні	Гладка	Гладка або дольчаста	Гладка	Гладка або бугриста
Наявність ніжки	Товста ніжка або широка основа	Широка основа	Широка основа	Широка основа
Ріст	Повільний	Повільний	Повільний	Повільний
Інше	Безболісна	Розрос-тається до перехідної складки, безболісний	Частіше росте з вестибулярного боку, безболісний	Часто спостерігається у вагітних, легко кровоточить, безболісний

## 6. МАТЕРІАЛИ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ:

### А. Завдання для самоконтролю:



Гігантклітинний епулід нижньої щелепи



Ангіоматозний епілід нижньої щелепи



Фіброзний епулід верхньої щелепи

### Б. Задачі для самоконтролю:

1. Хворий скаржиться на наявність на слизовій оболонці щоки безболісного новоутворення, що існує декілька років, повільно збільшуючись. Об'єктивно: на слизовій оболонці лівої щоки визначається напівсферичної форми утворення на широкій основі до 1 см в діаметрі, щільне, безболісне, з чіткими межами блідно-рожевого кольору.

Який діагноз найбільш вірогідний?

(Відповідь: фіброма)

2. Хворий скаржиться на наявність розростання ясен верхньої щелепи. Об'єктивно: ясна верхньої щелепи дифузно потовщені на протязі всього альвеолярного відростка з вестибулярного боку. Розростання розповсюджується до перехідної складки, безболісні, щільно-еластичної консистенції, закривають вестибулярну поверхню коронок зубів.

Який діагноз найбільш вірогідний? (Відповідь: фіброматоз ясен)

3. У хворого в ділянці шийки молярів нижньої щелепи зправа з вестибулярного боку альвеолярного відростку визначається новоутворення грибоподібної форми з гладкою поверхнею на широкій основі. Утворення безболісне, щільної консистенції, обмежено-рухоме, блідо-рожевого кольору.

Який діагноз має місце в даному випадку?

(Відповідь: фіброзний епулід)

**В. Матеріали для тестового контролю. Тестові завдання з одиничною правильною відповіддю (α=Π):**

1. Фіброма – це:

- A. Пухлина жирової тканини.
- B. Епітеліальна пухлина.
- C. Пухлина з м'язової тканини.
- D. Ретенційна кіста сальної залози.
- E. Пухлина зі сполучної тканини.

(Правильна відповідь: E)

2. Яка пухлина не відноситься до фібром:

- A. Тверда фіброма.
- B. М'яка фіброма.
- C. Десмоїд.
- D. Гістіоцитома.
- E. Атерома.

(Правильна відповідь: E)

3. Епулід – це:

- A. Доброякісна пухлина.
- B. Злоякісна пухлина.
- C. Запальне захворювання.
- D. Дистрофічне захворювання.
- E. Пухлиноподібне утворення.

(Правильна відповідь: E)

**Г. Навчальні задачі 3-го рівня (нетипові задачі):**

1. Під час профілактичного огляду у хворій з вестибулярного боку альвеолярного відростку верхньої щелепи в ділянці передніх зубів виявлено новоутворення ясен кулеподібної форми яскраво-червоного кольору, що кровоточить при доторкуванні. Новоутворення безболісне, розташоване на широкій ніжці в ділянці ясеневого краю.

Встановіть діагноз, проведіть диференційну діагностику, призначте лікування.

(Відповідь: ангіоматозний епулід, висічення у межах здорових тканин, діатермокоагуляція кісткового ложа)

2. У хворого в ділянці шийки молярів нижньої щелепи зправа з вестибулярного боку альвеолярного відростку визначається новоутворення грибоподібної форми з гладкою поверхнею на широкій основі. Утворення безболісне, щільної консистенції, обмежено-рухоме, блідо-рожевого кольору.

Встановіть діагноз, проведіть диференційну діагностику, призначте лікування.

(Відповідь: фіброзний епулід, висічення у межах здорових тканин, коагуляція кісткового ложа)

3. Хворий скаржиться на наявність розростання ясен верхньої щелепи. Об'єктивно: ясна верхньої щелепи дифузно потовщені на протязі всього альвеолярного відростка з вестибулярного боку. Розростання розповсюджується до перехідної складки, безболісні, щільно-еластичної консистенції, закривають вестибулярну поверхню коронок зубів.

Встановіть діагноз, проведіть диференційну діагностику, призначте лікування.

(Відповідь: фіброматоз ясен, висічення у межах незмінених ясен разом з окістям)

**7. ЛІТЕРАТУРА:**

**Основна література:**

- 1. Пачес А.И. Опухоли головы и шеи. – М.: Медицина, 1983.
- 2. Дунаевский В.А., Шеломенцев Ю.А. Предопухольные заболевания и злокачественные опухоли слизистых оболочек полости рта. – М.: Медицина, 1986.
- 3. Колесов А.А., Воробьев Ю.И., Каспарова Н.Н. Новообразования мягких тканей и костей лица у детей и подростков. – М.: Медицина, 1989.

**Додаткова література:**

- 1. Солнцев А.М., Колесов В.С. Доброкачественные опухоли лица, челюстей и органов полости рта. – К.: Здоров'я, 1985. – 150 с.



Міністерство охорони здоров'я України  
Вищий державний навчальний заклад України  
Сумський державний університет  
Медичний інститут

«Затверджено»  
на засіданні кафедри  
стоматології

Завідувач кафедри  
д. мед. н. Лахтін Ю.В.

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ  
ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ  
ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ДО ПРАКТИЧНОГО  
(СЕМІНАРСЬКОГО) ЗАНЯТТЯ

Навчальна дисципліна	Хірургічна стоматологія
Модуль №	3
Змістовний модуль №	3
Тема заняття	Пухлини та пухлиноподібні утворення м'язової та жирової тканини. Клініка, діагностика, диференційна діагностика, лікування.
Курс	IV
Факультет	Стоматологічний

## 1. АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ.

Пухлини м'язової та жирової тканини, не часто спостерігаються на амбулаторному прийомі, але обізнаність в їх клінічних проявах необхідна хірургу-стоматологу для запобігання діагностичних помилок, оскільки симптоми, що супроводжують ці новоутворення нерідко схожі з клінікою інших пухлин. Крім того, деякі з пухлин м'язової та жирової тканини здатні малігнізуватись і знання ознак злоякісного переродження вкрай необхідно практичному лікарю-стоматологу.

## 2. КОНКРЕТНІ ЦІЛІ:

- 2.1. Аналізувати клінічні прояви різних форм міоми та ліпоми.
- 2.2. Пояснювати етіологічні і патогенетичні фактори розвитку пухлиноподібних утворень м'язової та жирової тканини.
- 2.3. Запропонувати план обстеження хворого з діагнозом міома та ліпома.
- 2.4. Класифікувати пухлиноподібні утворення м'язової та жирової тканини.
- 2.5. Трактувати принципи діагностики та лікування м'язової та жирової тканини.
- 2.6. Малювати графологічну схему теми.
- 2.7. Проаналізувати результати лабораторних та інструментальних обстежень.
- 2.8. Скласти схему лікування хворих з міомою та ліпомою.

## 3. БАЗОВІ ЗНАННЯ, ВМІННЯ, НАВИЧКИ, НЕОБХІДНІ ДЛЯ ВИВЧЕННЯ ТЕМИ (міждисциплінарна інтеграція).

Назви попередніх дисциплін	Отримані навички
1. Топографічна анатомія.	Визначити топографо-анатомічні ділянки голови та шиї.
2. Гістологія.	Приготувати матеріал для гістологічного дослідження.
3. Патологічна анатомія.	Описати гістологічну картину пухлиноподібних утворень м'язових тканин.
4. Патологічна фізіологія.	Трактувати етіологію та патогенез пухлин.
5. Пропедевтика хірургічної стоматології.	Провести курація хворого з пухлиною щелепно-лицевої ділянки.
6. Загальна онкологія.	Визначити схему обстеження онкохворого.

## 4. ЗАВДАННЯ ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ДО ЗАНЯТТЯ.

### 4.1. Перелік основних термінів, параметрів, характеристик, які повинен засвоїти студент при підготовці до заняття:

Термін	Визначення
1. Міобластома.	Це пухлина, що походить з міобластів поперечно-смугастої мускулатури.
2. Рабдоміома.	Це пухлина, що походить з поперечно-смугастої мускулатури.
3. Лейоміома.	Це пухлина, що походить з гладкої мускулатури.
4. Ліпома.	Це пухлина, що походить з зрілої жирової тканини.
5. Ліпоматоз.	Це дифузне розростання зрілої жирової тканини.

### 4.2. Теоретичні питання до заняття:

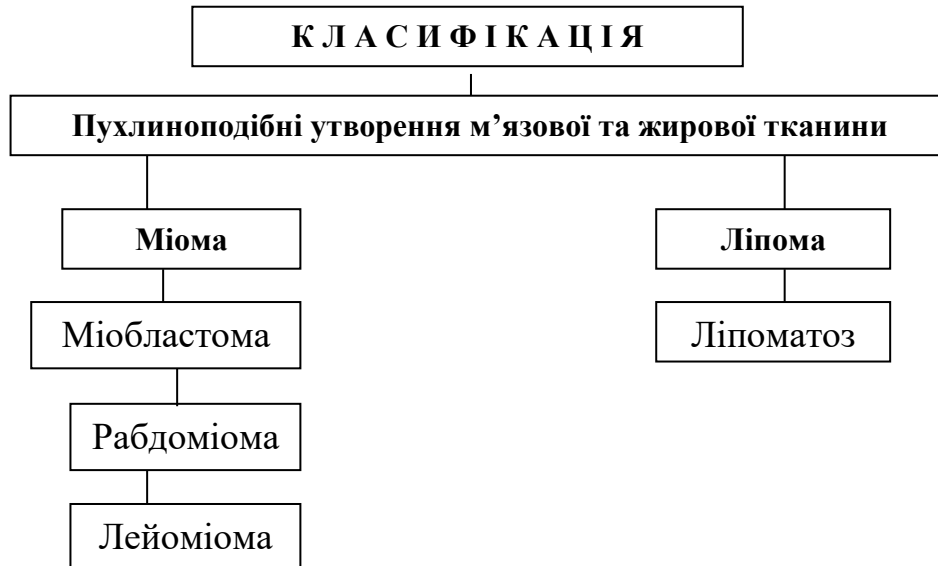
1. Перелічіть фактори, які сприяють виникненню міоми та ліпоми.
2. Описати клінічну картину міобластоми.
3. Описати клінічну картину рабдоміоми.
4. Описати клінічну картину лейоміоми.
5. Описати клінічну картину ліпоми.
6. Описати клінічну картину ліпоматозу.
7. Методи діагностики та додаткові методи дослідження хворих.
8. Диференційна діагностика пухлин м'язової та жирової тканини.

9. Профілактика виникнення пухлин м'язової та жирової тканини.
10. Диференційна діагностика пухлин м'язової та жирової тканини.
11. Клінічні прояви злоякісного переродження пухлин м'язової та жирової тканини.
12. Методи лікування пухлин м'язової та жирової тканини.

#### 4.3. Практичні роботи (завдання), які виконуються на занятті:

1. Провести пальпацію пухлини щелепно-лицевої ділянки.
2. Провести діагностичну пункцію.

#### 5. ЗМІСТ ТЕМИ:



#### Клініка, діагностика, лікування

Міома – це загальна назва доброякісної пухлини, яка росте з м'язової тканини. Існує декілька її різновидів.

Міобластома – доброякісна пухлина, що розвивається з міобластів поперечно-смугастою мускулатури. Частіше всього спостерігається в товщі язика та яснах. Росте повільно та безболісно, але їй притаманний інфільтративний ріст (не має капсули). Клінічно виглядає як вузол з відносно чіткими межами, безболісний, еластичної консистенції. Якщо локалізується в товщі язика, може призводити до його деформації та порушенню мови. Пухлина на розрізі рожевого кольору, бідна на кровоносні судини. Міобластома здатна перероджуватись у злоякісну пухлину.

Лікування полягає у висіченні у межах здорових тканин. Після видалення здатна давати рецидиви.

Рабдоміома – пухлина, яка розвивається як і міобластома з поперечно-смугастою мускулатури. Зустрічається рідко, розташована частіше всього в товщі язика. Клінічно нічим не відрізняється від міобластоми. Росте повільно безболісно. На відміну від міобластоми їй не притаманний інфільтруючий ріст, на розрізі тканина пухлини коричневого кольору. Рабдоміома має чітко визначену капсулу. Зрідка може перероджуватись в рабдоміосаркому. Лікування оперативне: висічення в межах здорових тканин.

Лейоміома – доброякісна пухлина, що росте з гладкої м'язової тканини. Може розвиватись з гладких м'язів шкіри та судин. Росте повільно та безболісно. Клінічно виглядає як вузол з чіткими межами, м'яких та безболісний при пальпації. Поверхня пухлини гладка. Лейоміома здатна перероджуватись у лейоміосаркому. Лікування хірургічне: висічення у межах незмінених тканин.

Ліпома – доброякісна пухлина, що розвивається зі зрілої жирової тканини. Локалізується в різних ділянках обличчя та шиї. Клінічна картина залежить від глибини залягання пухлини. Поверхнево розташована ліпома звичайно виглядає як вузол з досить чіткими межами, або як дифузне потовщення без чітких меж. Шкіра над нею незмінена, росте ліпома повільно, може бути м'якою або щільною в залежності від співвідношення жирової та фіброзної тканини. При

пальпації безболісна має дольчасту поверхню. Ліпома має тонку капсулу. Рухомість ліпоми залежить від глибини її залягання.

Іноді спостерігається дифузне розростання жирової тканини на шиї у вигляді фартуха – хвороба Маделунга або ліпоматоз шиї.

Ліпома здатна перероджуватись у злоякісну пухлину – ліпосаркому.

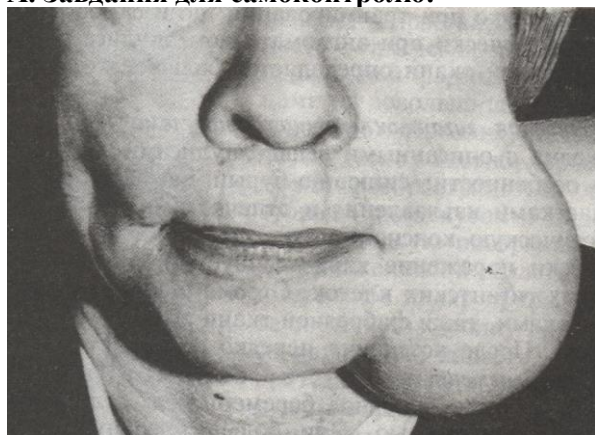
Лікування ліпоми хірургічне, нерідко пов'язане з технічними труднощами (в разі розповсюдження пухлини поміжм'язовим та міжфасціальним простором).

#### Диференційна діагностика пухлин м'язової та жирової тканини

Клінічні характеристики	Назва утворення			
	Міобластома	Рабдоміома	Лейоміома	Ліпома
Локалізація	Товща язика або ясна	Товща язика або ясна	Товща язика або ясна	В будь-якій ділянці обличчя та шиї
Форма	Кульоподібна	Кульоподібна	Кульоподібна	У вигляді вузла або дифузного потовщення
Розмір	Від декілька мм до декількох см	Від декілька мм до декількох см	Від декілька мм до декількох см	Від декілька мм до декількох см
Рухомість	Нерухома або обмежено рухома	Нерухома або обмежено рухома	Нерухома або обмежено рухома	Нерухома або обмежено рухома
Консистенція	Щільно-еластична	Щільно-еластична	Щільно-еластична	М'яка або щільно-еластична
Колір пухлини на розрізі	На розрізі блідо-рожева	На розрізі коричнева	Рожевий	На розрізі жовта
Характер поверхні	Гладка	Гладка	Гладка	Дольчаста
Наявність ніжки	Не має	Не має	Не має	Може бути на широкій основі
Ріст	Повільний	Повільний	Повільний	Повільний
Наявність капсули	Не має	Має капсулу	Має капсулу	Має тонку капсулу

## 6. МАТЕРІАЛИ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ:

### А. Завдання для самоконтролю:



Ліпома щоки

### Б. Задачі для самоконтролю:

1. Хворий похилого віку скаржиться на наявність в товщі язика безболісного ущільнення, що заважає мові і існує вже декілька місяців, повільно збільшуючись. Об'єктивно: в товщі тіла язика палькується безболісний вузол з нечіткими межами. Утворення до 2 см в діаметрі. Слизова оболонка язика не змінена.

Який діагноз найбільш вірогідний?

(Відповідь: міома)

2. Хворий скаржиться на косметичний дефект в наслідок спотворення шиї. Об'єктивно: в ділянці передньої поверхні шиї спостерігається дифузне потовщення тканин у вигляді фартуха, що простягається від нижнього краю щелепи до ключиць. Шкіра в кольорі не змінена, розростання рухомі, безболісні, при пальпації визначається дольчаста поверхня.

Яке захворювання має місце в даному випадку?

(Відповідь: хвороба Маделунга)

3. До лікаря звернувся пацієнт зі скаргами на наявність новоутворення під нижньої щелепою, що існує на протязі кількох років, повільно збільшуючись. Об'єктивно: в підщелепній ділянці зліва визначається новоутворення у вигляді вузла розміром 3 – 5 см, з чіткими межами, безболісне, тістуватої консистенції, помірно рухоме, вкрите незміненою шкірою. Поверхня новоутворення при пальпації дольчаста.

З яким захворюванням звернувся хворий?

(Вірна відповідь: ліпома)

## **В. Матеріали для тестового контролю. Тестові завдання з одиничною правильною відповіддю (α=Π):**

1. Міома – це:

- A. Пухлина з жирової тканини.
- B. Епітеліальна пухлина.
- C. Пухлина з м'язової тканини.
- D. Ретенційна кіста сальної залози.
- E. Пухлина з нервової тканини.

(Правильна відповідь: C)

2. Ліпома – це:

- A. Пухлина жирової тканини.
- B. Пухлина з нервової тканини.
- C. Епітеліальна пухлина.
- D. Пухлина з м'язової тканини.
- E. Ретенційна кіста сальної залози.

(Правильна відповідь: A)

3. Рабдоміома – це:

- A. Пухлина з кісткової тканини.
- B. Пухлина з поперечно-смугастої м'язової тканини.
- C. Пухлина з нервової тканини.
- D. Пухлина з сполучної тканини.
- E. Пухлина епітеліального походження.

(Правильна відповідь: B)

## **Г. Навчальні задачі 3-го рівня (нетипові задачі):**

1. Під час огляду пацієнта лікар виявив новоутворення під нижньої щелепою, що існує на протязі кількох років, повільно збільшуючись. Об'єктивно: в підщелепній ділянці зправа має місце новоутворення у вигляді вузла розміром 4 – 6 см, з чіткими межами, безболісне, тістуватої консистенції, помірно рухоме, вкрите незміненою шкірою. Поверхня новоутворення при пальпації дольчаста, консистенція тістувата.

Визначте діагноз, проведіть диференційну діагностику, призначте лікування.

(Відповідь: ліпома, видалення разом з капсулою)

2. На прийом до лікаря звернувся хворий похилого віку, який скаржиться на наявність безболісного ущільнення в товщі язика, яке заважає мові і існує вже декілька місяців, повільно збільшуючись. Об'єктивно: в товщі тіла язика палькується безболісний вузол з нечіткими межами. Утворення до 3 см в діаметрі. Слизова оболонка язика не змінена.

Визначте діагноз, проведіть диференційну діагностику, призначте лікування.

(Відповідь: міома, висічення у межах здорових тканин)

3. Хворий скаржиться на косметичний дефект внаслідок спотворення шиї. Об'єктивно: передня поверхня шиї спотворена дифузним потовщенням тканин у вигляді фартуха, що простягається від

нижнього краю щелепи до ключиць. Шкіра в кольорі не змінена, розростання рухомі, безболісні, при пальпації визначається дольчата поверхня.

Визначте діагноз, проведіть диференційну діагностику, призначте лікування.

(Відповідь: ліпоматоз шиї, висічення у межах здорових тканин)

## **7. ЛІТЕРАТУРА:**

### **Основна література:**

1. Пачес А.И. Опухоли головы и шеи. – М.: Медицина, 1983.
2. Дунаевский В.А., Шеломенцев Ю.А. Предопухольевые заболевания и злокачественные опухоли слизистых оболочек полости рта. – М.: Медицина, 1986.
3. Колесов А.А., Воробьев Ю.И., Каспарова Н.Н. Новообразования мягких тканей и костей лица у детей и подростков. – М.: Медицина, 1989.

### **Додаткова література:**

1. Солнцев А.М., Колесов В.С. Доброкачественные опухоли лица, челюстей и органов полости рта. – К.: Здоров'я, 1985. – 150 с.
2. Соловьёв М.М. Онкологические аспекты в стоматологии. – М.: Медицина, 1983.
3. Рибалов О.В., Одабаш'ян А.Л., Соколова Н.П., Саяпіна Л.М. Онкологія щелепно-лицевої ділянки / Навчальний посібник для студентів та лікарів-інтернів стоматологів.- Полтава; АСМІ, 1999. – 114 с.
4. Травматологія та онкологія щелепно-лицевої ділянки / Збірник тестових запитань для студентів стоматологічного факультету //О.В.Рибалов, Л.М.Саяпіна, І.В.Яценко, О.О.Розколуца: АСМІ, 2002. – 197 с.

Міністерство охорони здоров'я України  
Вищий державний навчальний заклад України  
Сумський державний університет  
Медичний інститут

«Затверджено»  
на засіданні кафедри  
стоматології

Завідувач кафедри  
д. мед. н. Лахтін Ю.В.

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ  
ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ  
ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ДО ПРАКТИЧНОГО  
(СЕМІНАРСЬКОГО) ЗАНЯТТЯ

Навчальна дисципліна	Хірургічна стоматологія
Модуль №	3
Змістовний модуль №	3
Тема заняття	Пухлини кровоносних і лімфатичних судин м'яких тканин та щелеп. Клініка, діагностика, лікування.
Курс	IV
Факультет	Стоматологічний

## 1. АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ.

Лікарям-стоматологам будь-якого профілю певною мірою випадає необхідність обстеження та лікування хворих з пухлинами кровоносних і лімфатичних судин м'яких тканин та щелеп. Важливим моментом є проведення диференційної діагностики між добро- та злоякісними утворами, що вимагає від лікаря теоретичних знань та практичних вмінь щодо клінічного та параклінічного обстеження хворого, вміння інтерпретувати дані додаткових методів обстеження та призначити адекватне лікування кожному конкретному пацієнтові, адже від цього залежить якість життя хворого у подальшому.

## 2. КОНКРЕТНІ ЦІЛІ:

- 2.1. Аналізувати етіологію і патогенез пухлин кровоносних і лімфатичних судин щелепно-лицевої ділянки.
- 2.2. Пояснювати фактори, що сприяють виникненню пухлин кровоносних і лімфатичних судин щелепно-лицевої ділянки.
- 2.3. Запропонувати нові підходи в діагностиці пухлин кровоносних і лімфатичних судин щелепно-лицевої ділянки.
- 2.4. Класифікувати пухлини кровоносних та лімфатичних судин щелепно-лицевої ділянки.
- 2.5. Трактувати додаткові методи обстеження в діагностиці пухлин кровоносних та лімфатичних судин щелепно-лицевої ділянки.
- 2.6. Малювати схеми рентгенологічної картини пухлин кровоносних та лімфатичних судин кісток лицевого скелету.
- 2.7. Проаналізувати дані додаткових методів обстеження при пухлинах кровоносних та лімфатичних судин щелепно-лицевої ділянки.
- 2.8. Скласти план лікування хворих з пухлинами кровоносних та лімфатичних судин щелепно-лицевої ділянки.

## 3. БАЗОВІ ЗНАННЯ, ВМІННЯ, НАВИЧКИ, НЕОБХІДНІ ДЛЯ ВИВЧЕННЯ ТЕМИ (міждисциплінарна інтеграція).

Назви попередніх дисциплін	Отримані навички
1. Анатомія.	Знати будову кісток лицевого черепа, м'язів та нервів обличчя, анатоμο-фізіологічні особливості щелепно-лицевої ділянки. Вміти визначити локалізацію пухлин кровоносних і лімфатичних судин м'яких тканин та щелеп.
2. Оперативна хірургія та топографічна анатомія.	Знати методику проведення розрізів на обличчі, методику накладання швів. Вміти проводити розрізи залежно від місця розташування пухлини. Накладати різні види швів, які використовуються при видаленні пухлин кровоносних і лімфатичних судин.
3. Внутрішні хвороби.	Знати методику обстеження загального статусу хворого. Нормальні значення основних констант людини (система крові, сечі та ін.). Вміти провести обстеження хворого. Інтерпретувати дані лабораторних досліджень.
4. Променева діагностика.	Знати основні методи проведення променевої діагностики при пухлинах кровоносних та лімфатичних судин. Вміти інтерпретувати дані рентгенологічних досліджень, комп'ютерної томографії та МРТ.
5. Реаніматологія.	Знати етіологію та патогенез кровотеч, як ускладнень при проведенні операцій з приводу видалення пухлин кровоносних та лімфатичних судин. Принципи реанімаційних заходів та надання невідкладної допомоги при геморагічному шоці, гострій дихальній та серцевій недостатності, порушеннях ниркової та печінкової функцій та ін. Вміти надати невідкладну допомогу при кровотечах, геморагічному шоці, які становлять загрозу життю хворого.
6. Фармакологія.	Знати фармакокінетику, фармакодинаміку та механізм дії



	основних груп препаратів, які призначаються хворим з пухлинами кровоносних та лімфатичних судин м'яких тканин та щелеп. Показання та протипоказання до призначення цих препаратів. Вміти призначити адекватну фармакотерапію.
--	---

#### 4. ЗАВДАННЯ ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ДО ЗАНЯТТЯ

##### 4.1. Перелік основних термінів, параметрів, характеристик, які повинен засвоїти студент при підготовці до заняття:

Термін	Визначення
1. Гемангіома.	Це судинне новоутворення.
2. Лімфангіома.	Це новоутворення з лімфатичних судин.
3. Склерозуюча терапія.	Це введення в порожнину судинного новоутворення агресивної хімічної речовини (етиловий спирт, формалін та ін.) .

##### 4.2. Теоретичні питання до заняття:

1. Статистика пухлин кровоносних і лімфатичних судин м'яких тканин та щелеп.
2. Кровоносна система обличчя.
3. Лімфатична система обличчя.
4. Класифікація пухлин кровоносних і лімфатичних судин м'яких тканин та щелеп.
5. Клініка пухлин кровоносних і лімфатичних судин м'яких тканин та щелеп.
6. Особливості діагностики пухлин кровоносних і лімфатичних судин м'яких тканин та щелеп.
7. Статистика післяопераційних ускладнень при пухлинах кровоносних і лімфатичних судин м'яких тканин та щелеп.

##### 4.3. Практичні роботи (завдання), які виконуються на занятті:

1. Відпрацювання алгоритму обстеження та призначення лікування пацієнтам з судинними пухлинами обличчя.
2. Тракування даних додаткових методів обстеження хворих з судинними пухлинами обличчя (рентгенограми, дані цитологічного та гістологічного дослідження).

#### 5. ЗМІСТ ТЕМИ:

ГЕМАНГІОМА – доброякісна пухлина кровоносних судин.

Походження цього новоутворення дотепер точно не встановлено. Відповідно до сучасних поглядів, вона виникає при порушенні закладки судин і регуляції ангиогенезу в ембріональному періоді, перенесеними травмами, порушеннями системи імунітету (можливо після вакцинації в дитячому віці).

##### Міжнародна гістологічна класифікація пухлин та пухлиноподібних уражень судин

1. Доброякісна гемангіоендотеліома
2. Капілярна гемангіома
3. Кавернозна гемангіома
4. Венозна гемангіома
5. Гроноподібна (гілляста) гемангіома (артеріальна, венозна, артеріовенозна)
6. Внутрішньом'язова гемангіома (капілярна, кавернозна, артеріовенозна)
7. Системний гемангіоматоз
8. Гемангіоматоз з вродженою артеріо-венозною норницею або без неї
9. Гломусна пухлина (гіомангіома)
10. Ангіоміома (судинна лейоміома)
11. Гемангіома грануляційного типу (піогенна гранульома)

##### Класифікація судинних пухлин (П.М.Горбушина, 1978)

1. Кавернозні або печеристі:
  - а) інкапсульовані
  - б) дифузні

2. Капілярні або прості:

- а) поверхневі
- б) глибокі

3. Гроноподібні або гіллясті:

- а) артеріальні
- б) венозні

4. Фіброангіоми

4.1. капілярні

4.2 кавернозні

4.3 гіллясті:

- а) такі, що швидко зростають
- б) такі, що повільно зростають

#### Основні типи гемангіом

Капілярні	Гіллясті	Кавернозні	Змішані	Комбіновані:
локалізація: на слизовій оболонці порожнини рота, на шкірі обличчя	У ЩЛД локалізується вкрай рідко. Складається з артеріальних судин, пульсує,	Локалізація: М'які тканини обличчя, язик, слизова оболонка порожнини рота, шия, щелепи.	Поєднання капілярних, гіллястих та кавернозних гемангіом	Ангіофіброма, ангіоліпома, нейроангіома, ангіоміома та ін.
клініка: плаский, плямистий, рожево-червона або синюшно-багрова ділянка тканин, позитивний симптом «надавлювання»	вислуховується систолічний шум (артеріовенозні анастомози), збільшення при нахилі голови вниз	Клініка: ознака «стискання» та «наливання», може мати капсулу, наявність флеболітів		

#### Диференційна діагностика:

аневризми, лімфангіома, невус, меланома, лімфосаркома

#### Методи лікування:

Диспансерне спостереження, оперативне, емболізація, електрокоагуляція, кріодеструкція, променева терапія, склерозуюча терапія, системна терапія гормональними препаратами та ін.

Гемангіоми та гемангіоендотеліома належать до неостеогенних пухлин щелеп.

Ізольовані гемангіоми щелеп зустрічаються порівняно рідко. Частіше має місце поєднання гемангіоми м'яких тканин обличчя або порожнини рота з гемангіомою щелепи. У таких випадках слизова оболонка ясен та піднебіння буває ярко-червоного або синьо-багрового кольору, що полегшує встановлення діагнозу.

Значно складніше встановити діагноз гемангіоми щелепи у тих випадках, коли оточуючі м'які тканини не втягнуті в ураження. Такі ізольовані гемангіоми щелеп можуть проявлятися підвищеною «безпричинною» кровоточивістю ясен; при лікуванні пульпітів та періодонтитів виникає упорна кровоточивість з корневих каналів. Серйозним ускладненням є значна артеріальна кровотеча з гемангіоми щелепи у тому випадку, коли встановлений неправильний діагноз (остеобластокластома, остеодисплазія, остеофіброма та ін.) та проводиться біопсія або видалення розташованого в зоні гемангіоми значно рухомого зуба. Така раптово виникаюча кровотеча може виявитися смертельною, особливо у випадку виникнення її в умовах поліклініки, на прийомі у недосвідченого лікаря. Однак найчастіше хворі з гемангіомою щелепи звертаються в клініку з приводу підвищеної кровоточивості з ясен або з каналу зуба.

#### Клініка

Клініка залежить від локалізації, ступеню розповсюдженості пухлини та її гістологічної будови. Гемангіома щелепи може бути обмеженою та розповсюдженою, капілярною та кавернозною. Розповсюджуючись на кортикальну частину щелепи, вона може обумовити симптом флюктуації, потоншивши або повністю зруйнувавши на певній ділянці спонгіозну та кортикальну тканину щелепи. При цьому можливе руйнування альвеолярного відростку та пов'язане з цим прогресивне посилення симптому рухливості зубів, здуття кістки, у зв'язку з чим хворий може звернутися до лікаря з проханням видалити зуб або навіть групу зубів.

Проростаючи з окістя в слизову оболонку ясен, гемангіома щелепи стає помітною по своїй синюшній забарвленості; зуби при цьому ледь тримаються у м'яких тканинах. У таких випадках

хворі звертаються до лікаря з приводу упорних кровотеч з ясен, які неодноразово повторюються, з порожнини зруйнованого зуба або з носа. Значної асиметрії обличчя при гемангіомі зазвичай не виявляється, тому надмірного руйнування щелепи не відбувається.

На рентгенограмі гемангіома щелепи проявляється здуттям кістки, дрібно- або середньозірною малюнок, інколи мають місце періостальні нашарування.

Патологічна анатомія. Внутрішньокісткові гемангіоми щелеп бувають, як правило, кавернозними, гіллястими або поєднуються з капілярними. Рідше вони являють собою сплетення гіллястих аневризм або сплетення розширених крупних судин. В ще більш рідких випадках гістологічна картина являє собою переважно капілярну форму гемангіоми.

#### Діагноз

Діагностика гемангіом щелеп складна, особливо тоді, коли відсутні скарги на кровоточивість ясен і пухлина не наблизилась до слизової оболонки ясен. У таких випадках необхідно диференціювати гемангіому від остеобластокластоми, адамантиноми, міксими. Пункція гемангіоми майже завжди є достатнім орієнтиром. Однак відсутність крові в шприці ще не дає повного підґрунтя виключити діагноз гемангіоми. Тому у такому випадку слід повторити пункцію з іншого полюсу пухлини, а отриманий пунктат при першій пункції піддати цитологічному дослідженню.

Великою допомогою у сумнівних випадках є біопсія. Однак, решившись на взяття кусочка підозрілої гемангіоми, хірург має бути готовим до того, що під час біопсії можлива сильна кровотеча, яку необхідно буде терміново зупинити та провести поповнення кровотрати.

Бажано до хірургічного втручання провести ангіографію лицевого скелета, завдяки якій можна встановити джерело гемангіоми, а також обширність її розповсюдження до основи черепа (при локалізації на верхній щелепі). Ангіографію повинен проводити спеціально підготований лікар-рентгенолог. Отже, слід підкреслити, що кожний хворий з гемангіомою обличчя має бути ретельно обстежений для виявлення в нього гемангіоми щелепи. Раннє виявлення її сприяє ранньому застосуванню консервативних способів лікування.

#### Лікування

Невеликі кісткові гемангіоми можна ліквідувати повторними ін'єкціями в пухлину 1-2 мл 95% етилового спирту або 2% розчину саліцилової кислоти на 80% спирті, розчину хініну гідрохлориду з уретаном та ін. Останній розчин виписують за прописью: уретану – 6,5, хініну гідрохлориду – 12,5, дистильованої води – 100мл. Кількість хінінуретанового розчину, що одноразово вводиться – від 3 до 5 мл. Вводять його з інтервалами в 3-5 днів до 12-20 разів (залежно від розмірів пухлини).

У наслідок введення склерозуючих розчинів відбувається згортання крові в порожнинах гемангіоми, фібротизація та запусіння їх.

Значні гемангіоми щелеп зазвичай підлягають хірургічному лікуванню. Якщо гемангіома локалізується на верхній щелепі, проводять її резекцію. При локалізації гемангіоми в товщі тіла нижньої щелепи можна провести (екстраоральний доступ) резекцію зовнішньої кортикальної пластинки щелепи, при цьому широко розкрити гемангіому, перев'язати судини, які приводять до неї кров, затампонувати дно кісткової рани клаптем жувального м'язу. Після цього зовнішню рану сполучити з порожниною рота (шляхом розрізу по перехідній складці), на зовнішню рану накласти пошарові шви, а з боку порожнини рота рану тампонувати йодоформною марлею на 7-10 днів. Ще до початку операції необхідно в гемостатичних цілях провести двобічну перев'язку зовнішніх сонних артерій, а під час операції стежити за адекватним поповненням кровотрати. За наявності протипоказань до операції необхідно провести курс глибокої рентгенотерапії.

Прогноз сприятливий лише за умови раннього виявлення та лікування гемангіоми в щелепі. В протилежному випадку можливі переломи кістки, значні профузні кровотечі.

### ГЕМАНГІОЕНДОТЕЛІОМА

Ця пухлина зустрічається в щелепах дуже рідко. А. А. Колосовим (1964) відмічено лише 2 випадки з 1034 пухлин щелеп.

Патогенез. Пухлина походить з ендотелію кровоносних судин щелепи. За ступенем зрілості займає проміжне положення між гемангіомою та гемангіосаркомою.

Клініка. Спостерігається, головним чином, у дітей. Відрізняється від ангіом більш швидким ростом з інфільтрацією та проростанням в оточуючі тканини; частіше викликає кровотечу та укриття виразками слизового покрыву ясен.

Локалізуючись за нижнім зубом мудрості, гемангіоендотеліома здатна проростати назад і всередину – в товщу м'якого піднебіння; при цьому екстраосальна частина пухлини набуває

бугристий рельєф, вона злегка болісна, має м'яко-еластичну консистенцію. Регіонарні лімфатичні вузли при цій пухлині не збільшені. Якщо відбувається переродження пухлини в гемангіосаркому, при цьому на рентгенограмі визначається значна зона деструкції щелепи.

Патологічна анатомія. Макроскопічно пухлина має вид доволі щільних вузлів, на розрізі – пориста, червоно-сірого кольору. Можлива наявність в ній мілких порожнин. Мікроскопічно гемангіоендотеліома подібна до гемангіоми, але відрізняється від неї тим, що проліферуючий ендотелій судин характеризується різким поліморфізмом і може рости суцільною клітковинною масою, затушовуючи судинний малюнок пухлини. Розростання ендотелія кровоносних судин можуть мати також вигляд тяжів і трубок, заповнених кров'ю.

Лікування. Глибока рентгенотерапія з наступним радикальним видаленням пухлини в межах здорових тканин. Деякі хірурги проводять лише хірургічне радикальне видалення пухлини, що навряд чи можна рахувати виправданим.

Прогноз сприятливий лише за умови раннього виявлення та комплексного лікування. ЛІМФАНГІОМА – доброякісна пухлинна гіперплазія лімфатичних судин, пов'язана з порушенням їх закладки в ембріональному періоді.

### Лімфангіоми:

Капілярні  
Кавернозні  
Кистозні

клініка:  
Повільне прогресуюче  
зростання, пальпація  
безболісна, дифузне  
збільшення органів,  
флюктуація, наявність щільних  
включень

Диференційна діагностика:  
Гемангіома, хвороба Мікуліча,  
лімфосаркома

Лікування – хірургічне

## 6. МАТЕРІАЛИ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ:

### А. Завдання для самоконтролю:

1. Рентгенограми хворих з гемангіомами кісток лицевого скелету.
2. Фото хворих з судинними пухлинами обличчя.

### Б. Задачі для самоконтролю:

1. У хворого 20 років асиметрія обличчя за рахунок пухлини верхньої губи зліва. Шкіра над нею синюшного відтінку, позитивний симптом “стиснення” і “наповнення”.

Який найімовірніший діагноз?

(Відповідь: кавернозна гемангіома)

2. Хворий 17 років, скаржиться на наявність пухлини на нижній губі. З анамнезу з'ясовано, що пухлина була виявлена відразу після народження, росла повільно, але за останній рік різко збільшилася в розмірі. При огляді на нижній губі є пухлина червоного кольору, м'яка, при натисненні пустіє і блідне.

Який попередній діагноз?

(Відповідь: гемангіома нижньої губи)

3. До хірурга звернувся хворий 20 років з пухлиною на лівій щоці. Наявність утвору відмічає з народження. При огляді на шкірі лівої щоки є плоска округлої форми пляма, до 1,5 см в діаметрі, рожево-червоного кольору. При натисканні на пухлину пальцем або інструментом утвір блідне.

Поставте попередній діагноз.

(Відповідь: гемангіома)

### В. Матеріали для тестового контролю. Тестові завдання з одиничною правильною відповіддю (α=Π):

1. Основною клінічною ознакою гіллястої гемангіоми є:

- А. Пульсація.
- В. Наявність флеболітів.
- С. Біль при пальпації.
- Д. Болісний інфільтрат.
- Е. Симптом Венсана.

(Відповідь: А)

2. Основними методами лікування капілярної гемангіоми є:

- A. Склерозуюча терапія.
- B. Прошивання.
- C. Електрокоагуляція.
- D. Променева терапія.
- E. Висічення пухлини.

(Відповідь: A)

3. Клінічно лімфангіома характеризується різновидами

- A. Ніздрювата, кістозна, літична.
- B. Поліморфна, мономорфна, проліферативна.
- C. Капілярна, кістозні, кавернозна.
- D. Розсіяна, локалізована.
- E. Солідна, мономорфна.

(Відповідь: C)

### **Г. Навчальні задачі 3-го рівня (нетипові задачі):**

1. В клініку звернувся хворий зі скаргами на значне збільшення розмірів нижньої губи. Має місце збільшення нижньої губи (макрохейлія), тканини губи безболісні при пальпації, блідо-рожевого кольору, щільно-еластичні.

Поставте діагноз. Складіть план лікування

(Відповідь: лімфангіома нижньої губи, оперативне лікування)

2. Хвора, 25 років, звернулася до районної поліклініки зі скаргами на наявність припухлості в лівій привушно-жувальній ділянці. При нахилі голови долі визначається симптом «наповнення» в лівій привушно-жувальній ділянці. У порожнині рота слизова оболонка цієї ділянки у кольорі не змінена.

Поставте діагноз. Які методи дослідження необхідно провести для його обґрунтування? Складіть план лікування. Де проводиться лікування цієї групи хворих?

(Відповідь: кавернозна гемангіома лівої привушно-жувальної ділянки, діагностична пункція, контрастна ангіографія для визначення розповсюдженості утвору, рентгенографія за наявності ангіолітів, склерозуюча терапія з наступним оперативним втручанням, відділення щелепно-лицевої хірургії, відділення голови та ший в онкодиспансерах)

### **7. ЛІТЕРАТУРА:**

#### **Основна література:**

- 1.Бернадский Ю.И. Основы хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. – Минск: Белкнига, 1998.
- 2.Гнатъшак А.И. Общая клиническая онкология. – Львов, 1988.
- 3.Карапетян И.С., Цегельник Е.Я. Предраковые состояния, опухоли, опухолеподобные поражения и кисты лица, органов полости рта и шеи. – М.: МИА, 2004.
- 4.Клиническая оперативная челюстно-лицевая хирургия / Под ред. Проф. Н.А.Александрова. – Л.: Медицина, 1985.
- 5.Рузин Г.П. Краткий курс лекций по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. – К., «Книга плюс», 2006.
- 6.Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии / Под ред. В.М.Безрукова, Т.Г.Робустовой. – М.: Медицина, 2000. – в 2-х томах.
- 7.Пачес А.И. Опухоли головы и шеи. – М.: Медицина, 1983.
- 8.Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. – К., 2004.

#### **Додаткова література:**

- 1.Атлас пластической хирургии лица и шеи / Под ред. проф. Хитрова Ф.М. – М.: Медицина, 1984
- 2.Виссарионов В.А. Некоторые аспекты косметической хирургии лица. – Екатеринбург, 1992.
- 3.Дунаевский В.А. Пластические операции при хирургическом лечении опухолей лица и челюстей. – М.: Медицина, 1976.
- 4.Колесов А.А., Воробьев И.Ю. Новообразования мягких тканей. – К., 1991.

Міністерство охорони здоров'я України  
Вищий державний навчальний заклад України  
Сумський державний університет  
Медичний інститут

«Затверджено»  
на засіданні кафедри  
стоматології

Завідувач кафедри  
д. мед. н. Лахтін Ю.В.

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ  
ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ  
ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ДО ПРАКТИЧНОГО  
(СЕМІНАРСЬКОГО) ЗАНЯТТЯ

Навчальна дисципліна	Хірургічна стоматологія
Модуль №	3
Змістовний модуль №	3
Тема заняття	Пухлини меланогенної системи: невус, меланома. Клініка, діагностика, диференційна діагностика, лікування.
Курс	IV
Факультет	Стоматологічний

## 1. АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ.

Епітеліальні пухлини м'яких тканин, особливо такі як невус спостерігаються на амбулаторному прийомі дуже часто. Звичайно вони не становлять загрози здоров'ю хворого, але при певних умовах здатні перероджуватись у злоякісну пухлину. До того ж деякі злоякісні пухлини можуть з'являтися під виглядом цих новоутворень, насамперед така небезпечна пухлина як меланома. Чітке знання клінічних проявів цієї групи пухлин допоможе лікарю уникнути грубих діагностичних помилок.

## 2. КОНКРЕТНІ ЦІЛІ:

- 2.1.Аналізувати розповсюдженість пухлин меланогенної системи.
- 2.2.Пояснювати дію несприятливих факторів оточуючого середовища на перебіг пухлин меланогенної системи.
- 2.3.Запропонувати тактику деонтологічного підходу до хворих з пухлинами меланогенної системи.
- 2.4.Класифікувати невуси.
- 2.5.Тракувати дані цитологічних та гістологічних досліджень при пухлинах меланогенної системи.
- 2.6.Малювати схеми плану додаткових методів дослідження при пухлинах меланогенної системи.
- 2.7.Проаналізувати ознаки малігнізації невусу.
- 2.8.Скласти план обстеження та лікування хворих з пухлинами меланогенної системи.

## 3. БАЗОВІ ЗНАННЯ, ВМІННЯ, НАВИЧКИ, НЕОБХІДНІ ДЛЯ ВИВЧЕННЯ ТЕМИ (міждисциплінарна інтеграція).

Назви попередніх дисциплін	Отримані навички
1. Нормальна анатомія.	Будова щелепно-лицевої ділянки.
2. Топографічна анатомія і оперативна хірургія.	Анатомо-хірургічні особливості щелепно-лицеврї ділянки і методи оперативних втручань на обличчі.
3. Патологічна фізіологія.	Етіопатогенетичні аспекти виникнення пухлин щелепно-лицевої ділянки.
4. Пропедевтика хірургічної стоматології.	Обстеження хірургічних стоматологічних хворих. Методи знеболення при оперативних втручання в щелепно-лицевій ділянці.

## 4. ЗАВДАННЯ ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ДО ЗАНЯТТЯ

### 4.1. Перелік основних термінів, параметрів, характеристик, які повинен засвоїти студент при підготовці до заняття:

Термін	Визначення
1. Меланін.	Це пігмент шкіри людини.
2. Меланоцити.	Це пігментні клітини.
3. Невус.	Це новоутворення з пігментних клітин.

### 4.2. Теоретичні питання до заняття:

1. Класифікація невусів.
2. Клінічна картина невусів обличчя та шиї.
3. Ознаки малігнізації невусу.
4. Особливості лікування невусів та диспансерного нагляду за хворими з цією патологією.
5. Клінічна картина меланоми.
6. Методи діагностики та диференційної діагностики меланоми.
7. Лікування та прогноз при меланомі.

### 4.3. Практичні роботи (завдання), які виконуються на занятті:

1. Курація хворих з утвореннями меланогенної системи шкіри обличчя та шиї.
2. Відпрацювання методик забору матеріалу для цитологічного та гістологічного дослідження.

## 5. ЗМІСТ ТЕМИ:

Невус. Це доброякісне утворення розвивається з меланоцитів епідермісу або дерми, буває природженим і набутиим, часто множинним.

Клінічно невус проявляється у вигляді плоского, припіднятого, гладкого або бородавчатого безболісного утворення. Він локалізується частіше на шкірі обличчя і шиї, може самостійно зникати, а також малігнізуватися.

Гістологічно розрізняють наступні різновиди невусів: пограничний, складний, внутрішньодермальний, епітеліоїдний, внутрішньоклітинний, з балоноподібних клітин, галоневус, гігантський пігментований, інволюційний, блакитний і клітинний блакитний.

Пограничний невус зустрічається рідко (до 3,9%) і може переходити в складний. Складний невус має бородавчастий вигляд й іноді містить волосся. Частіше (до 85%) спостерігається внутрішньодермальний невус.

Епітеліоїдний, або веретенноклітинний невус (юнацька меланома). - куполоподібне новоутворення на шкірі обличчя, зустрічається рідко (1%). в основному у дітей. Гістологічна картина такого невуса іноді нагадує меланому, хоча є різновидом складного невуса. Невус з балоноподібних клітин клінічно проявляється у вигляді невеликого темно-коричневого вузла з обідком еритеми навколо нього.

Галоневус має таку назву внаслідок наявності депігментованого кільця навколо вузла червоно-коричневого кольору. Зазвичай це утворення не перевищує 0,5 см, можлива його спонтанна інволюція.

Гігантський пігментований невус – природжене утворення, часто вражає обличчя, волосисту частину голови (мал. 160). Іноді спостерігаються невуси-сателіти. Такі невуси є темно-пігментованими волосатими утвореннями, іноді вузлуватими, найчастіше малігнізують в меланому.

Інволюційний невус (фіброзна папула носа) є результатом фіброзного переродження невуса і представляє слабо-пігментоване утворення, що височіє, поблизу крил носа.

Блакитний невус - це утворення у вигляді обмеженого вузла розміром до 1,5 см, колір його відповідає назві. Клітинний блакитний невус дещо схожий з блакитним, проте може досягати розмірів до декількох сантиметрів. Зважаючи на тісніше розташування численних меланоцитів, що визначається мікроскопічно, він має інтенсивне забарвлення, аж до чорного кольору

Невуси у вигляді плоских пігментованих плям необхідно диференціювати від капілярної гемангіоми. При натисканні на невус зміни її забарвлення не відбувається, гемангіома короткочасно блідне.

Основні ознаки малігнізації невуса: збільшення розміру його і міри пігментації, поява запальної реакції з гіперемією навколо "язика полум'я", кровоточивість, виразка, а також виникнення дочірніх утворень – сателітів навколо пігментованої плями. Малігнізації часто сприяють травмування, інсоляція невуса.

Лікування невуса хірургічне, залежить від його розміру, локалізації і клінічних проявів. Великий невус обличчя, що веде до естетичних порушень, видаляють з одномоментною пластикою місцевими тканинами або пересадкою вільного шкірного аутографта або застосовують поетапне висічення.

Невус, навіть невеликих розмірів, що піддається постійній травмі (коміром, окулярами, гребінцем та ін.), видаляють. При появі ознак активізації росту невуса потрібно додаткова радіоізотопна діагностика, яка дозволяє визначити доброякісність або злоякісність процесу. При збереженні доброякісного характеру невуса необхідно провести його висічення, при цьому межі операції мають бути розширені. Останніми роками для лікування невусів стали широко використовувати кріодеструкцію.

Злоякісна меланома. Це високо злоякісна пухлина, що складається з аномальних меланоцитів, пігментованих в різній мірі. Зустрічається рідко, переважно у осіб молодого і середнього віку. Меланома може виникати первинно на шкірі або ж розвивається з попередніх змін у вигляді невуса, передракового меланозу, меланотичної плями Гетчінсона.

Клінічна картина меланоми різноманітна. Вона проявляється у вигляді пігментованої плоскої плями, грибоподібного або папіломатозного розростання, розташовується на вузькій або широкій основі, має різні форми і розміри. Поверхня її гладка або шорстка, нерідко покрився виразками, консистенція від м'якої до щільноеластичної, відзначається різна міра пігментації, включаючи безпігментні утворення. Меланома зазвичай не досягає великого розміру, оскільки в ранні терміни метастазує по лімфатичних і кровоносних шляхах в шкіру, серце, легені, призводячи



до генералізації процесу. Вона має циклічність перебігу. При появі метастаза процес як би затихає, потім через певний проміжок часу настає наступна хвиля метастазування. Травмування меланоми сприяє швидкому поширенню процесу, що обумовлено особливостями гістологічної структури пухлини: меланоцити характеризуються слабким зчепленням між собою (сепарація або сегрегація меланоцитів), і навіть при незначній травмі відбувається відрив клітин (А. І. Пачес).

Меланоми діагностують на підставі анамнезу і клінічних даних. Проте встановити остаточний діагноз не завжди можливо.

У діагностиці широко використовують радіоізотопне дослідження за допомогою радіоактивного  $^{32}\text{P}$ , а також реакцію променевої меланурії. Для визначення останньої проводять дослідження сечі після 2-3-кратного опромінення пухлини. Можливо також застосування термовізіографії.

Для морфологічної верифікації використовують цитологічне вивчення мазка або відбитків з поверхні пухлини, що покрилася виразками. Не рекомендується робити зіскрібок з виразкової поверхні, пункцію і біопсію пухлини, оскільки незначна травма веде до генералізації процесу.

Лікування. Нині застосовують комбіноване лікування, що полягає в передопераційній променевої терапії з наступним широким висіченням уражених тканин, відступивши не менше чим на 3 см від меж пухлини. Видалення регіонарних метастазів здійснюють у вигляді операції Крайля або висічення фасціального футляра клітковини шиї в єдиному блоці з первинним осередком. Останніми роками використовують метод кріодеструкції, а також є спроби застосування хіміо- і імунотерапії.

Прогноз несприятливий. Результат лікування залежить від мступеня інвазивності меланоми. Якщо пухлина не поширюється за межі епідермісу шкіри, ефект кращий, ніж при інвазії пухлиною дерми. Найгірший прогноз відзначається при поширенні меланоми в підшкірну жирову клітковину.

## **6. МАТЕРІАЛИ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ:**

### **А. Завдання для самоконтролю:**

1. Схеми обстеження онкологічних хворих.
2. Фото пацієнтів з новоутвореннями меланогенної системи шкіри голови та шиї.

### **Б. Задачі для самоконтролю:**

1. Хворий, 38 років, звернувся до лікаря зі скаргами на новоутворення на межі волосяного покриву та шкіри шиї, його постійну травму одягом. Об'єктивно: утворення до 2 см в діаметрі, темнокоричневого кольору, бугристе, ознаки запалення відсутні, при пальпації безболісне, регіональні лімфатичні вузли не пальпуються.

Яка тактика лікаря?

(Відповідь: видалення невусу в плановому порядку. Диспансерний нагляд протягом року)

2. Хвора, 24 років. Звернулася в клініку щелпно-лицевої хірургії зі скаргами на "родиму пляму" на боковій поверхні шиї та вимогою видалити утворення. Об'єктивно: на бічній поверхні шиї зліва має місце утворення до 0,5 см в діаметрі, плоске, світло-коричневого кольору, безболісне.

Які дії лікаря?

(Відповідь: переконати пацієнтку відмовитися від видалення новоутворення)

3. Пацієнт, 57 років. Скарги на новоутворення правої щоки, біль, кровоточивість. Об'єктивно: в правій щічній ділянці новоутворення блідо-коричневого кольору м'яко-еластичної консистенції з ознаками запалення біля основи, злегка болісне при пальпації, підщелепні лімфатичні вузли справа збільшені безболісні.

Яка тактика хірурга-стоматолога?

(Відповідь: дотримуючись правил лікарської етики та деонтології направити пацієнта на консультацію до онколога)

### **В. Матеріали для тестового контролю. Тестові завдання з одиничною правильною відповіддю (α=II):**

1. Хворий 49-ти років звернувся до хірурга-стоматолога із скаргами на наявність "родимої плями", що збільшується в розмірах, її лущення, відчуття свербіж. Зі слів хворого, змінена в кольорі і розмірах ділянка шкіри з'явилася 1 рік тому, після травми її в момент гоління. При об'єктивному обстеженні в підочноямковій області ліворуч визначається інтенсивно пігментована пляма коричневого кольору розміром до 2 см, з дрібними вузлами на поверхні; овальної форми,

виступаюча над шкірою, з ознаками лущення, безболісна при пальпації. Регіонарні лімфовузли збільшені, спаяні зі шкірою, безболісні.

Поставте попередній діагноз.

- A . Меланома.
- B. Невус пігментований.
- C. Невус бородавчастий.
- D. Плоскоклітинний рак.
- E. Папіломатоз.

(Правильна відповідь: A)

2. Хворий звернувся зі скаргами на посилення росту пухлини з природженого невусу на щоці, який доволі часто травмувався під час гоління. Виявлено бородавчасту пігментовану пухлино розміром 1,5 на 1 см. Регіонарні лімфатичні вузли не збільшені.

Встановіть попередній діагноз.

- A . Плоскоклітинний рак.
- B. Базаліома.
- C. Меланома.
- D. Бородавчастий переродрак.
- E. Запалення невусу.

(Правильна відповідь: C)

3. Хворий 47-ми років звернувся до лікаря зі скаргами на наявність пухлини в правій щічній ділянці, яка свербить та значно збільшилась за останній час. При огляді виявлена пухлина неправильної форми, розміром до 1,5 см, чорного кольору, блискуча.

Який попередній діагноз можна встановити у хворої?

- A . Меланома шкіри.
- B. Пігментний невуc.
- C. Базаліома шкіри.
- D. Рак шкіри.
- E. Шкіряний ріг.

(Правильна відповідь: A)

### Г. Навчальні задачі 3-го рівня (нетипові задачі):

1. Хворий, 48 років, на волосяній частині голови пів року тому помітив збільшення родимки, за допомогою звернувся вперше. Останні три тижні відмічає біль у правому підребіррі, зниження маси тіла, швидке настання втоми протягом дня.

Який патологічний процес можна запідозрити у пацієнта?

(Відповідь: метастазування меланоми в печінку)

2. Пацієнтка, 30 років, помітила, що останній рік на шкірі шиї збільшилась кількість родимок. З анамнезу з'ясовано, що хвора зловживає відвідуванням солярію.

Яка тактика лікаря?

(Відповідь: провести бесіду з дотриманням етики та деонтології про можливі ускладнення від даного виду процедур)

3. У пацієнта, 53 років, лікар запідозрив меланому шкіри обличчя.

Як переконати хворого без шкоди для його душевного стану звернутися в онкологічну клініку.

(Відповідь: пояснити цю необхідність наявністю в онкологічній клініці "самого сучасного обладнання" для проведення додаткового обстеження)

## 7. ЛІТЕРАТУРА:

### Основна література:

1. Колесов А.А., Воробьев И.Ю. Новообразования мягких тканей. – К., Здоровья, 1991 - 312 с.
2. Маланчук В.О., Копчак А.В. Доброякісні пухлини та пухлиноподібні ураження щелепно-лицевої ділянки та шиї / Навчальний посібник. – К.: Видавничий дім «Асканія», 2008. – 320 с.
3. Пачес А.И. Опухоли головы и шеи. - М.: Медицина, 1997. - 450 с.
4. Сагатбаев Д.С. Опухоли челюстно-лицевой области, 1998. – 206

5. Солнцев А.М., Колесов В.С. Доброкачественные опухоли лица, челюстей и органов полости рта. - Кмев: Здоровья, 1985. - 150 с.
6. Шаргородский А.Г. Атлас опухолей мягких тканей и костей лица. Москва, 1998.-221 с.

**Додаткова література:**

1. Губайдулина Е.Я., Цегельник Л.Н. Опухоли, опухолеподобные поражения и кисты лица, органов полости рта, челюстей и шеи // Хирургическая стоматология . - М.: Медицина, 1996. – С.512-624.
2. Кабаков Б.Д., Ермолаев И.И. и др. Лечение злокачественных опухолей челюстно-лицевой области УМ.: Медицина, 1978. -342 с.
3. Кривопляс А.И., Коломенчук Б.Я. Актуальные вопросы диагностики и лечения злокачественных опухолей челюстно-лицевой области//Вестник стоматологии. - 1994. - №1. - с. 36.
4. Рибалов О.В., Одабашьян А.Я. Онкологія щелепно-лицьової ділянки. – Полтава: АСМІ, 1999. - 114 с.
5. Соловьев М.М. Онкологические аспекты в стоматологии. М: Медицина 1983. – 158 с.

Міністерство охорони здоров'я України  
Вищий державний навчальний заклад України  
Сумський державний університет  
Медичний інститут

«Затверджено»  
на засіданні кафедри  
стоматології  
Завідувач кафедри  
д. мед. н. Лахтін Ю.В.

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ  
ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ  
ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ДО ПРАКТИЧНОГО  
(СЕМІНАРСЬКОГО) ЗАНЯТТЯ

Навчальна дисципліна	Хірургічна стоматологія
Модуль №	3
Змістовний модуль №	3
Тема заняття	Пухлини та пухлиноподібні ураження периферичних нервів обличчя. Клініка, діагностика, диференційна діагностика.
Курс	IV
Факультет	Стоматологічний

## 1. АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ.

Пухлини та пухлиноподібні ураження периферійних нервів обличчя зустрічаються досить рідко (1,5% від усіх пухлин обличчя), але потребують досить ґрунтового диференційного діагностичного підходу та вибору оптимальних методів лікування.

## 2. КОНКРЕТНІ ЦІЛІ:

- 2.1. Аналізувати причини виникнення пухлин периферійних нервів обличчя.
- 2.2. Пояснювати гістологічну будову пухлин периферійних нервів обличчя.
- 2.3. Запропонувати нові етико-деонтологічні підходи до проблем онкостоматології.
- 2.4. Класифікувати пухлини та пухлиноподібні ураження периферійних нервів обличчя.
- 2.5. Тракувати результати цитологічних та гістологічних досліджень при пухлинах периферійних нервів обличчя.
- 2.6. Малювати схеми іннервації щелепно-лицевої ділянки.
- 2.7. Проаналізувати можливі прогнози при пухлинах та пухлино подібних ураженнях периферійних нервів обличчя.
- 2.8. Скласти план обстеження та лікування хворих з пухлинами периферійних нервів обличчя.

## 3. БАЗОВІ ЗНАННЯ, ВМІННЯ, НАВИЧКИ, НЕОБХІДНІ ДЛЯ ВИВЧЕННЯ ТЕМИ (міждисциплінарна інтеграція).

Назви попередніх дисциплін	Отримані навички
1. Нормальна анатомія.	Володіти знаннями іннервації щелепно-лицевої ділянки.
2. Патоморфологія.	Знати гістологічну будову пухлин та пухлино подібних уражень периферійних нервів обличчя.
4. Патологічна фізіологія.	Знати етіопатогенетичні аспекти виникнення пухлин периферійних нервів обличчя.
3. Пропедевтика внутрішніх хвороб.	Дотримуватися медичної етики та деонтології при спілкуванні з онкохворими.

## 4. ЗАВДАННЯ ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ДО ЗАНЯТТЯ

### 4.1. Перелік основних термінів, параметрів, характеристик, які повинен засвоїти студент при підготовці до заняття:

Термін	Визначення
1. Хвороба Реклінгхаузена	Це нейрофіброматоз.
2. Шваннома.	Це нейрофіброма.
3. Кріодеструкція.	Це заморожування новоутворення рідким азотом.

### 4.2. Теоретичні питання до заняття:

1. Етіологія і патогенез пухлин та пухлиноподібних уражень периферійних нервів обличчя.
2. Класифікація пухлин та пухлиноподібних уражень периферійних нервів обличчя.
3. Клінічна картина нейрофіброми, нейрофіброматозу обличчя, травматичної невроми.
4. Діагностика та диференційна діагностика пухлин та пухлиноподібних уражень периферійних нервів обличчя.
5. Методи лікування пухлин та пухлиноподібних уражень периферійних нервів обличчя.

### 4.3. Практичні роботи (завдання), які виконуються на занятті:

1. Обстежити хворого з пухлиною, встановити діагноз та призначити лікування.
2. Вміти провести пункцію або взяти матеріал для цитологічного чи гістологічного дослідження.

## 5. ЗМІСТ ТЕМИ:

Ці пухлини і пухлиноподібні ураження зустрічаються рідко і складають менше 1,5 % усіх пухлин обличчя і щелеп. До доброякісних пухлин відносять нейрофіброму і неврілемому (шванному), до пухлиноподібних уражень – травматичну неврому і нейрофіброматоз (хвороба Реклінгхаузена), до злоякісних – злоякісну шванному (неврогенна саркома).

Нейрофіброма розвивається з оболонки периферичних нервів. Існує думка, що клітини пухлини мають нейроектодермальне походження, тобто є похідними нейролеми (швановської оболонки); у зв'язку з цим пухлина описується ще і під назвою шванномы, леммомы.

Виникнення її в області обличчя і порожнини рота пов'язане з вадою розвитку зачатків трійчастого або лицьового нерва.

Розташовується пухлина по відношенню до нерва або моноцентрично (у товщі нерва визначається один вузол), або поліцентрично (у товщі нерва визначається ряд вузлів, частково сполучених між собою).

Локалізуються нейрофіброми частіше всього в товщі щоки (заходячи зазвичай своїм внутрішнім полюсом під величну кістку), в області отворів підборіддя, скроні, язика.

Клініка. У початковій стадії захворювання хворі звертаються до лікаря із скаргою на наявність болісної (рідше - безболісної) пухлини, що викликає асиметрію обличчя. Болісна пухлина спонукає, природно, звертатися до лікаря в ранні терміни. Пальпаторно визначається під шкірою щоки, підборіддя, скроні, в язиці, щільна, а іноді м'яка пухлина розмірами від 1 до 10 см і більше. Ступінь щільності пухлини залежить від питомої ваги фіброзних розростань: якщо в пухлині їх мало, вона м'яка і по своїй структурі наближається до невроми. Пальпація нерідко викликає значні больові відчуття, іррадіюючі по ходу трійчастого нерва.

У пізнішій стадії нейрофіброма має вигляд чітко обмежених м'яких поліпоподібних вузлів, що звисають на ніжці. Іноді розвивається величезна щільна пухлина.

Діагноз ґрунтується на повільному зростанні пухлини, розташованої по ходу гілок трійчастого або лицьового нерва, щільно-еластичної консистенції, гладкої поверхні і болючості пухлини.

Лікування хірургічне: під місцевою анестезією роблять розріз шкіри і підшкірної основи згідно з напрямом гілок лицьового нерва. Потім методом тупого сепарування тканин вилущують нейрофіброму, не ушкоджуючи прилеглих розгалужень лицьового нерва. Щоб легше було орієнтуватися в рані відносно меж пухлини, деякі хірурги вводять в пухлину ін'єкційну голку і по ній - 0.2-0.3% водний розчин метиленового синього, який швидко поширюється в межах пухлини і забарвлює її, чітко змальовуючи. Після цього роблять інфільтраційну анестезію.

Прогноз сприятливий.

Нейрофіброматоз (хвороба Реклінґгаузена). Це природжене системне утворення, що характеризується симптомокомплексом у вигляді деформації скелета, наявності на тілі плям кавового кольору і спотворення обличчя. Останнє обумовлене розростанням периферичних нервових волокон і фіброзної тканини, що веде до надлишку шкіри і підшкірної клітковини, з втратою тургора і відвисанням їх. Часто спостерігається одностороннє ураження голови, обличчя і шиї, при цьому збільшується і зміщується вниз разом з усіма тканинами вушна раковина. При пальпації ураженої тканини відзначаються біль і наявність в глибині щільних тяжів, що нагадують вермішель.

Лікування полягає в поетапному висіченні уражених тканин. Проводять його з метою усунення спотворення обличчя.

Травматична неврома. Локалізується по перехідній складці присінка порожнини рота відповідно до місця виходу нерва підборіддя. Зустрічається переважно у літніх осіб з повною адентією і атрофією альвеолярного відростка нижньої щелепи, що користуються знімним зубним протезом. Виникнення невроми пов'язане з постійною травмою краєм протеза нерва підборіддя біля виходу з отвору підборіддя.

Клінічно визначається округло-овальне утворення розміром до 0,5 см, боліснее, щільноеластичної консистенції, розташоване під слизовою оболонкою перехідної складки з вестибулярного боку відповідно до малих корінних зубів. Діагностується на підставі анамнезу і клінічних даних.

Лікування травматичної невроми спрямоване на усунення постійного подразнення її краєм протеза шляхом корекції останнього або припинення користування ним. Хірургічне лікування зазвичай не проводять, оскільки висічення невроми веде до втрати чутливості тканин, що іннервуються нервом підборіддя, яка сприймається хворим не менш тяжко, чим біль при самій травматичній невромі.

## **6. МАТЕРІАЛИ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ:**

### **А. Завдання для самоконтролю:**

1. Фото хворих з пухлинами та пухлиноподібними утвореннями периферичних нервів обличчя.

## 2.Схеми обстеження онкостоматологічних хворих.

### Б. Задачі для самоконтролю:

1. Хворий, 78 років, звернувся в клініку зі скаргами на наявність округлого болісного утворення нижньої щелепи по перехідній складці, що з'явилося півроку тому. Рік назад пацієнту виготовили повний знімний протез. Об'єктивно: обличчя симетричне, підщелепні лімфовузли не пальпуються. Виражена атрофія альвеолярного відростка нижньої щелепи. На ділянці правого ментального отвору болісне, щільно-еластичне округле утворення до 0,5 см в діаметрі.

Який попередній діагноз?

(Відповідь: травматична неврома)

2. Хворий, 48 років, скаржиться на болісну припухлість лівої щоки. Об'єктивно: обличчя асиметричне за рахунок припухлості лівої щічної ділянки, шкіра без змін, лімфатичні вузли не пальпуються. В товщі лівої щоки визначається болісне округле утворення щільно-еластичної консистенції до 5 см в діаметрі не спаяне з прилеглими тканинами.

Поставте діагноз.

(Відповідь: нейрофіброма)

3. У хворого, 68 років, спостерігається спотворення обличчя та шиї зліва за рахунок відвисання шкіри, лівої вушної раковини. При пальпації відмічається біль, зниження тургора шкіри, щільні тяжі у вигляді вермішелі.

Поставте діагноз.

(Відповідь: нейрофіброматоз (хвороба Реклінхаузена))

### В. Матеріали для тестового контролю. Тестові завдання з одиничною правильною відповіддю (α=Π):

1. Що є причиною розвитку нейрофіброми?

- A. Вроджена вада нервів.
- B. Перенесений неврит.
- C. Травма обличчя.
- D. Інфекційні захворювання.
- E. Етіологія не з'ясована.

(Правильна відповідь: A)

2. Де частіше всього локалізується нейрофіброма?

- A. Язик.
- B. Щока.
- C. Підборіддя.
- D. Вилична кістка.
- E. Губи.

(Правильна відповідь: B)

3. Нейрофіброматоз це хвороба:

- A. Енгля-Реклінхаузена.
- B. Таратинова.
- C. Реклінхаузена.
- D. Боуена.
- E. Таратинова.

(Правильна відповідь: C)

### Г. Навчальні задачі 3-го рівня (нетипові задачі):

1. Хворий, 69 років, звернувся зі скаргами на нестерпні болі в лівій половині обличчя, неможливість користування протезом. Пацієнт вкрай знервований. По перехідній складці на ділянці лівого підборідного отвору визначається утворення до 1 см в діаметрі.

Яка тактика лікаря?

(Відповідь: провести бесіду з пацієнтом та пояснити необхідність термінового оперативного втручання з приводу травматичної неврони)

2. Хворий, 56 років, діагностовано нейрофіброму лівої щічної та виличної ділянок. Пацієнтка переконана, що в неї злоякісна пухлина, яка складає загрозу її життю.

Що необхідно зробити лікарю.

(Відповідь: переконати пацієнтку звернутися до психотерапевта)

3. У пацієнта, 67 років, попередньо діагностовано нейрофіброматоз голови (хвороба Реклінгаузена).

Які додаткові обстеження необхідно провести для постановки остаточного діагнозу?

(Відповідь: рентгенографію, ортопантомографію, гістологічне дослідження новоутворення, клінічні та біохімічні дослідження крові та сечі)

## **7. ЛІТЕРАТУРА:**

### **Основна література:**

1. Доброякісні пухлини та пухлиноподібні новоутворення. Ермолов В.Ф. Колесов А.А., Воробьев И.Ю. Новообразования мягких тканей. – К., Здоровья, 1991 - 312 с.

2. Маланчук В.О., Копчак А.В. Доброякісні пухлини та пухлиноподібні ураження щелепно-лицевої ділянки та шиї / Навчальний посібник. – К.: Видавничий дім «Асканія», 2008. – 320 с.

3. Савицкий В.А., Черепанов А.Н. Нейрофиброматоз Реклингаузена Клиника, диагностика и хирургическое лечение/. - М.: Медицина, 1972. 250 с

4. Сагатбаев Д.С. Опухоли челюстно-лицевой области, 1998. – 206

5. Солнцев А.М., Колесов В.С. Доброкачественные опухоли лица, челюстей и органов полости рта. - Кмев: Здоровья, 1985. - 150 с.

### **Додаткова література:**

1. Губайдулина Е.Я., Цегельник Л.Н. Опухоли, опухолеподобные поражения и кисты лица, органов полости рта, челюстей и шеи // Хирургическая стоматология . - М.: Медицина, 1996. – С.512-624.

2. Доброкачественные новообразования и опухолеподобные образования слизистой оболочки полости рта: Автореф. дис. д - ра. мед. наук -М., 1995. 46 с.

3. Шаргородский А.Г. Атлас опухолей мягких тканей и костей лица. Москва, 1998.-221 с.



Міністерство охорони здоров'я України  
Вищий державний навчальний заклад України  
Сумський державний університет  
Медичний інститут

«Затверджено»  
на засіданні кафедри  
стоматології

Завідувач кафедри  
д. мед. н. Лахтін Ю.В.

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ  
ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ  
ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ДО ПРАКТИЧНОГО  
(СЕМІНАРСЬКОГО) ЗАНЯТТЯ

Навчальна дисципліна	Хірургічна стоматологія
Модуль №	3
Змістовний модуль №	3
Тема заняття	Епітеліальні та неепітеліальні пухлини слинних залоз. Клініка, діагностика, диференційна діагностика, лікування.
Курс	IV
Факультет	Стоматологічний

## 1. АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ:

Доброякісні пухлини і кісти слинних залоз є досить складною патологією щелепно-лицьової ділянки, що однаково часто зустрічається у чоловіків і жінок різного віку. Дана група захворювань має різноманітну, часто схожу клінічну картину, яка потребує ґрунтовних знань у майбутніх лікарів з питань етіології, клініки, діагностики і лікування.

## 2. КОНКРЕТНІ ЦІЛІ:

- 2.1. Аналізувати клінічні прояви епітеліальних та неепітеліальних пухлин слинних залоз.
- 2.2. Пояснювати гістологічну будову епітеліальних та неепітеліальних пухлин слинних залоз.
- 2.3. Запропонувати етіологічні та патогенетичні фактори розвитку пухлиноподібних утворень м'яких тканин.
- 2.4. Класифікувати основні та додаткові обстеження хворих з епітеліальними та неепітеліальними пухлинами слинних залоз.
- 2.5. Трактувати виникнення та розвиток епітеліальних пухлин слинних залоз.
- 2.6. Малювати схеми, графіки класифікації епітеліальних пухлин слинних залоз.
- 2.7. Проаналізувати класифікацію епітеліальних пухлин слинних залоз.
- 2.8. Скласти план лікування хворих з епітеліальними пухлинами слинних залоз.

## 3. БАЗОВІ ЗНАННЯ, ВМІННЯ, НАВИЧКИ, НЕОБХІДНІ ДЛЯ ВИВЧЕННЯ ТЕМИ (міждисциплінарна інтеграція).

Назви попередніх дисциплін	Отримані навички
1. Нормальна анатомія.	Вивчити анатомічну будову кісток лицевого скелета.
2. Гістологія.	Приготувати матеріал для гістологічного дослідження.
3. Патологічна анатомія.	Описати гістологічну картину пухлиноподібних утворень в кістках лицевого скелета.
4. Патологічна фізіологія.	Знати етіологію та патогенез кісток лицевого скелета.
5. Топографічна анатомія та оперативна хірургія.	Визначити топографо-анатомічну будову кісток лицевого скелета.
6. Пропедевтика хірургічної стоматології.	Провести курацію хворих з пухлинами кісток лицевого скелета.
7. Загальна онкологія.	Провести диференційну діагностику хворих з пухлинами кісток лицевого скелета.

## 4. ЗАВДАННЯ ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ДО ЗАНЯТТЯ.

### 4.1. Перелік основних термінів, параметрів, характеристик, які повинен засвоїти студент при підготовці до заняття:

Термін	Визначення
1. Біопсія.	Це прижиттєве одержання матеріалу для гістологічного дослідження.
2. Аутопсія.	Це посмертне одержання матеріалу для гістологічного дослідження.

3.Пункційна біопсія.	Це одержання матеріалу для гістологічного дослідження шляхом пункції новоутворення голкою великого діаметра.
4. Інцизійна біопсія.	Це одержання матеріалу шляхом видалення шматочка пухлини в межах здорової тканини.
5.Якісне зібрання анамнезу захворювання.	Це правильно зібраний анамнез життя та захворювання.

#### 4.2.Теоретичні питання до заняття:

1. Анатомія і фізіологія слинних залоз людини.
2. Ембріогенез і гістологічна будова великих і малих слинних залоз.
3. Теорії походження доброякісних пухлин слинних залоз.
4. Гістологічні і клінічні класифікації доброякісних пухлин слинних залоз.
5. Клінічна картина аденолімфоми слинної залози.
6. Діагностика і диференціальна діагностика доброякісних пухлин слинних залоз.
7. Методи лікування доброякісних пухлин слинних залоз.
8. Прогноз і ускладнення під час і після лікування доброякісних пухлин слинних залоз.
9. Основні та додаткові методи діагностики доброякісних пухлин.
10. Клінічна картина аденоми слинної залози.
11. Клініка оксифільної аденоми.

#### 4.3. Практичні роботи (завдання), які виконуються на занятті:

1. Опанувати методику обстеження хворих з доброякісними пухлинами слинних залоз.
2. Провести курацію хворих з доброякісними пухлинами слинних залоз.
3. Заповнити амбулаторну медичну картку хворого з пухлинами слинних залоз.
4. Оволодіти методикою діагностичної пункції.
5. Оволодіти методикою приготування мазка на предметному склі.

### 5. ЗМІСТ ТЕМИ:

#### ПОЛІМОРФНА АДЕНОМА (ЗМІШАНА ПУХЛИНА)

**Клініка.** Хворі скаржаться на поступове (протягом багатьох років) повільне збільшення привушних або підщелепних ділянок, асиметрію обличчя; рідше на появу безболісної пухлини на піднебінні, губі, щоці. У окремих випадках хворі відзначають незначний біль в зоні пухлини. Біль з'являється періодично і, як правило, без видимих причин; лише іноді хворі пов'язують біль з переохолодженням. Об'єктивно: пухлина безболісна, рухома, має округлу або овально витягнуту форму, горбисту або гладку поверхню, щільно еластичну консистенцію. Шкіра (або слизова оболонка) над пухлиною зазвичай не змінена. Якщо пухлина досягла великих розмірів, можлива поява виразок слизистої оболонки.

#### МОНОМОРФНІ АДЕНОМИ

##### Оксифільная аденома

**Клініка оксифільної аденоми.** Консистенція пухлини щільна, вона повільно зростає, безболісна, має гладку поверхню, добре інкапсульована і не буває спаяна з довколишніми тканинами.

**Лікування:** Вилущування пухлини разом з фіброзною капсулою.

Прогноз сприятливий для життя.

#### НЕ ЕПІТЕЛІАЛЬНІ ПУХЛИНИ

##### Аденолімфома

**Клініка.** Аденолімфома росте повільно, безболісно, що приводить до асиметрії привушних областей. Пальпаторно пухлина м'якоеластичної консистенції, з досить чіткими контурами. З оточуючими тканинами не спаяна.

**Лікування.** Радикальна хірургічна екстирпація пухлини з видаленням прилеглої частини залози. Рекомендується не обмежуватися простим вилущуванням пухлини, оскільки він ніколи не має повної впевненості в її доброякісному характері.

Прогноз в цілому сприятливий, проте описані випадки малігнізації та метастазування папілярної кісто-аденолімфоми в легені.

Діагноз. Діагноз встановлюють на підставі клінічних, рентгенологічних і гістологічних даних захворювання. А останніми роками для постановки діагнозу застосовують цитологічне і цитохімічне дослідження.

**Диференційна діагностика.** Диференційну діагностику змішаних пухлин необхідно проводити з саркоматозними і раковими ураженнями слинних залоз, для яких характерне значно швидке розростання.

**Лікування.** Добрі результати дає рентгено-хірургічний метод лікування змішаних пухлин (який полягає в тому, що пухлину радикально видаляють і в процесі операції проводять близькофокусне опромінення рентгенівськими променями (з одного або декількох полів - залежно від розмірів поля. Сучасні методи операцій по видаленню змішаних пухлин привушних слинних залоз забезпечують збереження гілок лицевого нерва.

Метод Редона, що оснований спочатку на знаходженні основного стовбура лицевого нерва (між сосцевидним відростком і заднім краєм гілки нижньої щелепи), а потім відшукують місце розділення стовбура на основні гілки; препаровку їх ведуть від центра до периферії.

Метод Ковтуновича-Мухи зручніший, оскільки, по-перше, для знаходження основного стовбура лицевого нерва в залозі (по Редону) немає ніяких пізнавальних орієнтирів; по-друге, глибина залягання стовбура не менше чим на 2 см; тому під час операції утворюється глибока і вузька рана, в якій хірург може легко пересікти нерв, не помітивши його.

#### **Ускладнення:**

1). Тимчасовий або стійкий парез або параліч деяких або всіх м'язів; якщо не відбулося пересічення гілок лицевого нерва, парез зникає через 1/2-6 місяців без жодного лікування.

2). Досить частим ускладненням субтотальної і тотальної паротидектомії є порушення чутливості мочки вушної раковини, пов'язане з пересіченням великого вушного нерва. В частині випадків чутливість поновлюється протягом першого року після операції, в останніх хворих вона носить стійкий характер.

3). Поява точкової слинної фістули, яка незабаром зникає самостійно або під впливом прийому атропіну, беладонни або тугого бинтування.

4). Можливий розвиток аурікулотемпорального синдрому Фрея: свербіння, біль, гіперстезія і гіперемія привушної-жувальної ділянки.

**Прогноз.** Результати комбінованого лікування: рецидиви змішаних пухлин привушної слинної залози відмічені у 3% хворих (настають вони протягом першого року після лікування); паралічі всіх гілок лицевого нерва - біля 2%; часткові паралічі – у 12%, малігнізація.

## **6. МАТЕРІАЛИ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ:**

### **А. Завдання для самоконтролю:**

1. Анатомія і фізіологія слинних залоз людини.
2. Ембріогенез і гістологічна будова великих і малих слинних залоз.
3. Теорії походження доброякісних пухлин слинних залоз.
4. Гістологічні і клінічні класифікації доброякісних пухлин слинних залоз.
5. Клінічна картина доброякісних пухлин слинних залоз.
6. Діагностика і диференціальна діагностика доброякісних пухлин слинних залоз.
7. Методи лікування доброякісних пухлин слинних залоз.
8. Прогноз і ускладнення під час і після лікування доброякісних пухлин слинних залоз.

### **Б. Задачі для самоконтролю:**

До хірурга-стоматолога звернувся хворий 65 років зі скаргами на припухлість в лівій половині обличчя. При огляді хворого було встановлено що: в лівій привушній ділянці відмічається новоутворення розміром 3х 4 см. При пальпації новоутворення має щільний характер, безболісне, з оточуючими тканинами не спаяне. Після проведення контрастного рентгенологічного дослідження на сіалограмі виявлено, що нормальний малюнок розгалужень вивідного протока різко обривається на межі з патологічним процесом.

Для якого захворювання характерна така сіалографічна картина?

Які ще додаткові методи обстеження потрібно провести?

(Відповідь: пухлина слинної залози)

**В. Матеріали для тестового контролю. Тестові завдання з одиничною правильною відповіддю (а=П):**

1. До доброякісних епітеліальних пухлин слинних залоз не відноситься:

- A. Аденома.
- B. Аденолімфома.
- C. Змішана пухлина.
- D. Мукоепідермальна пухлина.
- E. Циліндрома.

(Правильна відповідь: D)

2. Клінічна картина аденоми слинних залоз:

- A. Пухлина безболісна, щільна, з гладкою поверхнею, добре інкапсульована, не зрощена з довколишніми тканинами.
- B. Пухлина безболісна, м'яко еластична, з чіткими контурами, не зрощена з довколишніми тканинами.
- C. Пухлина безболісна, рухлива, округлої або витягнутої форми, щільно еластичній консистенції, з гладкою або горбистою поверхнею.
- D. Пухлина зростає швидко, безболісна, щільна, зрощена з довколишніми тканинами.
- E. Пухлина округлої форми, з чіткими контурами, безболісна, зрощена з шкірою.

(Правильна відповідь: C)

3. Клінічна картина змішаної пухлини слинних залоз:

- A. Пухлина безболісна, щільна, з гладкою поверхнею, добре інкапсульована, не зрощена з довколишніми тканинами.
- B. Пухлина безболісна, м'яко еластична, з чіткими контурами, не зрощена з довколишніми тканинами.
- C. Пухлина безболісна, рухлива, округлої або витягнутої форми, щільно еластичній консистенції, з гладкою або горбистою поверхнею.
- D. Пухлина зростає швидко, безболісна, щільна, зрощена з довколишніми тканинами.
- E. Пухлина округлої форми, з чіткими контурами, безболісна, зрощена з шкірою.

(Правильна відповідь: A)

**Г. Навчальні задачі 3-го рівня (нетипові задачі):**

До хірурга-стоматолога звернувся хворий 57 років із скаргою на асиметрію особи. Об'єктивно: у ділянці правої привушної слинної залози виявлена безболісна, рухлива, округлої форми з горбистою поверхнею пухлина щільно еластичної консистенції. Пухлина має тенденцію до повільного збільшення.

Який попередній діагноз можна встановити в даному випадку?

(Віповідь: змішана пухлина.)

**7. ЛІТЕРАТУРА:**

**Основна література:**

1. Бернадский Ю.И. Основы челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии.– Белмедкнига, Витебск,1998.– 404 с.
2. Бернадский Ю.И. Травматология и восстановительная хирургия челюстно-лицевой области. – Киев: Вища школа, 1999. – 389 с.
3. Колесов А.А., Воробьев Ю.И., Каспарова Н.Н. Новообразования мягких тканей и костей лица у детей и подростков.- Москва: Медицина, 1989г.
4. Муковозов И.Н. Дифференціальна діагностика захворювань щелепно-лицьової області. Л.: Медицина, 1982.
5. Загальна онкологія /Под редактора Н.П. Напалкова. – Ленінград: Медицина, 1989. – 648 с.
6. Онкологія /за ред. Білінського Б.Т., Стернюка Ю.М., Шпарика Я.В. – Львів: Медицина світу, 1998. – 272 с.
7. Робустова Т.Г. Хирургическая стоматология. – М.: Медицина, 1990. – 576 с.
8. Ромачева И.Ф., Юдин Л.А., Афанасьев Л.В. Заболевания и повреждения слюнных желез. – М.: Медицина,1987. – 240с.

**Додаткова література:**

1. Пачес А.Г. Опухоли головы и шеи.- Москва: Медицина, 1983г.
2. Рабухина Н.А., Удиришина Н.М. Рентгенодиагностика заболеваний челюстно-лицевой области. – М.: Медицина, 1991.
3. Солнцев А.М., Колесов В.С., Колесова Н.А. Заболевания слюнных желез: сиалозы, воспалительные заболевания, опухоли, кисты, травмы и пороки развития слюнных желез.– Киев: Здоровья, 1991.–311с.
4. Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. – Киев: 2002. – 1022 с.

Міністерство охорони здоров'я України  
Вищий державний навчальний заклад України  
Сумський державний університет  
Медичний інститут

«Затверджено»  
на засіданні кафедри  
стоматології  
Завідувач кафедри  
д. мед. н. Лахтін Ю.В.

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ  
ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ  
ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ДО ПРАКТИЧНОГО  
( СЕМІНАРСЬКОГО) ЗАНЯТТЯ

Навчальна дисципліна	Хірургічна стоматологія
Модуль №	3
Змістовний модуль №	3
Тема заняття	Кісти слинних залоз. Клініка, діагностика, диференційна діагностика, лікування.
Курс	IV
Факультет	Стоматологічний

## 1. АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ:

Доброякісні пухлини і кісти слинних залоз є досить складною патологією щелепно-лицьової ділянки, що однаково часто зустрічається у чоловіків і жінок різного віку. Дана група захворювань має різноманітну, часто схожу клінічну картину, яка потребує ґрунтовних знань у майбутніх лікарів з питань етіології, клініки, діагностики і лікування.

## 2. КОНКРЕТНІ ЦІЛІ:

- 2.1. Аналізувати розвиток кіст слинних залоз.
- 2.2. Пояснювати дані лабораторних та інструментальних методів дослідження.
- 2.3. Запропонувати обстежити пацієнтів з кістами слинних залоз.
- 2.4. Класифікувати кісти слинних залоз.
- 2.5. Трактувати етіологію, патогенез, класифікацію, клінічні прояви кіст слинних залоз.
- 2.6. Малювати графологічну схему заняття.
- 2.7. Проаналізувати поза- та внутрішньосиндромну диференціальну діагностику.
- 2.8. Скласти план лікування пацієнта з кістами слинних залоз.

## 3. БАЗОВІ ЗНАННЯ, ВМІННЯ, НАВИЧКИ, НЕОБХІДНІ ДЛЯ ВИВЧЕННЯ ТЕМИ (міждисциплінарна інтеграція).

Назви попередніх дисциплін	Отримані навички
1. Анатомія.	Описувати будову великих і малих слинних залоз людини.
2. Гістологія.	Гістологічна будова тканин слинних залоз.
3. Патологічна анатомія.	Підготувати матеріал для гістологічного або цитологічного дослідження.
4. Патологічна фізіологія.	Визначити етіологію та патогенез кіст слинних залоз.
5. Оперативна хірургія та топографічна анатомія.	Топографічну анатомію щелепно-лицьової ділянки. Принципи оперативних доступів до різних відділів щелепно-лицьової ділянки.

## 4. ЗАВДАННЯ ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ДО ЗАНЯТТЯ.

### 4.1. Перелік основних термінів, параметрів, характеристик, які повинен засвоїти студент при підготовці до заняття:

Термін	Визначення
1. Біопсія.	Це прижиттєве одержання матеріалу для гістологічного дослідження.
2. Аутопсія.	Це посмертне одержання матеріалу для гістологічного дослідження.
3. Пункційна біопсія.	Це одержання матеріалу для гістологічного дослідження шляхом пункції новоутворення голкою великого діаметра.
4. Інцизійна біопсія.	Це одержання матеріалу шляхом видалення шматочка пухлини в межах здорової тканини.
5. Якісне зібрання анамнеза захворювання.	Це правильно зібраний анамнез життя та захворювання.



#### 4.2. Теоретичні питання до заняття:

1. Анатомія і фізіологія слинних залоз людини.
2. Ембріогенез і гістологічна будова великих і малих слинних залоз.
3. Теорії походження доброякісних пухлин і кіст слинних залоз.
4. Гістологічні і клінічні класифікації доброякісних пухлин і кіст слинних залоз.
5. Клінічна картина доброякісних пухлин і кіст слинних залоз.
6. Діагностика і диференціальна діагностика доброякісних пухлин і кіст слинних залоз.
7. Методи лікування доброякісних пухлин і кіст слинних залоз.
8. Прогноз і ускладнення під час і після лікування доброякісних пухлин і кіст слинних залоз.

#### 4.3. Практичні роботи (завдання), які виконуються на занятті:

1. Вміти проводити діагностику і диференційну діагностику епітеліальних і не епітеліальних пухлин і кіст слинних залоз.
2. Вміти проводити курацію хворого з доброякісними новоутвореннями і кістами слинних залоз, призначати план обстеження та складати план лікування, визначити прогноз захворювання, можливі ускладнення.
3. Розвивати творчі здібності в процесі теоретичних і клінічних досліджень проблемних питань доброякісних новоутворень щелепно-лицьової ділянки.

#### 5. ЗМІСТ ТЕМИ:

##### КІСТИ ВЕЛИКИХ СЛИННИХ ЗАЛОЗ

Всі кісти систематизували на 4 групи: 1) кісти великих і малих слинних залоз, епітеліальне вистилання в яких відсутнє повністю; 2) гроновидні розширення протоків великих і малих слинних залоз; 3) кісти привушних слинних залоз, що виникають після травми або операції на них; 4) кісти під'язичних слинних залоз, що розповсюджуються в ділянку піднижньо-щелепного трикутника.

**Етіологія.** Причиною утворення ретенційної кісти можуть бути: травма, запальні процеси і вроджені атрезії вивідних протоків.

##### КІСТИ ПІД'ЯЗЧНИХ СЛИННИХ ЗАЛОЗ

**Класифікація:** 1) гроновидні розширення великого і малих під'язичних протоків; 2) кісти паренхіми під'язичних залоз.

**Клініка.** Вони не мають чітко вираженої оболонки, яка дуже утрудняє їх виділення під час операції і пояснює нерадикальність втручання, після якого часто бувають рецидиви і подальші «проростання» кіст в клітковину, розташовану нижче за діафрагму рота. Кісти, що поширюються, проникають в призалозову клітковину протилежної сторони і на шию, в багатьох випадках вони набувають форми «пісочного годинника», одна частин якого розташована над діафрагмою порожнини рота, інша - під нею, а проміжна частина в мускульній щілині дна порожнини рота.

**Діагностика.** Діагностика ретенційних кіст може бути заснована на даних дослідження пунктату і контрастній суалографії. Виявлення в пунктаті гіаліна свідчить саме про ретенційну кісту слинної залози, а не про кісту іншого походження і характеру. На сіалограмі можна бачити дефект наповнення залози і тінь контрастної маси, яка заповнює кісту; якщо ця тінь являється продовженням протоки, по сіалограмі можна встановити зв'язок між кістою і протоком.

**Диференціальний діагноз.** Диференціювати слинну кісту потрібно з кістозною порожниною, (змішаною, злоякісною), дермоїдними і паразитарними кістами.

**Лікування.** Може бути консервативним або консервативно хірургічним. Консервативне лікування не пов'язано з операцією, а консервативно хірургічне, хоча і передбачає її, забезпечує, по-перше, збереження слинної залози, в якій сформувалася кіста, і, по-друге, збереження лицевого нерва, якщо кіста локалізується в привушній слинній залозі.

**Прогноз.** Залишення ж навіть невеликих ділянок стінки кісти під слизистою оболонкою дна порожнини рота завжди загрожує рецидивом.

##### КІСТИ ПРИВУШНИХ СЛИННИХ ЗАЛОЗ

Кісти привушних слинних залоз можуть бути уродженими, і набутими як наслідок обтурації основної протоки або одного з протоків II—III порядку.

**Клініка.** В області всієї привушної залози безболісна при пальпації тістоподібна і флюктууюча припухлість, шкіра над якою збирається в складку. При легкому масажуванні області залози слина із протоку не виділяється.

**Діагноз.** Діагностика повинна ґрунтуватися на пальпації, пункції і контрастній рентгенографії. Диференціювати кісту привушної слинної залози необхідно з кавернозною гемангіомою, при якій за допомогою пункції можна виявити в каверні кров. За наявності м'якої ліпони пунктата не буде.

**Лікування.** Оптимальний варіант лікування це видалення кісти хірургічним методом.

### **КІСТИ ПІДЩЕЛЕПНИХ СЛИННИХ ЗАЛОЗ**

Якщо кіста утворилася в підщелепній слинній залозі, то вона розповсюджується з підщелепної ділянки на бічну поверхню шиї. При цьому в порожнині рота немає суттєвого випинання і зміщення язика, як це буває при кістах під'язичних слинних залоз.

**Лікування.** Кісту підщелепної залози слід видалити разом зі всією залозою з двох причини: 1) як щойно залишити то це може послужити причиною рецидиву утворення кісти; 2) утворення кісти призводить, до значних змін у всій слинній залозі.

## **6. МАТЕРІАЛИ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ:**

### **А. Завдання для самоконтролю:**

- 1.Обстежити пацієнтів з пухлинами слинних залоз.
- 2.Інтерпретувати дані лабораторних та інструментальних методів дослідження.
- 3.Провести поза- та внутрішньо-синдрому диференціальну діагностику.
- 4.Скласти план лікування пацієнта з кістами слинних залоз.
- 5.Провести видалення кісти слинної залози.
- 6.Призначити фармакотерапію пацієнтам з кістами слинних залоз.

### **Б. Задачі для самоконтролю:**

1. До стоматолога - хірурга звернувся хворий 65 років з припухлістю в привушній ділянці. Після проведення контрастного рентгенологічного дослідження на сіалограмі виявлено, що нормальний малюнок розгалужень проток різко обривається на межі з патологічним процесом. При пункції отримали прозору в'язку рідину.

Для якого захворювання характерна така сіалографічна картина?

(Відповідь: кіста привушної слинної залози)

2. До хірурга-стоматолога звернувся хворий 57 років із скаргою на асиметрію обличчя зліва. Об'єктивно: в ділянці лівої привушної слинної залози виявлено повоутворення. При пальпації воно безболісне, пухлина рухлива, округлої форми м'якоеластичної консистенції. З оточуючими тканинами пухлина не спаяна. Пухлина має тенденцію до повільного росту. Функція залози не порушена.

Який попередній діагноз можна встановити в даному випадку?

(Відповідь: кіста привушної слинної залози)

## **В. Матеріали для тестового контролю. Тестові завдання з однією правильною відповіддю (а=П):**

1. Ретенційна кіста виникає:

- A. На язиці.
- B. На губі.
- C. В підщелепній слинній залозі.
- D. В привушній слинній залозі.

(Правильна відповідь: B)

2. Ранула - це:

- A. Кіста підщелепної слинної залози.
- B. Під'язичної слинної залози.
- C. Привушної слинної залози.
- D. Кіста губи.

(Правильна відповідь: B)

## **Г. Навчальні задачі 3-го рівня (нетипові задачі):**

1.Хворий 35 років звернувся до лікаря стоматолога зі скаргами на припухлість під язиком. Об'єктивно: в під'язичній області відмічається новоутворення розміром 3x4 см прозора на вигляд, при пальпації безболісна. При вживанні їжі відмічається дискомфорт, та болісність в межах залози.

Який попередній діагноз можна встановити?  
(Відповідь: рана під'язичної слинної залози)

## **7. ЛІТЕРАТУРА:**

### **Основна література:**

1. Бернадский Ю.И. Основы челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии.– Белмедкнига, Витебск, 1998.– 404 с.
2. Бернадский Ю.И. Травматология и восстановительная хирургия челюстно-лицевой области. – Киев: Вища школа, 1999. – 389 с.
3. Колесов А.А., Воробьев Ю.И., Каспарова Н.Н. Новообразования мягких тканей и костей лица у детей и подростков.- Москва: Медицина, 1989г.
4. Муковозов И.Н. Диференціальна діагностика захворювань щелепно-лицьової області. Л.: Медицина, 1982.
5. Загальна онкологія /Под редактора Н.П. Напалкова. – Ленінград: Медицина, 1989. – 648 с.
6. Онкологія /за ред. Білинського Б.Т., Стернюка Ю.М., Шпарика Я.В. – Львів: Медицина світу, 1998. – 272 с.
7. Робустова Т.Г. Хирургическая стоматология. – М.: Медицина, 1990. – 576 с.
8. Ромачева И.Ф., Юдин Л.А., Афанасьев Л.В. Заболевания и повреждения слюнных желез. – М.: Медицина, 1987. – 240с.

### **Додаткова література:**

1. Пачес А.Г. Опухоли головы и шеи.- Москва: Медицина, 1983г.
2. Рабухина Н.А., Удиришина Н.М. Рентгенодиагностика заболеваний челюстно-лицевой области. – М.: Медицина, 1991.
3. Солнцев А.М., Колесов В.С., Колесова Н.А. Заболевания слюнных желез: сиалозы, воспалительные заболевания, опухоли, кисты, травмы и пороки развития слюнных желез.– Киев: Здоровья, 1991.–311с.
4. Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. – Киев: 2002. – 1022 с.

Міністерство охорони здоров'я України  
Вищий державний навчальний заклад України  
Сумський державний університет  
Медичний інститут

«Затверджено»  
на засіданні кафедри  
стоматології

Завідувач кафедри  
д. мед. н. Лахтін Ю.В.

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ  
ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ  
ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ДО ПРАКТИЧНОГО  
(СЕМІНАРСЬКОГО) ЗАНЯТТЯ

Навчальна дисципліна	Хірургічна стоматологія
Модуль №	3
Змістовний модуль №	3
Тема заняття	Одонтогенна пухлина амелобластома (адамантинома). Одонтогенні пухлини та пухлиноподібні ураження кісток лицевого скелету: одонтома, цементома, одонтогенна фіброма. Клініка, діагностика, диференціальна діагностика, лікування.
Курс	IV
Факультет	Стоматологічний

## 1. АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ.

Коротко розвивається професійна значимість теми, зводяться дані, спрямовані на формування позитивної мотивації її вивчення. Одонтогенна пухлина амелобластома досить поширене захворювання щелепно-лицевої ділянки, що вражає осіб молодого та середнього віку. Дана пухлина має багато клінічних та рентгенологічних проявів, що потребує ретельного підходу до діагностики. Лікування даної патології досить складне і відповідальне, так як неправильне його проведення може привести до рецидиву процесу і навіть до його малігнізації.

## 2. КОНКРЕТНІ ЦІЛІ:

- 2.1. Аналізувати клінічні прояви амелобластоми, одонтоми, цементоми, одонтогенної фіброми.
- 2.2. Пояснити етіологічні і патогенетичні фактори розвитку пухлиноподібних утворень в кістках лицевого скелету.
- 2.3. Запропонувати план обстеження хворого з діагнозом одонтома, цементома, одонтогенна фіброма.
- 2.4. Класифікувати пухлини кісток лицевого скелета.
- 2.5. Трахувати принципи діагностики та лікування пухлиноподібних утворень м'яких тканин.
- 2.6. Малювати графологічну схему заняття.
- 2.7. Проаналізувати результати лабораторних та інструментальних обстежень.
- 2.8. Скласти план лікування хворих з одонтогенними доброякісними пухлинами кісток лицевого скелета.

## 3. БАЗОВІ ЗНАННЯ, ВМІННЯ, НАВИЧКИ, НЕОБХІДНІ ДЛЯ ВИВЧЕННЯ ТЕМИ (міждисциплінарна інтеграція).

Назви попередніх дисциплін	Отримані навички
1. Нормальна анатомія.	Вивчити анатомічну будову кісток лицевого скелета.
2. Гістологія.	Приготувати матеріал для гістологічного дослідження.
3. Патологічна анатомія.	Описати гістологічну картину пухлиноподібних утворень в кістках лицевого скелета.
4. Патологічна фізіологія.	Знати етіологію та патогенез кісток лицевого скелета.
5. Топографічна анатомія та оперативна хірургія.	Визначити топографо-анатомічну будову кісток лицевого скелета.
6. Пропедевтика хірургічної стоматології.	Провести курацію хворих з пухлинами кісток лицевого скелета.
7. Загальна онкологія.	Провести диференційну діагностику хворих з пухлинами кісток лицевого скелета.

## 4. ЗАВДАННЯ ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ДО ЗАНЯТТЯ.

### 4.1. Перелік основних термінів, параметрів, характеристик, які повинен засвоїти студент при підготовці до заняття:

Термін	Визначення
1. Біопсія.	Це прижиттєве одержання матеріалу для гістологічного дослідження.
2. Аутопсія.	Це посмертне одержання матеріалу для гістологічного дослідження.
3. Пункція біопсій на.	Це одержання матеріалу для гістологічного дослідження шляхом пункції новоутворення голкою великого діаметру.
4. Інцизійна біопсія.	Це одержання матеріалу шляхом видалення шматочка пухлини на межі здорових тканин.

#### 4.2. Теоретичні питання до заняття:

- 1.Анатомічна будова зубо-щелепної системи.
- 2.Ембріогенез та гістологічна будова щелепних кісток та тканин щелепно-лицевої ділянки.
- 3.Теорії походження амелобластоми, одонтоми, цементоми, одонтогенної фіброми
- 4.Гістологічні, клінічні, та рентгенологічні класифікації амелобластоми, одонтоми, цементоми, одонтогенної фіброми
- 5.Клінічна картина адамантіноми, одонтоми, цементоми, одонтогенної фіброми
- 6.Диференційна діагностика адамантіноми одонтоми, цементоми, одонтогенної фіброми
- 7.Методи лікування адамантіноми, одонтоми, цементоми, одонтогенної фіброми
8. Прогноз при амелобластомі, одонтомі, цементомі, одонтогенній фібромі.

#### 4.3. Практичні роботи (завдання), які виконуються на занятті:

- 1.Оволодіти методикою обстеження хворого з адамантіномою одонтомою, цементомою, одонтогенною фібромою.
- 2.Провести курацію хворого з адамантіномою одонтомою, цементомою, одонтогенною фібромою.
- 3.Заповнити амбулаторну медичну картку хворого з адамантіномою одонтомою, цементомою, одонтогенною фібромою.

#### 5. ЗМІСТ ТЕМИ:

Гістологічна класифікація по І.І. Єрмолаєву (1964) є дев'ять варіантів мікроскопічної будови адамантіноми:

1. Наявність епітеліальних утворень, що нагадують будову емалевого органу.
2. Масивно-трабекулярна або альвеолярна будова паренхіми, значно переважаючої над фіброзною основою.
3. Переважання крупних онкоцитоподібних клітин, що є, ймовірно, наслідком дистрофічних змін в епітелії.
4. Епідермоїдна будова епітеліальної паренхіми з вираженим ангіоматозом і осередками крововиливу.
5. Наявність епітеліальних структур у вигляді тонких, тяжів, що сильно розгалужуються, «зубоутворюючі, що нагадують, пластинку».
6. Переважання масивних тяжів або комплексів з щільно розташованих клітин базального типу без подальшої їх диференціації.
7. Наявність конгруентно розташованих епітеліальних клітин; схожих з клітинами шилоподібного шару, гіалінозом строми з утворенням кулястих тіл, що піддаються іноді звапнінню.
8. Наявність своєрідних аденоматозних епітеліальних структур з накопиченням оксифільної субстанції і вогнищами звапніння.
9. Дрібні комплекси альвеолярної будови з пігментовмістних клітин. **Адамантинома (амелобластома)** – одонтогенна епітеліальна пухлина, гістологічно структура її паренхіми має схожість з будовою тканини емалевого органу зубного зародка, в зв'язку з цим назва пухлини походить від слова “емаль”

Патогенез адамантіноми пов'язаний з походженням епітеліальних клітин, з яких росте адамантинома. Абрикосов та інш. – з епітелію емалевого органу зубного зародка; Петрова – що епітелій виникає шляхом метоплазії зі сполучної тканини; Malasse, Астахов – із залишків епітелію (островками) в періодонті і кістці щелеп; Лукомський, Козирева – що адамантинома виникає за рахунок розростання і погруження в кістку епітелію порожнини рота чи гайморової пазухи.

Адамантинома клінічно проявляється поступово, розвивається повільно і неболюча. Часто вперше виявляється при рентгенологічному дослідженні.

Уражена пухлиною щелепова кістка поступово потовщується, з'являється деформація обличчя. Поверхня потовщеної кістки гладка, але може бути і не рівною. Шкірні покриви залишаються не змінені. Зі сторони порожнини рота визначаються потовщення і деформація альвеолярного паростка, при значному стоншенні кістки, при пальпації визначаються вздуття і вікончаті деформації кістки. Зуби в ділянці пухлини зміщені, злегка рухомі, при перкусії не болючі. Нерідко у порожнині рота з'являються нориці із серозно гнійними виділеннями. Симптоми, пов'язані із зміщенням і здавленням сусідніх органів, проявляються у пізніх стадіях хвороби. Значне стоншення кістки веде до спонтанних переломів і профузних кровотеч. Регіонарні лімфовузли збільшуються при при'єднанні запалення.

Діагностика, дещо утруднена на ранніх стадіях хвороби. В деяких випадках, коли амелобластома ускладнюється запальним процесом, місцеві ознаки захворювання можуть нагадувати гострий остеомієліт нижньої щелепи або флегмону. Шляхом пальпації можна визначити степінь зміни форми нижньої щелепи в результаті росту амелобластоми. При цьому вдається виявити пухлиноподібне ущільнення нижньої щелепи, яке залежить від локалізації і розповсюдження пухлини (тіло, кут, гілка щелепи).

Контури зміненої ділянки нижньої щелепи зазвичай добре виражені, особливо, коли пухлина має досить велику бугоркову поверхню і щільну консистенцію. Підщелепні регіонарні лімфатичні вузли при амелобластомах не збільшуються. При огляді порожнини рота проявляються зміни на стороні ураження нижньої щелепи у вигляді ущільнення (вип'ячування) альвеолярного відростка у вестибулярному напрямку. Інколи відмічається набряк м'яких тканин ретромоларної ділянки, зміщення і рухомість зубів. В цих випадках зовнішня кортикальна пластинка альвеолярного відростка і верхня частина тіла нижньої щелепи значно потоншується і при натисканні пальцем легко прогинається і пружинить.

Вище сказане дозволяє виділити клінічний синдром "плюс-ткань". Під цим синдромом слід розуміти ті зміни, які виникають в анатомічній зоні щелепно-лицевої ділянки, і їх можна візуально виявити без додаткових технічних засобів.

Важливою ланкою у постановці діагнозу амелобластоми є рентгенографія нижньої щелепи і цитологічне дослідження вмісту пухлини з наступним підтвердженням гістоструктури тканин видаленого новоутворення оперативними шляхом.

Рентгенографію нижньої щелепи необхідно проводити в наступних проекціях:

Оглядова рентгенографія нижньої щелепи (панорамний знімок або потилично-лобний проєкції); рентгенографія в боковій проєкції нижньої щелепи; аксіальна (осьова) рентгенографія нижньої щелепи; рентгенографія альвеолярного відростка "в прикус" за показаннями

При оглядовій рентгенографії визначається ступінь і розміри ураженої щелепи патологічним процесом; стан нижньої щелепи, її краю і латеральної поверхні кута, гілки і її тіла.

За рентгенограмами в боковій проєкції вивчається структура вогнища, ураженого пухлиною, стан альвеолярного відростка і нижнього краю щелепи, а також характер границь в передньо-задньому і вертикальному напрямках.

Позаротова рентгенограма нижньої щелепи в аксіальній проєкції є оглядовою, і по ній можна судити про розповсюдження і стан стінок пухлини в латерально-медіальному напрямку.

Аксіальний внутріротівий знімок "в прикус" дає уяву про стан кортикальної пластинки нижньої щелепи з язичної і вестибулярної сторони.

Встановлено, що рентгенологічно амелобластома характеризується ознаками, деструкції, яке поєднане з "вздуттям" щелепової кістки з чітким обмежуванням ураженої ділянки і своєрідною структурою, яка залежить від патоморфологічної будови амелобластоми.

При щільній амелобластомі на рентгенограмах спостерігаються дрібні кістоподібні ураження, чітко окреслені, розділені грубими кістковими перекладами.

При кістозних формах амелобластоми ділянки ураження є або деструктивними, або поділеними кістковими перегородками, а межі пухлини можуть мати фістончасті краї, інколи ущільнені і склерозовані, з бухтоподібним вип'ячуванням.

Рентгенологічно розміри вогнищ деструкції кісткової тканини нижньої щелепи можуть коливатися від 7x5x3 см до 4x3x2 см. В деяких випадках амелобластома розповсюджується від кута на всю гілку і на більшу частину тіла нижньої щелепи.

Форма пухлини (амелобластоми) на рентгенограмах повторює контури нижньої щелепи. При цьому, наряду з "вздуттям" спостерігається значне стоншення її стінок в центральній частині пухлини а по краю відмічається ущільнення її стінок в вигляді чіткого ободка склерозу кістки, що можна пояснити нашаруванням пошкоджених кісткових трабекул, віддалених експансивним ростом новоутвору до стінок щелепи.

**Одонтоми** частіше зустрічаються в осіб молодого віку. Переважно виникає на нижній щелепі в ділянці молярів. Частіше спостерігається у жінок.

Клініка одонтоми ростуть досить поволі, неболючі. Сформувавшись у визначеному віці їх ріст найчастіше зупиняється і вони не збільшуються в розмірах. В тому місці, де знаходиться пухлина, постійний зуб може бути відсутній. Якщо одонтома розміщена на місці проходження нерва, то її ріст супроводжується болючістю, що інколи симулює неврологічну симптоматику. Збільшуючись в розмірах, пухлина може проростати в кістку. При травмуванні одонтоми зубами – антогоністами виникає її інфікування і нагноєння з появою відповідної клінічної симптоматики.

Діагностика одонтоми є рентгенографія. Рентгенографічно слинні камені в підщелеповій залозі можуть симулювати одонтому нижньої щелепи. Для уточнення діагнозу необхідно провести рентгенографію м'яких тканин дна порожнини рота і при калькульозному субмаксиліті визначаємо більш точну локалізацію слинного каменя. Остеома по рентгенщільності може наближатися до одонтоми, але на відміну від останньої остеома менш щільна, більш гомогенна і в ній завжди відсутня смужка просвітлення по периферії пухлини (немає капсули)

Лікування заключається у видаленні одонтоми разом з капсулою. Залишена капсула може служити основою для подальшого росту пухлини. Під час видалення одонтоми великих розмірів може виникнути перелом н/щ. Для заповнення значного післяопераційного дефекту можна використовувати біоінертну або біоактивну кераміку, що значно стимулює регенераторні процеси в кістковій тканині. Одонтоми є м'яка і тверда.

**М'яка (одонтома)** – зустрічається рідко, являє собою щільноеластичне утворення, на розрізі світло-сіра, з окремими більш світлими ділянками. Росте повільно, поступово викликаючи вздуття щелепової кістки. Частіше спостерігається у молодих людей в період формування постійних зубів. Росте експансивно, але деколи має інфільтративний ріст, дає рецидиви після нерадикальних операцій. Можливі випадки переродження в саркому. Рентгенологічно подібна до адамантиноми. В пухлині можуть бути постійні зуби або їх зародки. Нерідко порушується кортикальний шар кістки.

**Тверда одонтома** – складається із твердих тканин зуба, пульпи, періодонту, має дуже різноманітну будову. Їй властиве невпорядковане розміщення тканини зуба (емаль, зверху дентина і зверху пульпи). Пухлина тверда, округла або неправильної форми, покрита капсулою із грубоволокнистої тканини. Є прості (із тканини 1 – го зубного зачатка), складні (включають тканини кількох зубів, деколи – сформовані зуби) і кістозні тверді одонтоми. Протікає безсимптомно, виявляється на рентгенограмі або при "прорізуванні" пухлини, коли слизова альвеолярного паростка під тиском пухлини звиразковується, і на поверхні з'являється тверде кісткоподібне утворення, яке приймають за ретенований зуб. Можливе утворення норичь із незначними гнійними виділеннями. Тверда одонтома, досягнувши визначених розмірів, перестає рости, а в її ділянці завжди відсутні 1 або кілька зубів.

На рентгенограмі пухлина дає округлу тінь такої ж інтенсивності, як тканини зуба. Навколо пухлини видна капсула із вузької смужки, за якою йде зона склерозу кістки. Лікування: вишування з капсулою. Невеликі одонтоми без ускладнень можна не оперувати. Прогноз благоприятний

**Цементома** — пухлина, що являє собою щось середнє між cemento дисплазією та справжньою пухлиною. Деякі автори відносять до групи одонтом. Сполучнотканинна пухлина, побудована із тканини, подібної до цементу зуба. Частіше розвивається на нижній щелепі біля коренів зубів, або одного зуба.

Пухлина обмежена капсулою. Розвивається повільно, в клініці немає певних ознак. З ростом пухлини деформується щелепа, з'являються болі в зубах при жуванні і пальпації. Навколо пухлини може розвиватись запальний

процес. На рентген знімку визначається овальна чи неправильної форми однорідна щільна тінь навколо чи на деякій відстані від кореня зуба Рентгенологічна картина подібна до фіброзної дисплазії. Цементома складається з одної чи кількох кістозних порожнин, заповнених малоінтенсивною тканиною із вкрапленнями вапна, між якими смужки незміненої кісткової тканини. Інший тип рентгенологічних проявів чередування зон плямистого розрідження та незміненої чи ущільненої кісткової тканини з хаотичним вкрапленням звапнень.

**Одонтогенна фіброма** зустрічається досить рідко і є різновидом внутрішньо кісткових фібром щелеп. Походження її пов'язане із порушенням розвитку зубного зародка. При мікроскопії пухлини виявляються фіброзна тканина, серед якої містяться острівки клітин зубоутворюючого органу.

Розвивається повільно, неволюча, приводять до потовщення визначеної ділянки щелепи. Зуби в ділянці пухлини зміщуються, корені розсмоктуються. При пальпації щелепи визначається округле вибухання щільно-еластичної консистенції. Пухлина легко відділяється від оточуючої кісткової тканини. На зрізі вона сіро-білого кольору. Точний діагноз можливий лише при гістологічному дослідженні. Лікування: вишування з капсулою.

## **6. МАТЕРІАЛИ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ:**

### **А. Завдання для самоконтролю:**



- 1.1. Клініка пухлиноподібних утворень в кістках верхньої та нижньої щелеп.
- 1.2. Диференційна діагностика пухлиноподібних утворень в кістках верхньої та нижньої щелеп.

### **Б. Задачі для самоконтролю:**

1. Хворий 25 років, скаржиться на наявність пухлини на нижній щелепі. Вважає себе хворим протягом останніх 7 місяців. При огляді відмічається вздуття щелепи на рівні 36,37,38 зубів, пухлина злегка горбиста, щільній консистенції. На рентгенограмі в боковій проекції нижньої щелепи визначається вогнище деструкції з чіткими контурами комірчастого характеру. При пункції пухлини одержана каламутна білісувата рідина.

Поставте попередній діагноз.

(Відповідь: адамантінома нижньої щелепи)

### **В. Матеріали для тестового контролю. Тестові завдання з одиничною правильною відповіддю (а=II):**

1. Синонімом назви пухлини адамантиноми не може бути:

- A. Амелобластома.
- B. Бура пухлина.
- C. Багатокамерна кістома.
- D. Центральна багатокамерна кістома.
- E. Цистаденома.

(Правильна відповідь: B)

2. Де частіше локалізується адамантінома:

- A. На ділянці кута та гілки нижньої щелепи.
- B. На ділянці тіла нижньої щелепи.
- C. Біля бугра верхньої щелепи.
- D. У верхньощелепній пазусі.
- E. На піднебінні.

(Правильна відповідь: A)

3. Які рентгенологічні ознаки амелобластоми солідної форми:

- A. Різноманітна ступінь прозорості тіні.
- B. Чіткі кордони патологічного вогнища.
- C. Не чіткі кордони вогнища розрідження.
- D. Рівномірне розрідження кістки.
- E. Наявність періостальних реакцій – симптом "козирка".

(Правильна відповідь: D)

### **Г. Навчальні задачі 3-го рівня (нетипові задачі):**

1. Чоловік 45 років звернувся зі скаргами на новоутворення на нижній щелепі. У стаціонарі була проведена проведена операція. Отримано наступний гістологічний опис: строма складається із сполучної тканини, паренхіми з епітеліальних тяжів з циліндричними і зірчастими клітинами.

Для якого утворення характерна така мікроскопічна картина?

(Відповідь: амелобластома нижньої щелепи)

## **7. ЛІТЕРАТУРА:**

### **Основна література:**

1. Бернадский Ю.И. Основы челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии.– Белмедкнига, Витебск, 1998.– 404 с.
  2. Бернадский Ю.И. Травматология и восстановительная хирургия челюстно-лицевой области. – Киев: Вища школа, 1999. – 389 с.
  3. Муковозов И.Н. Дифференциальная диагностика заболеваний челюстно-лицевой области. – Л.: Медицина, 1982.
  4. Общая онкология /Под ред. Н.П. Напалкова. – Ленинград: Медицина, 1989. – 648 с.
  5. Онкология /за ред. Білінського Б.Т., Стернюка Ю.М., Шпарика Я.В. – Львів: Медицина світу, 1998. – 272 с.
- Робустова Т.Г. Хирургическая стоматология. – М.: Медицина, 1990

**Додаткова література:**

1. Муковозов И.Н. Дифференциальная диагностика заболеваний челюстно-лицевой области. – М.: Медицина, 1982.
2. Пачес А.И. Опухоли головы и шеи. – М.: Медицина, 1983.
3. Рябухина Н.А., Удиришина Н.М. Рентгенодиагностика заболеваний челюстно-лицевой области. – М.: Медицина, 1991.
4. Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. – Киев: 2002. – 1022 с.

Міністерство охорони здоров'я України  
Вищий державний навчальний заклад України  
Сумський державний університет  
Медичний інститут

«Затверджено»  
на засіданні кафедри  
стоматології

Завідувач кафедри  
д. мед. н. Лахтін Ю.В.

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ  
ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ  
ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ДО ПРАКТИЧНОГО  
(СЕМІНАРСЬКОГО) ЗАНЯТТЯ

Навчальна дисципліна	Хірургічна стоматологія
Модуль №	3
Змістовний модуль №	3
Тема заняття	Одонтогенні епітеліальні кісти щелеп: радикарна, зубовміщуюча, парадентарна, первинна, фолікулярна, кіста прорізування, ясенева. Клініка, діагностика, диференційна діагностика, лікування.
Курс	IV
Факультет	Стоматологічний

## 1. АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ.

Одонтогенні епітеліальні кісти щелеп займають одну з великих проблем в стоматології. Для дослідження цієї проблеми важливо проаналізувати спостереження які стосуються не окремих випадків таких захворювань, а прослідкувати за їх особливостями на великій кількості хворих, які знаходилися на лікуванні в стоматологічних закладах.

## 2. КОНКРЕТНІ ЦІЛІ:

- 2.1. Аналізувати етіологічні фактори одонтогенних кіст щелеп.
- 2.2. Пояснювати клінічну картину одонтогенних кіст щелеп.
- 2.3. Запропонувати шляхи уникнення ускладнень під час лікування одонтогенних кіст щелеп.
- 2.4. Класифікувати одонтогенні кісти щелеп.
- 2.5. Трактувати дані рентгенологічних досліджень пацієнтів з одонтогенними кістами щелеп.
- 2.6. Малювати схеми рентгенологічної картини та локалізації одонтогенних кіст щелеп, оперативних втручань при цистотомії та цистектомії.
- 2.7. Проаналізувати переваги та недоліки різних остеопластичних матеріалів для заповнення дефектів щелеп після видалення одонтогенних кіст.
- 2.8. Скласти план обстеження та лікування пацієнта з одонтогенними кістами щелеп.

## 3. БАЗОВІ ЗНАННЯ, ВМІННЯ, НАВИЧКИ, НЕОБХІДНІ ДЛЯ ВИВЧЕННЯ ТЕМИ (міждисциплінарна інтеграція).

Назви попередніх дисциплін	Отримані навички
1. Анатомія людини.	Знати анатомію верхньої та нижньої щелепи, кровопостачання та іннервацію м'язів голови та шиї. Визначити анатомічну ділянку щелепно-лицевого регіону.
2. Гістологія та патоморфологія.	Знати гістологічну будову та морфологічну структуру патологічно-змінених тканин. Розпізнавати патологічно змінені тканини. Вміти взяти матеріал для патоморфологічного дослідження.
3. Патологічна фізіологія.	Знати етіологію та патогенез захворювань, обмін речовин в патологічно змінених тканинах. Визначити етіологію та патогенез одонтогенних епітеліальних пухлин.
4. Загальна хірургія.	Знати методи обробки рук хірурга. Вміти накладати шви на тканини.

## 4. ЗАВДАННЯ ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ДО ЗАНЯТТЯ

### 4.1. Перелік основних термінів, параметрів, характеристик, які повинен засвоїти студент при підготовці до заняття:

Термін	Визначення
1. Кіста.	Це утворення з оболонкою та рідиною всередині.
2. Цистотомія.	Це розріз кісти.
3. Цистектомія.	Це видалення кісти.

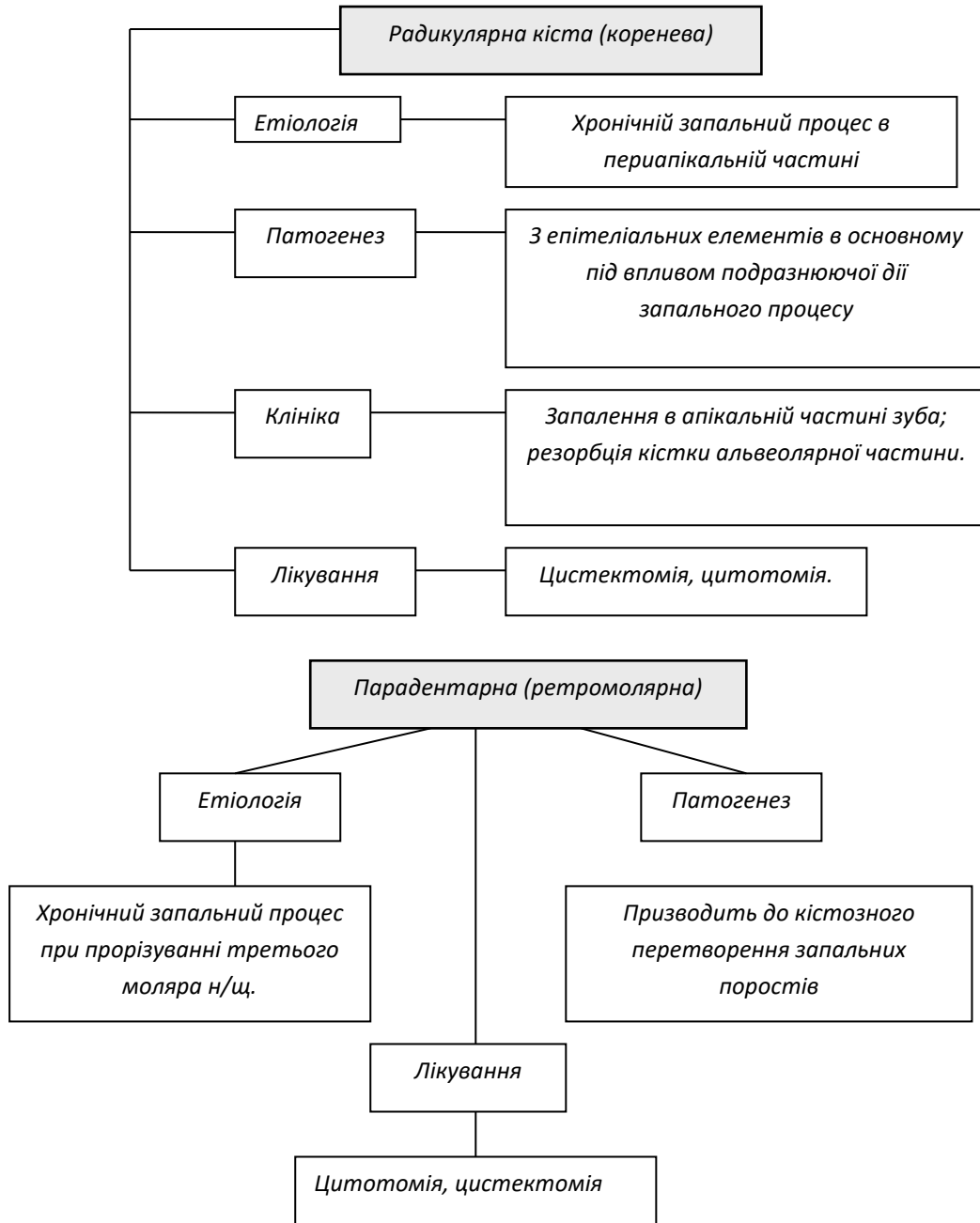
### 4.2. Теоретичні питання до заняття:

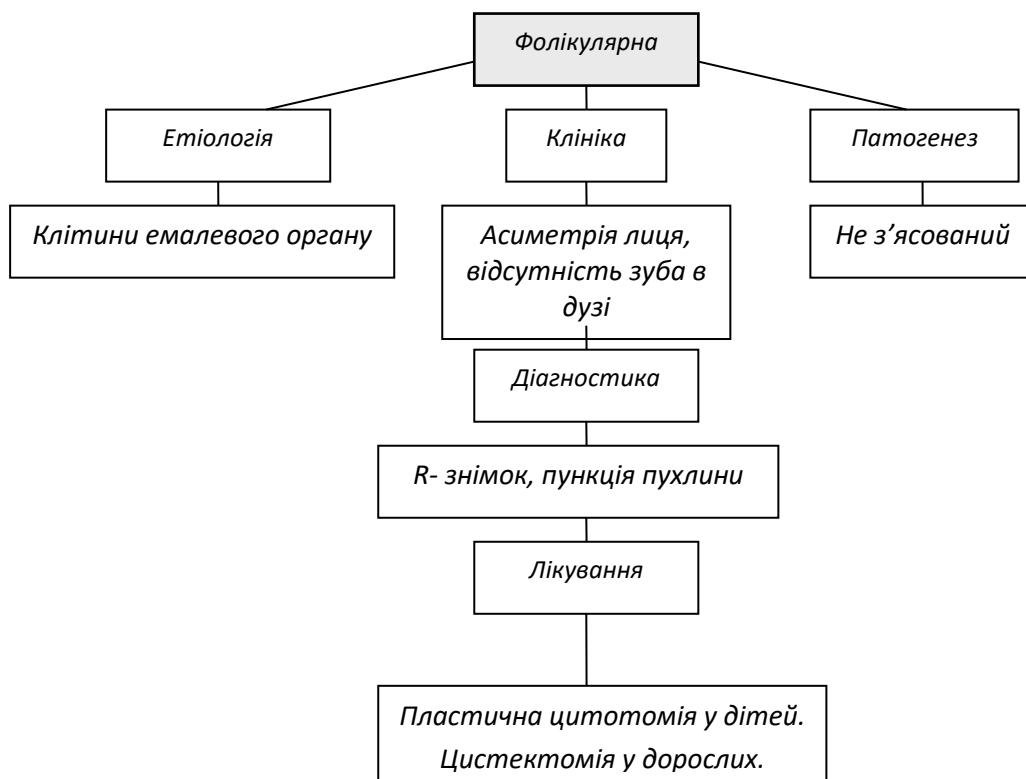
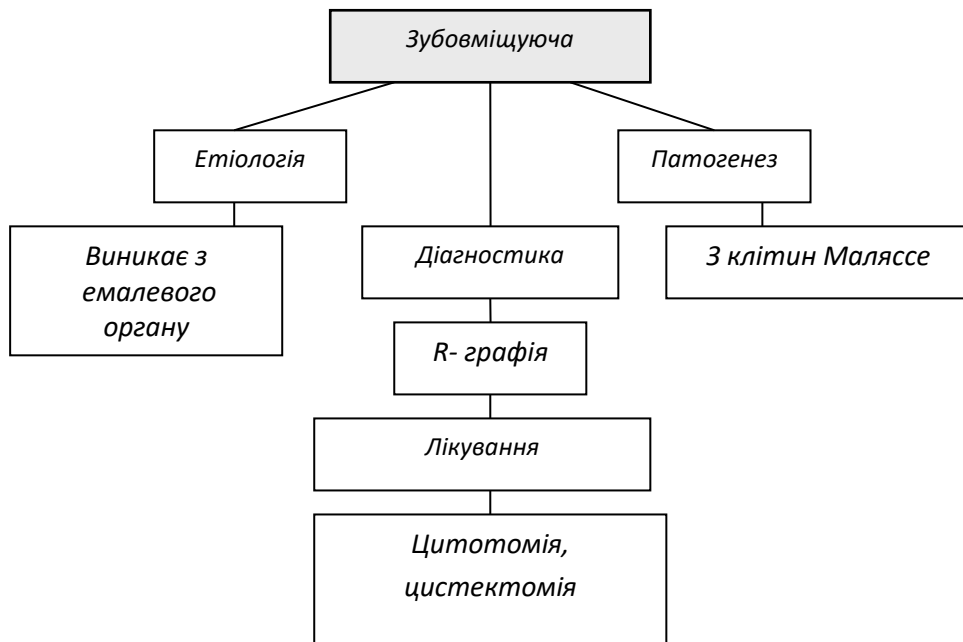
1. Дати загальну характеристику одонтогенним епітеліальним пухлинам.
2. Які пухлини ми відносимо до одонтогенних епітеліальних кіст щелеп.
3. Ускладнення, які виникають при одонтогенних епітеліальних кістах. Перерахувати їх.

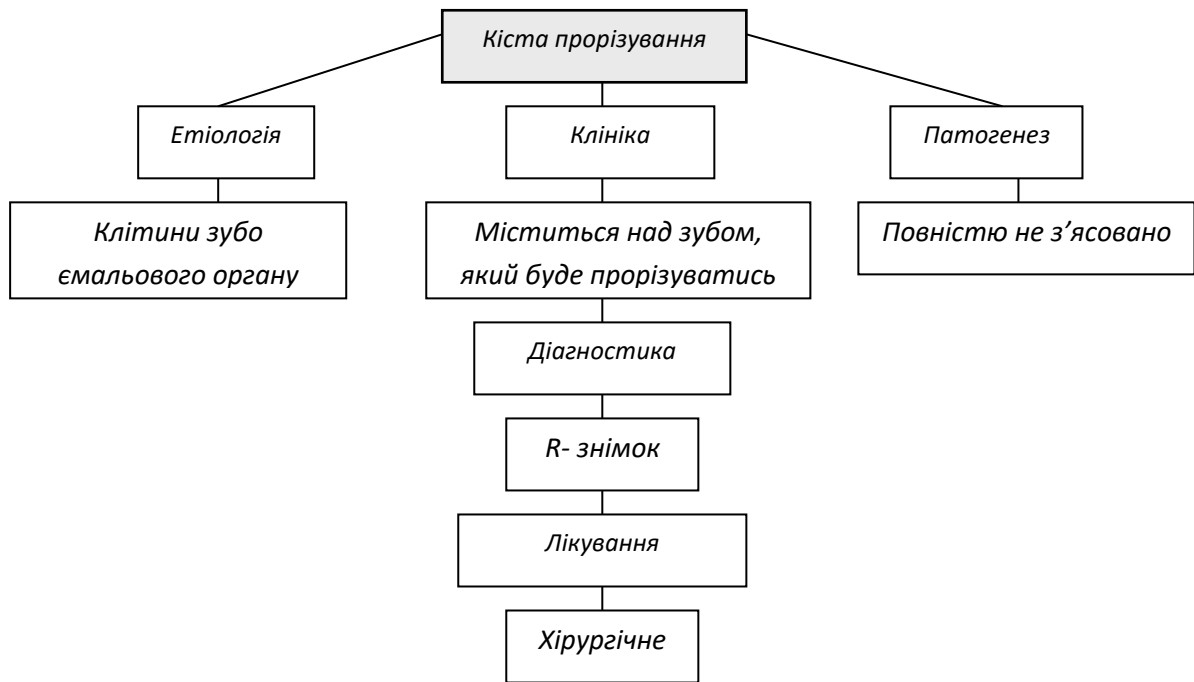
### 4.3. Практичні роботи (завдання), які виконуються на занятті:

1. Провести курацію хворого з одонтогенною кістою щелеп.
2. Підібрати інструментарій для проведення оперативного втручання цистотомії та цистектомії, вибрати оптимальний спосіб знеболення.

## 5. ЗМІСТ ТЕМИ:







### **Радикулярна кіста**

Етіологія: причиною є запальний процес в щелепі білякореневої ділянці зуба.

Клініка:Росте повільно роками,безболісно довготривалий час не помітно для хворого. При збільшенні кісти за рахунок накопичення в ній продуктів розщеплення та трансудату з судин оболонки кісти.

При витонченні кістки відмічається признак «пергаментного хрусту» вперше описаний Дюпоитреном.В місцях повного розсасування кістки відмічається флюктуація.При аспірації вмісту кісти шприцем отримуємо рідину світло-жовтого кольору а іноді буроватого.В ній вміщається холестерин, який добре видно під мікроскопом, а при вісиханні прстим глазом. Розміри кісти різні з горошину і до курячого яйця.

### **Фолікулярна (білякоронкова) кіста**

Походження кісти відбувається перша група в зв'язку з довготривалим хронічним запаленням біля коренів прорізавашихся молочних або постійних зубів. Друга група розвитком зубного фолікула,

Клінічна картина схожа з радикулярною кістою.Диференційна діагностика ґрунтується на даних рентгенівського знімку, в якій в порожнині знаходиться зуб який повністю сформований.

### **Ретромолярна (парадентарна) кіста**

Розташовується в ділянці вугла нижньої щелепи.Походження їх пов'язане з хронічним запальним процесом в блязубних тканинах та утрудненим прорізуванням зуба мудрості.

**Гінгівальна кіста** – інша назва “залоза Серра”, “перлина Епштейна”. Частіше виявляється у дітей та в похилому віці. Перебіг без симптомів. Батьки дітей приймають її за передчасно прорізавашийся зуб. Об'єктивно у вигляді білісуватої, округлої, щільної, з перламутровим відтінком утворення. Не потребує спеціального лікування.

Одонтогенні пухлини, новоутворення та пухлиноподібні процеси відносяться до органоспецифічних та зустрічаються тільки у щелепних кістках. Гістогенез таких захворювань пов'язаний з тканинами з яких формується зуб.

Відповідно МКХО (серія № 5), одонтогенні пухлини діляться на наступні групи та окремі види новоутворень..

Диференційну діагностику проводять з кістозною формою адамантиноми, фолікулярною кістою, одонтогенною фібромою, м'якою одонтомою, гострим та хронічним гайморитом, абсцесом та флегмоною, раком та саркомою.

Лікування хірургічне. У 1892 і 1910 роках Партч запропонував дві методи – цистотомію (Партч – I) та цистоектомію (Партч – II).

Цистотомія використовується дуже рідко, суть її в тому, що із порожнини кісти створюється додаткова бухта порожнини рота. Ця операція показана при наявності кісти великих розмірів, видалення якої загрожує пораненням судин чи нервів, чи переломом нижньої щелепи. Крім того вона використовується у пацієнтів похилого віку, слабких хворих, у дітей з молочним прикусом . Її перевагами є простота, незначна травматизація, виключення можливості рецидиву. Недоліком цистотомії є тривалий термін наявності порожнини.

Цистоектомія – повне видалення оболонки кісти з подальшим зашиванням рани наглухо. Переваги операції в тому, що при ній відсутня необхідність тривалого післяопераційного догляду за раною. В можливості заскорення репаративних процесів.

Недоліками операції є випадкова травматизація судин та нервів, проникнення в гайморову порожнину, можливість рецидиву процесу, пошкодження сусідніх зубів.

## **6. МАТЕРІАЛИ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ:**

### **А. Завдання для самоконтролю:**

1. Схеми оперативного втручання при цистотомії та цистектомії.
2. Рентгенограми пацієнтів з одонтогенними кістами щелеп.
3. Фото пацієнтів з одонтогенними кістами щелеп.

### **Б. Задачі для самоконтролю:**

1. При рентгенологічному обстеженні на рентгенограмі в проекції верхівки кореня 27 зуба спостерігається деструкція кісткової тканини круглої форми з чіткими рівними краями розміром 0,7x0,7 см.

Поставте діагноз.

(Відповідь: кістогранульома)



2. При огляді хворого виявлено деформацію альвеолярного відростка верхньої щелепи в межах 22,24 зубів. 23 зуб відсутній. Перехідна складка в межах цих зубів згладжена, слизова оболонка блідо-рожевого кольору, при пальпації щільної консистенції, не болюча. На рентгенограмі 22, 24 зубів відмічається деструкція кісткової тканини округлої форми з чіткими рівними кордонами. В проекції цієї деструкції знаходиться коронка зуба.

Поставте діагноз.

(Відповідь: фолікулярна кіста)

3. Чоловік 35 років звернувся зі скаргами на потовщення альвеолярного відростка верхньої щелепи. Попередній діагноз: радикарна кіста верхньої щелепи.

Що буде виявлено під час пункції альвеолярного відростка в області “потовщення” у пункті?

(Відповідь: жовтувата рідина)

### **В. Матеріали для тестового контролю. Тестові завдання з одиничною правильною відповіддю (α=II):**

1. Яку назву має ясенева кіста в інших джерелах?

A. «Перлина Епштейну».

B. Адамантинома.

C. Періостальна кіста.

D. Парадентарна кіста.

E. Фолікулярна кіста.

(Правильна відповідь: A)

2. Коли з'являється парадентарна кіста?

A. В похилому віці.

B. В молодому віці.

C. На беззубій щелепі.

D. У немовлят.

E. У підлітків.

(Правильна відповідь: B)

3. Кісти прорізування клінічно знаходяться:

A. На апікальній частині зуба.

B. Між зубами.

C. Під зубом.

D. В тілі щелепи.

E. В гілці щелепи.

(Правильна відповідь: C)

### **Г. Навчальні задачі 3-го рівня (нетипові задачі):**

1. У пацієнта К., 34 років, встановлено діагноз радикальна кіста верхньої щелепи, що проросла в гайморову пазуху.

Як називається оперативне втручання при цій патології?

(Відповідь: радикальна гайморотомія за Калдвелом-Люком)

2. В клініку звернулася мама немовляти 6 місяців. У дитини встановлено діагноз – ясенева кіста.

Яка тактика лікаря?

(Відповідь: пояснити мамі, що патологія не потребує лікування)

3. В пацієнта, 34 років, виявлено парадентарну кісту кута нижньої щелепи зліва до 5 см в діаметрі.

Яке можливе ускладнення під час її видалення?

(Відповідь: перелом нижньої щелепи)

### **7. ЛІТЕРАТУРА:**

#### **Основна література:**

1. Бернадський Ю.Й. Основи щелепно-лицевої хірургії і хірургічної стоматології. К. Спалах, 2003.- 512 с.

2. Маланчук В.О., Копчак А.В. Доброякісні пухлини та пухлиноподібні ураження щелепно-лицевої ділянки та шиї / Навчальний посібник. – К.: Видавничий дім «Асканія», 2008. – 320 с.

3. Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии: В 2-х томах. / Под ред. В.М.Безрукова, Т.Г.Робустовой. - Изд. 2-е, перераб. и доп. - М.: Медицина, 2000. - 776 с.

4. Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. - К.: Червона Рута-Турс, 2004. - 1061 с.

5. Хирургическая стоматология в схемах и таблицах: Учеб. пособие для студентов и врачей-интернов / Г.П.Рузин, А.А. Дмитриева - Харьков: ХГМУ, 2001. - 108 с.

6. Хирургическая стоматология: Учебник / Под ред.Т.Г. Робустовой. - М.: Медицина, 1999. - 576 с.

**Додаткова література:**

1. Губайдулина Е.Я., Цегельник Л.Н. Опухоли, опухолеподобные поражения и кисты лица, органов полости рта, челюстей и шеи // Хирургическая стоматология . - М.: Медицина, 1996. - С.512-624.

2. Коротный Д.Л. Зубные кисты: Казахстан, Алма-Ата, 1972. - 141 с. Солнцев А.М., Колесов В.С. Кисты челюстно-лицевой области и шеи. - К., 1982. - 96 с.

Міністерство охорони здоров'я України  
Вищий державний навчальний заклад України  
Сумський державний університет  
Медичний інститут

«Затверджено»  
на засіданні кафедри  
стоматології

Завідувач кафедри  
д. мед. н. Лахтін Ю.В.

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ  
ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ  
ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ДО ПРАКТИЧНОГО  
(СЕМІНАРСЬКОГО) ЗАНЯТТЯ

Навчальна дисципліна	Хірургічна стоматологія
Модуль №	3
Змістовний модуль №	3
Тема заняття	Первинна кісткова остеогенна пухлина остеобластокластома. Остеогенні кісткові пухлини: остеома, остеодіостеома, хондрома, остеохондрома, фіброостеома. Клініка, діагностика, диференційна діагностика, лікування.
Курс	IV
Факультет	Стоматологічний

## 1. АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ.

Доброякісні остеогенні пухлини - досить часта патологія щелепно-лицевої ділянки. Локалізація, форма, структура, перебіг і розміри різноманітні. В залежності від їх структурних особливостей, локалізації, форми, віку хворих рекомендується те чи інше лікування. Знання усіх видів та морфологічних форм остеогенних пухлин дозволить студентам правильно діагностувати їх та призначити відповідне лікування.

## 2. КОНКРЕТНІ ЦІЛІ:

- 2.1. Аналізувати розповсюдженість кісткових пухлин обличчя.
- 2.2. Пояснювати причини виникнення остеогенних новоутворень щелепно-лицевої ділянки
- 2.3. Запропонувати нові підходи в діагностиці доброякісних пухлин голови та ший.
- 2.4. Класифікувати остеогенні доброякісні пухлини щелепно-лицевої ділянки.
- 2.5. Тракувати дані рентгенологічних та патоморфологічних досліджень остеогенних пухлин голови та ший.
- 2.6. Малювати схеми обстеження пацієнтів з остеогенними пухлинами щелепно-лицевої ділянки.
- 2.7. Проаналізувати вірогідність малігнізації остеогенних пухлин голови та ший.
- 2.8. Скласти план обстеження та лікування хворих з остеогенними пухлинами щелепно-лицевої ділянки.

## 3. БАЗОВІ ЗНАННЯ, ВМІННЯ, НАВИЧКИ, НЕОБХІДНІ ДЛЯ ВИВЧЕННЯ ТЕМИ (міждисциплінарна інтеграція).

Назви попередніх дисциплін	Отримані навички
1. Анатомія людини.	Знати анатомію щелепно-лицевої ділянки, кровопостачання та іннервацію м'язів голови та ший. Визначити анатомічну ділянку щелепно-лицевого регіону.
2. Гістологія та патоморфологія.	Знати гістологічну будову та морфологічну структура патологічно-змінених тканин. Розпізнавати патологічно змінені тканини. Вміти взяти матеріал для патоморфологічного дослідження.
3. Патологічна фізіологія.	Знати етіологію та патогенез захворювань, обмін речовин в патологічно змінених тканинах. Визначити етіологію та патогенез остеогенних пухлин голови та ший.
4. Загальна хірургія.	Знати методи обробки рук хірурга. Вміти накладати шви на тканини.

## 4. ЗАВДАННЯ ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ДО ЗАНЯТТЯ

### 4.1. Перелік основних термінів, параметрів, характеристик, які повинен засвоїти студент при підготовці до заняття:

Термін	Визначення
1. Остеогенний.	Це той, що походить з кісткової тканини.
2. Хондрогенний.	Це той, що походить з хрящової тканини.
3. Бура пухлина.	Це остеобластокластома.

### 4.2. Теоретичні питання до заняття:

1. Етіологія та патогенез остеогенних пухлин ЩЛД.
2. Класифікація остеогенних пухлин голови та ший.
3. Клінічна картина остеобластокластоми та остеогенних кісткових пухлин.
4. Діагностика та диференційна діагностика остеобластокластоми та остеогенних кісткових пухлин.
5. Лікування остеобластокластоми та остеогенних кісткових пухлин ЩЛД.

### 4.3. Практичні роботи (завдання), які виконуються на занятті:

1. Курація хворих з остеогенними пухлинами щелепно-лицевої ділянки.

2. Трактування рентгенограм та результатів патоморфологічних досліджень хворих з остеогенними пухлинами щелепно-лицевої ділянки.

## 5. ЗМІСТ ТЕМИ:

Остеобластокластома - доброякісна пухлина, що пошкоджує різноманітні кістки скелета. Термін «гігантоклітинна пухлина» запропонував Бледгуд (1912), Стоарт (1922) назвав її «остеокластоною», А.В.Русаков (1924) – «остеобластокластоною» у відповідності з клітинним складом, який її утворює. На сьогодні її вважають істинною пухлиною, яка, за даними клініки хірургічної стоматології ММСІ, складає 30% всіх кісткових новоутворень. Жінки хворіють у 2 рази частіше.

Початкова симптоматика непомітна, але з часом виникає набухання ділянки щелепи, рухомість зубів у межах пухлини, спостерігається асиметрія обличчя. Пухлина збільшується повільно, безболісно.

Рентгенологічно визначають три різновиди пухлини – коміркову, яка нагадує амелобластому, кістозну, літичну форму, притаманну дітям та людям молодого віку. Для останньої форми характерна безструктурна ділянка розрідження з руйнуванням кортикального прошарку щелепи. На рентгенограмі вона нагадує саркому.

Для морфологічної верифікації проводять пункцію новоутворення. Пунктат являє собою кров'янисто-буру рідину, в якій відсутній холестерин. Цитологічне дослідження виявляє для пухлини типову картину клітинного складу. В сумнівних випадках проводять біопсію.

Макроскопічно пухлина представлена м'якотканними новоутворенням з розгалуженою сіткою кровоносних судин, які кровоточать.

Лікування – видалення пухлини в межах здорових тканин. При наявності показань резекцію проводять одномоментно з кістковою пластикою.

Прогноз для життя обнадійливий.

Остеома – доброякісна пухлина з кісткової тканини. В залежності від структури, розрізняють губчасті та компактні остеоми. Вони можуть мати периферичне і центральне розташування. Периферичні (зовнішні) остеоми макроскопічно нагадують собою горбкуваті екзостози. Центральні або внутрішні остеоми розташовані в кістці щелеп. Остеоми щелеп порівняно докладно описані в літературі і являють собою найбільш вивчену групу первинних пухлин щелепних кісток. Частіше зустрічаються на язиковій поверхні нижньої щелепи та в навколоносових пазухах, а також в ділянці верхніх щелеп, лобній пазусі, гратчастому лабіринті, основній кістці.

Клініка остеом мало виражена. Порівняно з іншими пухлинами щелепних кісток остеоми ростуть повільно, протягом багатьох років, а то і десятиліть. Розвиваючись з кістки щелепи, остеоми викликають поступове потовщення відповідної ділянки, приводячи до деформації щелепи, естетичних та функціональних порушень. Не дивлячись на великі розміри пухлина не викликає хворобливих проявлень. Симптоматика визначається локалізацією, розмірами та напрямком росту пухлини. Так, остеоми верхньої щелепи, що ростуть у її порожнину, можуть викликати екзофтальм, невралгію 1 гілки трійчастого нерву, сльозотечу, диплопію, звуження поля зору, зниження гостроти зору, асиметрію обличчя. Можуть спостерігатися явища застою на дні ока у зв'язку з тиском на нерв. Рінологічні симптоми виникають внаслідок закриття вивідних отворів додаткових порожнин носа і накопичення в них секрету, що призведе до утворення мукоцеле.

Остеоми щелепних кісток можуть викликати також порушення жувальної функції, а у випадку росту пухлини в ніс – порушення дихання.

При рості в лобну пазуху виникає атрофія її перегородки, пухлина заповнює обидві пазухи і тільки тоді може викликати узуру однієї із стінок. Розташовуючись у гратчастому лабіринті, остеома проростає в орбіту.

Остеома лобної кістки та гратчастого лабіринту при проростанні в передню черепну ямку може перфоровати тверду мозкову оболонку. Виникають ускладнення у вигляді абсцесу головного мозку та менінгіту. Рентгенологічна картина остеом залежить від їх будови та локалізації. Розташовуючись зовні від кістки, остеоми на рентгенограмі мають вигляд кулеподібного кісткового утворення, обмеженого по периферії кортикальною пластинкою, що є продовженням кортикальної пластинки щелепи. Остеоми мають губчасту або компактну будову. Пухлина розташована на ніжці або на широкій основі. В навколоносових пазухах, зокрема у верхньощелепних, остеома являє собою кулястої форми щільне кісткове утворення на ніжці.

При діагнозі остеом, у випадку її безсимптомності перебігу, хворий повинен знаходитись під динамічним наглядом з оглядом вповодж кожних 6 місяців. Оперативне втручання виконують лише при наявності патологічних симптомів, викликаних ростом остеом.

Синдром Гарднера – спадковий симптомокомплекс, що проявляється численними остеомами лицевих плоских та трубчастих кісток, дифузний поліпоз прямої та поперечної ободочної кишки, пухлинами м'яких тканин (ліпоми, фіброми, епітеліальні кісти). Зустрічаються також зверхкомплектні зуби, одонтоми. Враховуючи можливість малігнізації поліпів товстого кишечника, проводять диспансерне спостереження.

Гістологічне вивчення остеом показало, що кісткова речовина компактних остеом на має типових остеїдних структур і містить у собі невелику кількість вузьких центральних кісткових каналців.

Губчаста остеома побудована із сітки, розташованих нерегулярно кісткових трабекул з різним ступенем зрілості. Між трабекулами спостерігається клітинно-волокниста тканина. За своєю будовою губчаста остеома відповідає губчастій кістці, але відрізняється від нею відсутністю регулярного розташування кісткових балок. Губчасті остеомы розташовуються в щелепах частіше ніж компактні.

Діагностика. Губчасті остеомы частіше всього необхідно диференціювати з фіброзною дисплазією, що іноді навіть при гістологічному дослідженні зробити важко. Останні відрізняються від остеом переважаною більшістю фіброзної остеогенної тканини і невеликою кількістю примітивних кісткових трабекул. Крім того, при диференційній діагностиці слід мати на увазі реактивні гіперостози непухлинного походження та осифікуючий міозит.

Прогноз при остеомах сприятливий, пухлина не набуває злоякісного характеру.

Лікування остеом тільки хірургічне. Оскільки остеомы мають дуже повільний, роками, доброякісний, безсимптомний перебіг, хворі не потребують спеціального лікування. Операція показана лише у тих випадках, коли виникають естетичні або функціональні порушення. Оперативне втручання включає висічення пухлин у межах здорової кістки.

Остеїд-остеома.

Під час рентгенологічного дослідження хворих з невралгією трійчастого нерва та іншими больовими синдромами обличчя у кістці нижньої щелепи іноді, виявляються поодинокі осередки ущільнення кулястої форми діаметром не більше 1 см. Після видалення такого осередку болі зникають. На відміну від пухлини кісток остеїд-остеома щелепних кісток спостерігаються, як правило, у людей більш зрілого віку.

Клінічна картина. Хворі скаржаться на біль. Але при ураженні щелеп цей симптом властивий не тільки остеїд-остеоми. Скарги хворих з остеїд-остеомою нижньої щелепи однотипні. При відсутності деформації болі мають локальний характер, ниючий, крутячий або колючий, то постійний, то приступоподібний з короткими ремісіями. Частіше болі найбільш інтенсивні вночі. Ці болі не виникають раптово, настає поступове нашарування різноманітних мало виражених відчуттів, які з часом переходять в чітко виражений больовий синдром. Нерідко болі посилюються під час їди, особливо при локалізації пухлини у кортикальному шарі альвеолярної частини нижньої щелепи. Механізм болі при остеїд-остеоми пов'язують із склерозом навколишньої кісткової тканини, у ділянці пухлини. Інші автори вважають, що біль є результатом реактивного склерозу кістки та запальних змін окістя. При розташуванні остеїд-остеоми в губчастім прошарку слизова оболонка альвеолярного відростку та навколишніх м'яких тканин нижньої щелепи не має зовнішніх змін. При локалізації у кортикальному прошарку альвеолярної частини та рівні розташування остеїд-остеоми можна спостерігати незначне почервоніння слизової оболонки. При пальпації ділянки ураження визначається нерізко виражена припухлість.

Рентгенологічна картина остеїд-остеоми нижньо-щелепної кістки характерна, особливо в пізніх стадіях хвороби. В нижній щелепі пухлина, як правило, розташовується в її бокових відділах, уражаючи кортикальний прошарок або губчасту речовину. На початкових стадіях хвороби остеїд-остеома на рентгенограмах виявляється у вигляді нечіткого, неправильного, кулеподібної форми осередку деструкції діаметром 0,5 – 1 см в кістковій тканині альвеолярної частини або тіла нижньої щелепи. Навколо осередку деструкції навколишня кістка склерозована.

Мікроскопічна картина в різні періоди розвитку остеїд-остеоми різна. На початку захворювання пухлина складається з мезенхімальної тканини, дуже багата клітинами та судинами і має остеопластичну функцію. Серед одноядерних клітин типу остеобластів, оточуючих остеїдну речовину, іноді зустрічаються багатоядерні клітини типу остеокластів. Пізніше, по мірі

розвитку хвороби, ділянка остеїдної тканини, так зване “гніздо”, обвапнюється і перетворюється в утворення, що складається з густо переплетених, грубих кісткових балок, а в кінцевих стадіях процесу має вигляд остеоми.

Лікування остеїд-остеоми хірургічне. Виділяють гніздо пухлини із склеротичними ділянками навколишньої тканини. Можливі рецидиви.

**Хондрома.**

Це доброякісна пухлина, яка характеризується утворенням зрілого хряща. Локалізується найчастіше у передньому відділі верхніх щелеп у вигляді ізольованого солітарного вузла. Рідкісні випадки – утворення пухлини на нижній щелепі. Є два види хондроми: енхондрома – розташована центрально в глибині щелепи та екхондрома – периферично, періостально або юкстакортикально, що росте за межі щелепи. Росте хондрома повільно. Периферична форма проявляється у вигляді бугристого, щільного на дотик, безболісного утворення зв'язаного з кісткою, межі чіткі. Енхондрома розвивається непомітно в глибині кістки, призводить до рухливості та зміщення зубів у різні боки. Діагностується значно пізніше, коли пухлина, зруйнувавши кістку, проростає назовні. Слизова оболонка не змінюється. При довготривалому існування можливе перетворення хондроми в злоякісну хондросаркому.

Рентгенологічно хондрома не завжди має чітку характерну картину, що пов'язано з її неоднорідною структурою і тим, що вона нашаровується на інші кісткові утворення верхньої щелепи. Рентгенологічно: вогнище деструкції кісткової тканини з чіткими межами, є ділянки ущільнення та розрідження кісткової тканини.

Діагноз. Диференціюють хондрому від остеофіброми, амелобластичної фіброми. Макроскопічно хондрома має вигляд хрящового утворення щільної консистенції з ділянками міксоматозу та некрозу. Мікроскопічно вона складається з гіалінового хряща, в якому нерівномірно розташовані хрящеві клітини. Відсутність поліморфізму та мітозів відрізняє її від хондросаркоми.

Лікування. Оперативне.

Прогноз. Для життя сприятливий в разі своєчасного видалення пухлини.

**Остеохондрома (кістково-хрящевий екзостоз).** Це доброякісне утворення, покрите хрящем, локалізується на суглобній голівці нижньої щелепи. Описують його під різноманітними назвами: гіпертрофія, гіперплазія, остеома суглобної голівки. Зустрічається рідко, складає 3,4 % серед кісткових новоутворень.

У початковому періоді захворювання виникають хрускіт або неприємні відчуття в ділянці одного скронево-нижньощелепного суглоба. Поступово (протягом 1-2 років) розвивається і наростає деформація обличчя за рахунок зсуву нижньої щелепи в неуразену сторону, відзначається вибухання кісткового характеру в ділянці ураженого суглоба, не пов'язане зі шкірою, безболісне, обмежене. Порушується прикус, стають утрудненими відкушування і пережовування їжі. При відкриванні рота зміщення щелепи збільшується. На рентгенограмі в прямій і бічній проєкціях визначають деформацію і збільшення голівки нижньої щелепи за рахунок пухлини кісткового характеру.

Диференціальну діагностику проводять з остеоартрозом, вивихом нижньої щелепи, іншими пухлинами суглобового відростка.

Лікування. Резекція частини голівки нижньої щелепи з новоутворенням.

Прогноз для життя сприятливий.

**Фіброостеома (осифікуюча фіброма)** – це доброякісна пухлина, зустрічається тільки в щелепних кістках. Клінічно та рентгенологічно вона схожа з фіброзною дисплазією. Відрізняється від неї тільки чіткими межами і наявністю капсули. Раніше вона розглядалась як осередкована форма фіброзної дисплазії. Фіброостеоми диференціюють від десмопластичної фіброми, амелобластичної фіброми, доброякісної цементобластоми.

Лікування - видалення пухлини з капсулою.

Прогноз для життя сприятливий.

## **6. МАТЕРІАЛИ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ:**

### **А. Завдання для самоконтролю:**

1. Фото хворих з остеогенними пухлинами ЩЛД.
2. Рентгенограми хворих з остеогенними пухлинами щелепно-лицевої ділянки.

### **Б. Задачі для самоконтролю:**

1. Чоловікові 48 років під час санації порожнини рота зроблений рентгенівський знімок нижньої

щелепи. Виявлена деструкція кісткової тканини з рівними чіткими межами в ділянці кута нижньої щелепи, не пов'язана з коренями зубів. При діагностичній пункції отриманий ексудат коричневого кольору, без кристалів холестерину.

Який попередній діагноз?

(Відповідь: остеобластокластома)

2. Хвора 35 років скаржиться на біль в зубах та утовщення тіла нижньої щелепи. Об'єктивно: лице хворої асиметричне за рахунок утовщення нижнього відділу лівої щоки. 36 зуб відсутній. Коронки 35 і 37 конвергують. Ліва половина тіла нижньої щелепи веретеноподібно вздута, пальпаторно - досить тверда, поверхня її гладка, безболісна. На рентгенограмі лівої половини нижньої щелепи в ділянці тіла - зона деструкції у вигляді багатьох дрібних колоподібних порожнин, відокремлених одна від одної кістковими перемичками. малюнок має дрібноячеїстий характер. Корені 35, 36 зубів резорбовані на 1/3 своєї довжини. При пункції – рідина бурого кольору.

Який найбільш імовірний діагноз?

(Відповідь: остеобластокластома тіла нижньої щелепи)

3. Хворий 24 років, скаржиться на пухлину, що збільшується, в ділянці тіла нижньої щелепи справа. Хворіє протягом 5 місяців. При огляді: в ділянці кута нижньої щелепи є здуття. Регіонарні лімфатичні вузли не збільшені. На рентгенограмі визначається деструкція кісткової тканини на рівні 46, 47, 48 зубів і в ділянці гілок, із чіткими контурами, у вигляді окремих порожнин з кістковими перегородками. Корені 46, 47, 48 зубів резорбовані.

Поставте попередній діагноз.

(Відповідь: остеобластокластома нижньої щелепи праворуч)

#### **В. Матеріали для тестового контролю. Тестові завдання з одиничною правильною відповіддю (α=II):**

1. При пункції остеобластокластоми отримують.

A. Жовтувату рідину.

B. Кров.

C. Буру рідину.

D. Прозору рідину.

E. Гнійний ексудат.

(Правильна відповідь: C)

2. Які кістки лицевого скелету частіше вражає хондрома?

A. Кістки носу.

B. Нижню щелепу.

C. Верхню щелепу.

D. Лобні кістки.

E. Виличні кістки.

(Правильна відповідь: C)

3. Де локалізується остеохондрома?

A. Шийні хребці.

B. Піднебінний шов.

C. Голівка СНЦС.

D. Носова перетинка.

E. Орбіта.

(Правильна відповідь: C)

#### **Г. Навчальні задачі 3-го рівня (нетипові задачі):**

1. На рентгенограмі у хворої виявлено вогнище деструкції кісткової тканини тіла нижньої щелепи розмірами 3x5 см в вигляді великої кількості малих порожнин різної величини та форми, що розділені перегородками. Під час пункції пухлини отримано буру рідину. Встановлено діагноз остеобластокластома.

Яка форма остеобластокластоми?

(Відповідь: коміркова)

2. Хвора П., 44 р. звернулася зі скаргами на припухлість обличчя в області нижньої щелепи справа, та рухомість зубів. М'які тканини не змінені, регіонарні лімфатичні вузли не пальпуються. Альвеолярний відросток та тіло нижньої щелепи в ділянці 46, 47, 48 зубів потовщені, при пальпації безболісне, горбисте, зуби в ділянці потовщення рухомі. При пункції було отримано



рідину бурого відтінку без кристалів холестерину.

Поставте попередній діагноз.

(Відповідь: остеобластокластома)

3. Жінка 56-ти років звернулася зі скаргами на безболісне новоутворення на альвеолярному гребні верхньої щелепи зліва. Під час огляду: на ясні в ділянці премалярів яскраво-червона пухлина, що розташована по обох боках альвеолярного гребня, пухлина на широкій основі, щільно-еластичної консистенції, безболісна.

Який найбільш вірогідний діагноз?

(Відповідь: периферійна остеобластокластома)

## **7. ЛІТЕРАТУРА:**

### **Основна література:**

1. Бернадський Ю.Й. Основи щелепно-лицевої хірургії і хірургічної стоматології. К. Спалах, 2003.- 512 с.

2. Маланчук В.О., Копчак А.В. Доброякісні пухлини та пухлиноподібні ураження щелепно-лицевої ділянки та шиї / Навчальний посібник. – К.: Видавничий дім «Асканія», 2008. – 320 с.

3. Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии: В 2-х томах. / Под ред. В.М.Безрукова, Т.Г.Робустовой. - Изд. 2-е, перераб. и доп. - М.: Медицина, 2000. – 776 с.

4. Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. - К.: Червона Рута-Турс, 2004. - 1061 с.

5. Хирургическая стоматология в схемах и таблицах: Учеб. пособие для студентов и врачей-интернов / Г.П.Резин, А.А. Дмитриева - Харьков: ХГМУ, 2001. - 108 с.

6. Хирургическая стоматология: Учебник / Под ред.Т.Г. Робустовой. - М.: Медицина, 1999. - 576 с.

### **Додаткова література:**

1. Губайдулина Е.Я., Цегельник Л.Н. Опухоли, опухолеподобные поражения и кисты лица, органов полости рта, челюстей и шеи // Хирургическая стоматология . - М.: Медицина, 1996. – С.512-624.

Міністерство охорони здоров'я України  
Вищий державний навчальний заклад України  
Сумський державний університет  
Медичний інститут

«Затверджено»  
на засіданні кафедри  
стоматології  
Завідувач кафедри  
д. мед. н. Лахтін Ю.В.

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ  
ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ  
ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ДО ПРАКТИЧНОГО  
(СЕМІНАРСЬКОГО) ЗАНЯТТЯ

Навчальна дисципліна	Хірургічна стоматологія
Модуль №	3
Змістовний модуль №	3
Тема заняття	Пухлиноподібні ураження щелеп: фіброзна дисплазія, херувізм, хвороба Енгля-Реклінгаузена, хвороба Педжета, еозинофільна гранульома. Клініка, діагностика, диференційна діагностика, лікування.
Курс	IV
Факультет	Стоматологічний

## 1. АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ.

Пухлино подібні ураження щелеп є досить мало поширеною патологією щелепно-лицевої ділянки, що однаково часто зустрічаються у чоловіків та жінок різного віку. Дана група захворювань має різноманітну, часто схожу клінічну картину, що потребує ґрунтовних знань майбутніх лікарів питань їх етіології, клініки, діагностики та лікування.

## 2. КОНКРЕТНІ ЦІЛІ:

- 2.1. Аналізувати спільність виникнення пухлиноподібних уражень щелеп.
- 2.2. Пояснювати особливості клінічного перебігу пухлиноподібних уражень щелеп.
- 2.3. Запропонувати нове бачення розповсюженості пухлиноподібних уражень щелеп.
- 2.4. Класифікувати пухлиноподібні ураження щелеп.
- 2.5. Трактувати дані рентгенографії, цитограм та даних гістологічного дослідження при пухлиноподібних ураженнях щелеп.
- 2.6. Малювати схеми обстеження хворих з пухлиноподібними ураженнями щелеп.
- 2.7. Проаналізувати особливості диференційної діагностики пухлиноподібних уражень щелеп.
- 2.8. Скласти план обстеження та лікування хворих з пухлиноподібними ураженнями щелеп.

## 3. БАЗОВІ ЗНАННЯ, ВМІННЯ, НАВИЧКИ, НЕОБХІДНІ ДЛЯ ВИВЧЕННЯ ТЕМИ (міждисциплінарна інтеграція).

Назви попередніх дисциплін	Отримані навички
1. Нормальна анатомія.	Знати будову кісток лицевого скелету.
2. Гістологія.	Знати гістологічну будову кісток лицевого скелету.
3. Патологічна анатомія.	Знати патологоанатомічну характеристику пухлино подібних уражень щелеп та спосіб забору матеріалу для патогістологічного дослідження.
4. Топографічна анатомія та оперативна хірургія.	Знати топографічну анатомію щелепно-лицевої ділянки. Принципи оперативних доступів до різних відділів щелепно-лицевої ділянки. Вміти поставити топічний діагноз. Орієнтуватися у виборі оперативних доступів при лікуванні пухлиноподібних уражень щелеп.

## 4. ЗАВДАННЯ ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ДО ЗАНЯТТЯ

### 4.1. Перелік основних термінів, параметрів, характеристик, які повинен засвоїти студент при підготовці до заняття:

Термін	Визначення
1. Остеодистрофія.	Це порушення структури кістки.
2. Хвороба Педжета.	Це деформуюча остеодистрофія.
3. Деформація.	Це зміна форми органа.

### 4.2. Теоретичні питання до заняття:

1. Анатомія кісток лицевого скелету.
2. Ембріогенез та гістологічна будова кісток обличчя.
3. Теорії походження пухлиноподібних уражень щелеп.
4. Гістологічні та клінічні класифікації пухлиноподібних уражень щелеп.
5. Клінічна картина пухлиноподібних уражень щелеп.
6. Діагностика та диференційна діагностика пухлиноподібних уражень щелеп.
7. Методи лікування доброякісних пухлин та кіст слинних залоз.
8. Прогноз та ускладнення під час та після лікування пухлиноподібних уражень щелеп.

### 4.3. Практичні роботи (завдання), які виконуються на занятті:

1. Описати рентгенограми хворих з пухлиноподібними ураженнями щелеп.
2. Повести практичний тренінг з курації хворих з пухлиноподібними ураженнями щелеп (ролева гра "Лікар-пацієнт").

## 5. ЗМІСТ ТЕМИ:

### ФІБРОЗНА ДИСПЛАЗІЯ

Вперше фіброзну остеодисплазію виділив В.Р. Брайцев в 1927 р., коли він представив чіткий опис морфологічної картини захворювання. До цього фіброзна дисплазія описувалася під різними назвами, частіше всього як фіброзна остеодистрофія, одностороння фіброзна остеодистрофія, фіброкістозна хвороба, фіброостеома та ін. У 1938 р. Lichtenstein підтвердив дослідження В.Р. Брайцева, і тому тепер цей процес іменується як пухлина Брайцева-Ліхтенштейна.

У класифікації А.А. Колесова фіброзна дисплазія віднесена до розряду остеогенних пухлиноподібних утворень, а Т.П. Виноградової — до доброякісних пухлин.

За даними щелепний-лицьової клініки Московського медичного стоматологічного інституту (А.А. Колесов, 1964), фіброзна дисплазія зустрічається у 7.8% хворих з ураженням щелеп пухлинами і пухлиноподібними утвореннями.

Патогенез остаточно не з'ясований. На думку В.Р. Брайцева (1927), Lichtenstein (1938, 1942), Jaffe (1942), в основі фіброзної остеодисплазії лежить порушення нормального процесу кісткоутворення, що полягає в тому, що на певній стадії розвитку мезенхіма диференціюється не в кісткову тканину, а у фіброзну.

Клініка. Захворювання виявляється частіше всього в дитячому і юнацькому віці, рідко — у дорослих. Протікає протягом довгого часу приховано. Лише в поодиноких хворих зустрічаються больові відчуття. Нерідко захворювання виявляється в перші роки життя. У дітей спостерігаються випадки бурхливого, а також циклічного перебігу. Фіброзна дисплазія зустрічається в 3-4 рази частіше у жінок, чим у чоловіків. Частіше всього виявляється у вигляді монооссального або ж одностороннього поліоссального захворювання. Крім ураження діафізарних відділів трубчастих кісток, стегна, великоберцевої кістки, а також плечових, променевих кісток, локалізується в скелеті обличчя і мозкового черепа. На кінцівках проявляється болем, здуттям, деформацією або укороченням, кульгавістю. Кісткові розростання в мозковому і лицьовому черепі бувають односторонніми і тому спричиняють значну асиметрію обличчя. Улюбленої локалізації фіброзної дисплазії в щелепах немає. Сформований осередок на щелепі виглядає як кісткове здуття або нерівномірна горбистість кістки. Якщо «пухлина» локалізується біля краю орбіти, з'являється симптом випинання очного яблука з деформованою і звуженою очної ямки. Це призводить до одностороннього «левого» спотворення черепа. На нижній щелепі у дітей може мати місце як дифузне ураження всієї щелепи, так і ізольоване залучення в процес лише однієї суглобової головки. При ураженні нижньої щелепи функція її, як правило, не страждає, рот відкривається вільно, жування залишається безболісним.

В деяких випадках поліоссальної фіброзної остеодисплазії має місце (переважно у дівчаток) синдром Олбрайта, що характеризується наявністю не тільки кісткових змін, але і передчасним статевим дозріванням, пігментними плямами на шкірі, які створюють враження географічної карти. Локалізуються вони, головним чином, на животі, спині, сідницях, бічній поверхні тулуба, проміжності і стегнах. Shira з співавт. (1975) спостерігав фіброзну дисплазію нижньої щелепи з клінічними проявами у вигляді епізодичного росту пухлини, мимовільного болю, припухлості, лихоманки, збільшення ШОЕ. Антибіотикотерапія, що проводиться, давала тільки короточасний ефект. З осередків ураження висіяні грампозитивні мікроорганізми, які, на думку авторів, є флорою. Аналогічну картину ми спостерігали при фіброзній остеодисплазії гілок щелепи, коли батьки для лікування у дитини запалення в привушній області довгий час застосовували теплові процедури. У таких випадках надмірність теплових процедур може вести навіть до абсцедування, утворенню свища, після чого хворого починають помилково лікувати з приводу хронічного остеомиєліту гілки щелепи.

Діагноз. Рентгенологічна картина фіброзної дисплазії поліморфна. Це обумовлено тим, на якій фазі розвитку нормальної кістки наступило перекручення остеогенезу і який морфологічний компонент переважає у момент обстеження. Крім того, картина ураження залежить і від того, на якій щелепі (верхній або нижній) воно локалізується. Так, на нижній щелепі, особливо у дітей, частіше зустрічаються зміни комірчастого характеру на фоні збільшення і здуття кістки. Ці зміни можуть бути як одно-, так і двосторонніми, симетричними. У одних випадках відмічається перевага нерівномірного ущільнення кістки, в інших — досить чітко обкреслений дефект кісткової речовини овальної форми або дифузне чергування ділянок ураження кісткової тканини з осередками ущільнення.

На верхній щелепі ураження завжди одностороннє, що частіше досягає значного ступеня щільності і облітерації верхньощелепної пазухи, аж до повного її зникнення. Проте можуть бути,

навпаки, випадки збільшення верхньощелепної пазухи і затемнення її, на фоні якого видно інтенсивнішу тінь що вдається в порожнину м'якотканинного утворення, іноді із замикаючою кістковою «шкаралупою» по його краю. На фоні диспластичних осередків розсмоктування коріння зубів не спостерігається. Визначувані іноді на рентгенограмі періостальні нашарування при дифузній формі дисплазії нижньої щелепи нерідко наводять на помилкову думку про остеогенну саркому або хронічний остеомієліт щелепи.

При всіх формах фіброзної остеодисплазії відсутні які-небудь загальні біохімічні зміни в організмі; зокрема, рівень кальцію і фосфору в плазмі крові, як правило, не змінюється. Лише у деяких хворих відмічено збільшення кальцію і зменшення фосфору крові.

Перебіг хронічний, тривалий, але доброякісний. Лише в деяких випадках спостерігається злякисне переродження патологічного осередку з перетворенням його у веретеноподібну, круглоклітинну, поліморфноклітинну саркому або фібросаркому.

Патологічна анатомія. Макроскопічно фіброзна дисплазія виглядає різноманітно; частіше всього має вид тканини, що кришиться, на зразок кісткових розм'якшених пластинок, між якими знаходиться сіра або бура м'яка тканина. У деяких хворих «пухлина» має сірий колір, пружну консистенцію або відрізняється м'ясистим виглядом; іноді тканина виглядає ослизненою і неомогенною. Мікроскопічно: розростання патологічної остеогенної тканини, в якій можуть переважати колагенові волокна з витягнутими клітинами типу фібробластів або ж рихло розташовані ніжні колагенові волокна із зірчастими або округлими клітинами. Серед них примітивно побудовані кісткові балочки, облямовані остеобластами, слабо звапновані, що зберігають примітивну структуру. Кількість їх може бути різним навіть у одного і того ж хворого в одній і тій же кістці — від одиничних до густої мережі типу остеомі. Все це дозволяє хірургу в одних випадках вичерпати ложкою змінену тканину, а в інших — вилущити із застосуванням деякого зусилля.

Диференціальний діагноз. Фіброзну дисплазію необхідно диференціювати з генералізованою фіброзною остеодистрофією (хвороба Енгеля-Реклінгаузена), остеобластокластоною, саркомою, кістами, хронічним остеомієлітом щелепи і ін. Перші два захворювання відрізняються, по-перше, тим, що при них має місце велика кількість остеокластів, остеокластична резорбція кістки, кров'яні «озера» і «заболочування кістки» з утворенням кіст; всього цього немає при фіброзній остеодисплазії. По-друге, генералізована фіброзна остеодистрофія розвивається в нормально розвиненій кістці, тоді як фіброзна дисплазія є природженим порушенням процесу кісткоутворення. У третій, при хворобі Енгеля-Реклінгаузена має місце гіперкальціємія.

Для остеогенної саркоми характерним є швидкий розвиток і руйнування кіркової речовини, а також періостальні розростання — поява «козирка Бредена» і спікул.

Хондросаркома хоч і протікає більш повільно, але локалізується частіше в передньому відділі верхньої щелепи і шейках суглобових відростків. Порівняно чітко і часто саркому (особливо остеогенну) можна виявити при застосуванні радіоіндикаційного методу дослідження, оскільки в ній активніше фіксується радіоактивний фосфор.

Одонтогенна кіста відрізняється Ясно-янтарним пунктатом з домішкою кристалів холестерину і чіткішими контурами дефекту на рентгенограмі.

Від хронічного остеомієліту щелепи фіброзну остеодисплазію відрізняє те, що при остеомієліті в анамнезі буде вказівка на гострий початок захворювання, що був, а дисплазія починається поволі, повільно прогресуючи, звичайно непомітно для хворого. Коли з'являється асиметрія обличчя в результаті диспластичного збільшення щелепи (звичайно у області гілки нижньої щелепи) на фоні деяких больових відчуттів, хворі (або батьки хворих дітей) застосовують теплові процедури, що призводить на початку до застійних, а потім — запальним явищам в шкірі і підшкірній основі, провокуючи цим постановку діагнозу остеомієліту щелепи. Проте, вказані особливості анамнезу про початок захворювання і типова для дисплазії рентгенологічна картина, за відсутності внутрішньоротових або зовнішніх свищів, допомагають встановити діагноз фіброзної остеодисплазії. Гістологічне дослідження розсіює всякі сумніви.

Лікування фіброзної остеодисплазії хірургічне — вискоблювання. Виниклий дефект щелепи поступово заміщається кістковою тканиною. Деякі автори при фіброзній дисплазії нижньої щелепи застосовують радикальну операцію, що полягає в частковій субперіостальній резекції нижньої щелепи з одночасною кістковою пластикою. Нам представляється це допустимим лише у дорослих хворих за умови різкої деформації обличчя. Променева терапія при фіброзній дисплазії позитивного результату не дає.

ХЕРУВІЗМ

Херувізмом називається один з різновидів диспластичної ураження нижньої щелепи, що характеризується симетричним здуттям кістки у області її обох кутів. В результаті цього обличчя набуває майже квадратну і одутло-округлу форму, подібну обличчю херувима.

Патогенез захворювання вивчений недостатньо, проте більшість авторів схильне відносити його за рахунок порушення кісткоутворення під впливом неврогенних і інкреторних факторів. Відмічається передача хвороби по спадку, що дало привід для появи вельми виразних синонімів: «сімейна полікістозна хвороба», «сімейна фіброзна дисплазія», «сімейна двостороння гігантоклітинна пухлина щелепи».

Клініка. Хвороба починається незабаром після народження або в 1.5-3 роки; розвивається повільно, безболісно, досягаючи чіткої картини до 15-18 місяців. Звичайно батьки і оточуючі не бачать патології, відносять деформацію обличчя за рахунок угодованості дитини.

В період статевого дозрівання хвороба прогресує, викликаючи больові відчуття, а після закінчення цього періоду процес припиняється, розміри кутів щелепи поступово зменшуються, обличчя набуває більш нормальних контурів. Процес може зазнати зворотний розвиток. За даними В.В. Рогинського, в половині випадків при херувізмі у дітей виявляється збільшення не тільки нижньої, але одночасно і верхньої щелепи.

Пальпаторно у області кутів нижній щелепі визначається куполоподібне здуття; внутрішня поверхня нижньої щелепи при цьому не змінюється.

Характерною особливістю херувізму є або порушення закладки зубних зачатків (що виявляється згодом в тій або іншій ступені вираженої адентією), або порушення термінів прорізування, форми і локалізації зубів, що вже прорізувалися.

Діагноз. Рентгенологічно визначається кістозну ураження щелепи (межі «кіст» з віком стають нечіткими, а число їх зменшується). Нижньощелепна кістка роздута, стоншена, а попереду кутів має нормальну структуру.

Гістологічно видно широкі поля клітинно-волокнистої фіброзної тканини, серед якої безліч вузликів із скупченням гігантських багатоядерних клітин типу остеокластів, що приводить нерідко до помилкової постановки діагнозу остеобластокластоми або гіперпаратиреоїдній фіброзній остеодистрофії. Проте на відміну від остеобластокластоми при херувізмі немає головного її компоненту — проліферуючих остеобластів. Якщо гістологічне дослідження проводиться у стадії зворотного розвитку херувізму, у області патологічного осередку видно утворення кісткових балочок, які з часом стануть могутнішими і замість диспластичний дефект в кістці.

Лікування консервативне: достатньо лише спостерігати за хворим, оскільки з віком хвороба регресує, обличчя набуває нормальної форми. У дитячому віці необхідна ортодонтична допомога; дорослим за показаннями виготовляються протези.

Прогноз. У дитячому віці хірургічна допомога неефективна, оскільки через 1-2 роки спостерігаються рецидиви. Проте іноді доводиться поступитися наполегливим вимогам хворих, яких турбує квадратна форма обличчя, і усувати деформацію хірургічним шляхом (через розрізи, що огинають кути щелепи).

### **ДЕФОРМУЮЧИЙ ОСТОЗ (ХВОРОБА ПЕДЖЕТА, ДЕФОРМУЮЧА ОСТЕОДИСТРОФІЯ)**

У 1877 р. Peget описав рідкісне і своєрідне захворювання скелета, яке вважав хронічним запальним процесом і назвав його osteitis deformans. Починаючи з робіт Stenholm (1924), це захворювання, як і хвороба Енгеля-Реклінгаузена, учені почали відносити не до запальних, а до остеодистрофічних процесів, вважаючи їх різновидами одного і того ж страждання. Проте в 1932 р. Schmort встановив, що ці захворювання повинні розрізнятися як в етіологічному, так і патологоанатомічному аспектах: при хворобі Педжета кісткова речовина має абсолютно іншу структуру, чим при хворобі Енгеля-Реклінгаузена.

Етіологія і патогенез хвороби Педжета з'ясовані недостатньо. Спроби пов'язати її з сифілітичною інфекцією, ревматизмом, ендокринними захворюваннями, травмою, антигенними впливами, конституціональною неповноцінністю скелета і його перевантаженням не одержали загального визнання. Достовірнішим слід визнати припущення А.В. Русакова про те, що хвороба Педжета відноситься до диспластичних процесів, близьких до пухлин, а можливо, і є своєрідною кістковою пухлиною. У основі такої точки зору лежать дані про безперервну функціональну перебудову кістки, в процесі якої відбувається не тільки руйнування, але і збільшення її, що нагадує ріст пухлини.

Мікроскопічна картина хвороби Педжета свідчить про посилену патологічну перебудову кістки: з'являється безліч так званих ліній склеювання, де процес розсмоктування кістки припиняється, а в подальшому відбувається напластування нової кісткової речовини. Нескінченна зміна цих двох процесів,

що протікають поза фізіологічними рамками, обумовлює характерну макро- і мікроструктуру уражених кісток. Розсмоктування відбувається за участю остеокластів; утворюються глибокі лакуни, кістковий мозок заміщається рихло-волокнистою тканиною, що зрослася з ендостом. Вміст органічної речовин в уражених кістках збільшене, а неорганічних — різко зменшено. На цьому фоні нерідко розвивається остеосаркома.

Клініка. Деформуючий остоз частіше спостерігається у чоловіків у віці понад 40 років, хоча виникає і значно раніше — в дитячому або юнацькому віці. Schmorr розрізняє дві форми хвороби Педжета: монооссальну і поліоссальну. На відміну від хвороби Енгеля-Реклінгаузена, при поліоссальній формі хвороби Педжета ніколи не вражаються всі кістки. Порушення звичайно обмежуються тими кістками, які несуть значне механічне навантаження: стегнова, великоберцева, хребет, кістки мозкового і лицьового черепа. При цьому уражені кістки піддаються різкій деформації. Зокрема, при ураженні лицьових кісток виникає типова деформація: потовщення виличних кісток, западіння перенісся, потовщення підборіддя. Обличчя набуває схожості з левою мордою, що дало підставу назвати цей стан як *leontiasis ossea*. При цьому можливий розвиток невралгії гілок трійчастого нерва.

При локалізації процесу в мозковому черепі відмічається головний біль, збільшення кола черепа, яке може досягти 70 см. Поступово мозковий череп нависає над лицевим. Обличчя здається маленьким, іноді виникає порушення психіки, сплутана свідомості.

Діагноз. На рентгенограмі кістки, ураженої хворобою Педжета, визначається безладне чергування порівняно щільних і розпушених ділянок, що нагадує мозаїку з пластівцевих ділянок, схожих з грудками вати. У ряді випадків можна бачити дрібні кістозні порожнини; кістка потовщена.

Диференціальний діагноз необхідно проводити з хворобою Енгеля-Реклінгаузена, сифілітичним ураженням і акромегалією лицьових кісток. У зв'язку з цим необхідно пам'ятати, що порушень загального характеру при хворобі Педжета не відмічається, зокрема немає змін в кількісному складі кальцію і фосфору крові, чим відрізняється це захворювання від хвороби Енгеля-Реклінгаузена.

При генералізованій остеодинтрофії, як і при хворобі Педжета, відбувається розсмоктування старої і утворення нової кістки; проте гістологічна різниця між ними істотна: при хворобі Педжета разом з розростанням сполучної і остеїдної тканин є гніздові осередки звапніння новоутвореної кістки, які обумовлюють деформацію і нерівний рельєф ураженої кістки. На відміну від гіпертиреїдної остеодинтрофії, при хворобі Педжета різко активізується остеопластична функція періоста. Крім того, слід мати на увазі те, що генералізована остеодинтрофія вражає частіше людей більш молодих і переважно жіночої статі.

Сифілітичне ураження відрізняється тим, що воно не викликає збільшення черепних кісток, рідко локалізується в епіфізах. Гумозні деструктивні осередки розташовані більш субперіостально: періостальна реакція при сифілісі буває дуже часто, а при хворобі Педжета — відсутня.

Акромегалія не супроводжується структурними змінами кісткової речовини, як це має місце при хворобі Педжета.

Лікування деформуючої остеодинтрофії є симптоматичним і паліативним: для зменшення головного болю, невралгії трійчастого нерва можна застосувати променеве лікування. Призначають вітамінотерапію, гідротерапію, спокій, посилене харчування. Хірургічні втручання у вигляді здовбування різко виступаючих частин лицьових кісток носять суто косметичний характер. Проводяться вони за допомогою долота, фрези або остеотома.

## **ПАРАТИРЕОЇДНА (ГЕНЕРАЛІЗОВАНА) ФІБРОЗНА ОСТЕОДИСТРОФІЯ, АБО ХВОРОБА ЕНГЕЛЯ-РЕК ЛІНГАУЗЕНА**

У 1864 р. Engel описав макроскопічну картину, а в 1891 р. Recklinhausen — мікроскопічну характеристику системного захворювання скелета, яке було ними названо фіброзним оститом. Автори вважали, що в основі даного захворювання лежить запалення кістки, що приводить до заміщення кісткової речовини фіброзною тканиною. Проте в 1924 р. Stenholm на підставі своїх досліджень рішуче висловився проти запальної природи захворювання, описаного Engel і Recklinhausen, вважаючи, що ця хвороба має в своїй основі не запалення, а дистрофію; тому автор запропонував іменувати її фіброзною остеодинтрофією.

Патогенез захворювання досить добре вивчений А.В. Русаковим (1925), який довів, що хвороба Енгеля-Реклінгаузена — своєрідне ендокринне захворювання, що розвивається в результаті пухлинного збільшення і гіперфункції паращитовидної залози; на його думку, під впливом надмірного вироблення паратиреоїдину відбувається бурхлива перебудова в кістках скелета. Це дало підставу А.В. Русакову запропонувати нову назву хвороби — паратиреоїдна остеодинтрофія, найбільш радикальний спосіб лікування якої — видалення пухлини паращитовидної залози. Віденський хірург Mandl (1926) підтвердив на практиці правильність такого патогенетичного трактування захворювання і теоретичного обґрунтування

операції, запропонованій Русаковим. Проте, на його думку, в походженні генералізованої остеодистрофії грає роль не тільки гіперфункція паращитовидної залози. Це витікає з того, що в експерименті введення гормону вказаної залози викликає зміни лише подібні, але не повністю ідентичні всім ознакам хвороби. Очевидно, є ще якісь інші чинники, які грають роль в її виникненні.

Патологічна анатомія. Суть мікроскопічних змін при хворобі Енгеля-Реклінгаузена полягає в наступному: кістковий мозок піддається поступовому осередковому розсмоктуванню і заміщенню волокнистою сполучною тканиною; кісткові балочки піддаються лакунарному розсмоктуванню. Це приводить до утворення кісткових порожнин, стоншування кіркової речовини і поступової заміни його примітивними кістковими структурами, неповноцінними в механічному відношенні, але що зберігають функціональну спрямованість. Кісткові балочки, що утворюються з них, швидко піддаються розсмоктуванню і заміщенню такими ж недовговічними утвореннями. В деяких випадках проліферація остеогенної тканини протікає настільки бурхливо, що тверді кісткові балочки не утворюються і відбувається розростання лише кісткотворних клітин. Даний процес приводить до виникнення серозних і кров'яних кіст. На відміну від процесів, що відзначаються при остеобластокластомах, тут немає бластоматозного компонента пухлини. В результаті швидкої і прогресуючої декальцинації кісток у всьому організмі наступають характерні зміни: у нирках, легенях, травній системі відкладаються солі кальцію. Розвивається картина вапняного нефрозу, нефрокальцинозу, ниркових каменів, калькульозного піелонефриту. Вапно відкладається в клітинах печінки, в стінках артерій кінцівок, що може привести до гангрені пальців. Унаслідок посиленої перебудови кісток різко зростає потреба організму в холекальциферолі (вітаміні D<sub>3</sub>), яка не покривається звичайними кількостями його в їжі.

Клініка. Спочатку осередки ураження кісткової тканини нічим себе не проявляють. Ураження щелепної кістки багато в чому зовні нагадують прояви остеобластокластоми; проте через відсутність активного і вираженого бластоматозного процесу кістка мало збільшується в своєму об'ємі або навіть зовсім не збільшується.

Характернішим для паратиреоїдної остеодистрофії є розм'якшення і деформація кісток без істотного збільшення їх об'єму. Особливо незначне місце мають зовні помітні зміни за наявності малоактивної пухлини пара щитовидної залози.

Діагноз. Постійним симптомом хвороби є гіперкальціємія — підвищення змісту кальцію в плазмі крові до 3.49-4.99 ммоль/л (у нормі 2.25-2.74 ммоль/л) і зниження вмісту неорганічного фосфору до 0.48 ммоль/л (при нормі 0.97-1.13 ммоль/л). При пункції можна одержати кров, а якщо в кістці вже сформувалася серозна кіста — рідина без кристалів холестерину. На рентгенограмі визначається розрідження і стоншування не тільки щелеп, але і інших кісток.

Диференціальна діагностика з одонтогенною кістою ґрунтується на тому, що кіста на рентгенограмі має чіткіші і ясно визначувані контури, а при пункції її можна одержати ясно-янтарну рідину з кристалами холестерину.

Що ж до адамантиноми, саркоми і міксони щелеп, то вирішальним чинником в диференціації їх з хворобою Енгеля-Реклінгаузена є наявність змін з боку крові і інших кісток при хворобі Енгеля-Реклінгаузена і відсутність цих змін при вказаних трьох пухлинах.

Лікування генералізованої остеодистрофії повинне бути патогенетичним — оперативне видалення збільшеної паращитовидної залози. Крім того, слід призначати полівітаміни (А, В<sub>1</sub>, В<sub>12</sub>, С, D) в поєднанні із загальним кварцовим опромінюванням, іонофорезом кальцію хлориду у області ураженої щелепи.

Прогноз. Перебіг хвороби хронічний, млявий; описані лише окремі випадки гострої паратиреоїдної остеодистрофії із смертельним наслідком (від інтоксикації у зв'язку з масивним надходженням в кров великої кількості паратгормону). При запізнілому лікуванні прогноз несприятливий (можливі переломи різних кісток, петрифікація нирок з розвитком нефропатії — ниркового каменеутворення, піелонефриту, петрифікація легенів, периферичних судин і т. д.).

## **6. МАТЕРІАЛИ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ:**

### **А. Завдання для самоконтролю:**

1. Схеми рентгенологічної картини пухлиноподібних уражень щелеп.
2. Фото хворих з пухлиноподібними ураженнями щелеп.

### **Б. Задачі для самоконтролю:**

1. У хворої, 22 років, виявлено потовщення обох виличних кісток та підборіддя, западіння перенісся. Зовнішній огляд обличчя нагадує «левину морду». Спостерігається гіперостоз, потовщення та викривлення кісток скелету.



Яке захворювання можна запідозрити у хворої?

(Відповідь: хвороба Педжета)

2. Хворий, 20 років, звернувся зі скаргами на біль в зубах нижньої щелепи, її здуття, деформацію обличчя. Об'єктивно: здуття щелепи безболісне, щільне, бугристе, м'які тканини не змінені. Відкривання рота вільне, підщелепні лімфатичні вузли не пальпуються.

Яке захворювання можна запідозрити у хворого?

(Відповідь: фіброзна остеодисплазія нижньої щелепи)

3. У хворого, 18 років, виявлено наступну клінічну картину: обличчя має квадратну форму за рахунок збільшення на ділянках кутів нижньої щелепи, періодичні болі в ділянці кутів щелепи. На рентгенограмі – дрібнопетлиста структура кістки нижньої щелепи на ділянках їх кутів. Деформація спостерігається з моменту народження, болі з'явилися близько 6 місяців тому.

Який діагноз?

(Відповідь: херувізм)

## **В. Матеріали для тестового контролю. Тестові завдання з одиничною правильною відповіддю (α=II):**

1. При фіброзній дисплазії вражаються:

- A. Кістки лица та мозкового черепу.
- B. Тільки кістки лицевого черепу.
- C. Тільки кістки мозкового черепу.
- D. Тільки щелепи.
- E. Зубні зачатки.

(Правильна відповідь: A)

2. Які основні ознаки фіброзної дисплазії?

- A. Односторонні кісткові розростання в мозковому та лицевому черепі.
- B. Кісткові розростання в мозковому та лицевому черепі завжди двохсторонні та симетричні.
- C. Вражаються переважно кістки середньої зони обличчя.
- D. Найчастіше – кут нижньої щелепи.
- E. Кісткові розростання завжди супроводжуються больовим симптомом.

(Правильна відповідь: B)

3. При хворобі Педжета вражаються:

- A. Переважно трубчаті кістки.
- B. Переважно плоскі кістки.
- C. Діафізарні відділи трубчатих кісток.
- D. Тільки кістки лицевого скелету.
- E. Тільки кістки мозкового черепу.

(Правильна відповідь: B)

## **Г. Навчальні задачі 3-го рівня (нетипові задачі):**

1. У хворого, 18 років, виявлено наступну клінічну картину: обличчя має квадратну форму за рахунок збільшення на ділянках кутів нижньої щелепи, періодичні болі в ділянці кутів щелепи. На рентгенограмі – дрібнопетлиста структура кістки нижньої щелепи на ділянках їх кутів. Деформація спостерігається з моменту народження, болі з'явилися близько 6 місяців тому. Встановлено діагноз херувізм.

Який метод лікування необхідно застосувати?

(Відповідь: не потребує лікування, крім настійливої вимоги хворого)

2. У хворого, 34 років, встановлено діагноз хвороба Енгля-Реклінхаузена.

Сумісно з яким спеціалістом необхідно проводити лікування та диспансерний нагляд?

(Відповідь: ендокринолог)

3. У пацієнта, 59 років, виявлено хворобу Педжета в пізній стадії перебігу з симптомами порушення мовлення, зниження інтелекту, різкими головними болями.

З чим пов'язана дана симптоматика?

(Відповідь: деформація кісток мозкового черепа та поступове здавлення головного мозку)

## **7. ЛІТЕРАТУРА:**

### **Основна література:**

1. Губайдулина Е.Я., Цегельник Л.Н. Опухоли, опухолеподобные поражения и кисты лица, органов полости рта, челюстей и шеи // Хирургическая стоматология . - М.: Медицина, 1996. – С.512-624.
2. Колесов А.А., Воробьев И.Ю. Новообразования мягких тканей. – К., Здоровья, 1991 - 312 с.
3. Маланчук В.О., Копчак А.В. Доброякісні пухлини та пухлиноподібні ураження щелепно-лицевої ділянки та шиї / Навчальний посібник. – К.: Видавничий дім «Асканія», 2008. – 320 с.
4. Савицкий В.А., Черепанов А.Н. Нейрофиброматоз Реклингаузена Клиника, диагностика и хирургическое лечение/. - М.: Медицина, 1972.. 250 с
5. Сагатбаев Д.С. Опухоли челюстно-лицевой области, 1998. – 206 с.
6. Солнцев А.М., Колесов В.С. Доброкачественные опухоли лица, челюстей и органов полости рта. - Кмев: Здоровья, 1985. - 150 с.

### **Додаткова література:**

1. Доброякісні пухлини та пухлиноподібні новоутворення. Ермолов В.Ф. Доброкачественные новообразования и опухолеподобные образования слизистой оболочки полости рта: Автореф.дис. д - ра. мед. наук -М., 1995. 46 с.
2. Шаргородский А.Г. Атлас опухолей мягких тканей и костей лица. Москва, 1998.-221 с.

Міністерство охорони здоров'я України  
Вищий державний навчальний заклад України  
Сумський державний університет  
Медичний інститут

«Затверджено»  
на засіданні кафедри  
стоматології

Завідувач кафедри  
д. мед. н. Лахтін Ю.В.

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ  
ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ  
ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ДО ПРАКТИЧНОГО  
(СЕМІНАРСЬКОГО) ЗАНЯТТЯ

Навчальна дисципліна	Хірургічна стоматологія
Модуль №	3
Змістовний модуль №	3
Тема заняття	Пухлини та пухлиноподібні ураження зародкового походження бранхіальні, тиреоїдальні кісти, нориці обличчя та шиї, тератома, бранхіогенний рак. Клініка, діагностика, диференціальна діагностика, лікування.
Курс	IV
Факультет	Стоматологічний

## 1. АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ.

Природжені кісти та нориці обличчя та шиї є досить поширеною патологією щелепно-лицевої ділянки, що однаково часто зустрічаються у чоловіків та жінок різного віку. Дана група захворювань має різноманітну, часто схожу клінічну картину, що потребує ґрунтовних знань майбутніх лікарів питань їх етіології, клініки, діагностики та лікування.

## 2. КОНКРЕТНІ ЦІЛІ:

- 2.1. Аналізувати клінічні прояви природжених кіст та нориць обличчя.
- 2.2. Пояснювати етіологічні і патогенетичні фактори розвитку природжених кіст та нориць обличчя та шиї.
- 2.3. Запропонувати план обстеження хворого з діагнозом природжених кіст та нориць обличчя та шиї.
- 2.4. Класифікувати природжені кісти та нориці обличчя та шиї.
- 2.5. Трактувати принципи діагностики та лікування природжених кіст та нориць обличчя та шиї.
- 2.6. Малювати графологічну схему заняття.
- 2.7. Проаналізувати результати лабораторних та інструментальних обстежень.
- 2.8. Скласти схему лікування хворих з природженими кістами та норицями обличчя та шиї.

## 3. БАЗОВІ ЗНАННЯ, ВМІННЯ, НАВИЧКИ, НЕОБХІДНІ ДЛЯ ВИВЧЕННЯ ТЕМИ (міждисциплінарна інтеграція).

Назви попередніх дисциплін	Отримані навички
1. Нормальна анатомія.	Знати будову щелепно-лицевої ділянки.
2. Гістологія та ембріологія.	Знати гістологічну будову тканин та органів щелепно-лицевої ділянки, їх ембріогенез.
3. Патологічна анатомія.	Описати гістологічну структуру природжених кіст та нориць обличчя та шиї.
4. Патологічна фізіологія.	Знати етіологію та патогенез онкологічних та онкоподібних захворювань.
5. Топографічна анатомія та оперативна хірургія.	Розуміти топографічну анатомію щелепно-лицевої ділянки. Принципи оперативних доступів до різних відділів щелепно-лицевої ділянки.
6. Пропедевтика внутрішніх хвороб.	Вміти складати схему курації хворого.
7. Загальна онкологія.	Знати принципи діагностики та лікування та профілактики онкологічних захворювань.

## 4. ЗАВДАННЯ ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ДО ЗАНЯТТЯ.

### 4.1. Перелік основних термінів, параметрів, характеристик, які повинен засвоїти студент при підготовці до заняття:

Термін	Визначення
1. Біопсія.	Це прижиттєве одержання матеріалу для гістологічного дослідження.
2. Аутопсія.	Це посмертне одержання матеріалу для гістологічного дослідження.
3. Пункційна біопсія.	Це одержання матеріалу для гістологічного дослідження шляхом пункції новоутворення голкою великого діаметру.
4. Інцизійна біопсія.	Це одержання матеріалу для гістологічного дослідження шляхом вирізування шматочка пухлини на межі здорових тканин.

### 4.2. Теоретичні питання до заняття:

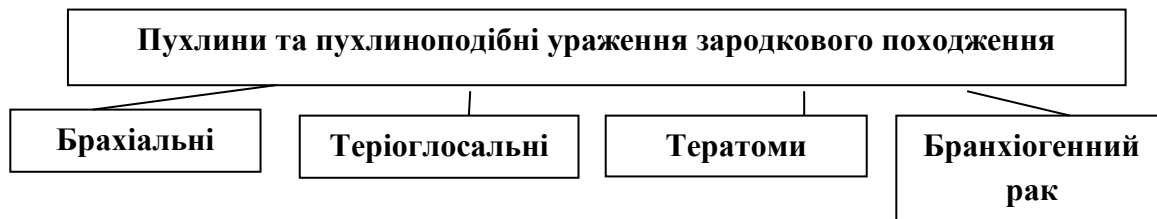
1. Анатомія щелепно-лицевої ділянки.
2. Ембріогенез та гістологічна тканин та органів щелепно-лицевої ділянки.
3. Теорії походження природжених кіст та нориць обличчя та шиї.
4. Гістологічні та клінічні класифікації природжених кіст та нориць обличчя та шиї.

5. Клінічна картина природжених кіст та нориць обличчя та шиї.
6. Діагностика та диференційна діагностика природжених кіст та нориць обличчя та шиї.
7. Методи лікування природжених кіст та нориць обличчя та шиї.
8. Прогноз та ускладнення під час та після лікування природжених кіст та нориць обличчя та шиї.

#### 4.3. Практичні роботи (завдання), які виконуються на занятті:

1. Перелічіть фактори, що сприяють виникненню та розвитку пухлиноподібних утворень м'яких тканин.
2. Навести класифікації.
3. Навести гістологічну картину, що відповідає різним формам пухлиноподібних утворень м'яких тканин.
4. Перелічити клінічні прояви пухлиноподібних утворень м'яких тканин.
5. Провести діагностику пухлиноподібних утворень м'яких тканин.
6. Перелічити методи лікування.
7. Навести клінічні прояви малігнізації.
8. Навести схему профілактичних заходів.

#### 5. ЗМІСТ ТЕМИ:



**Епідермальна кіста.** Ця кіста відноситься до групи кератинових кіст. Раніше вона описувалася під назвою атероми. Епідермальна кіста найчастіше локалізується на шкірі обличчя, шиї, волосистій частині голови. Буває одиничною або множинною, нерідко виникненню передують аспе vulgariis. Утворення кісти пов'язано із закупоркою вивідних отворів фолікулів сальної залози. Вона поволі збільшується унаслідок накопичення кератину, який продукує оболонка.

Клінічно кіста виявляється у вигляді обмеженої округло-овального утворення. Розташовується під епідермісом і тісно з ним спаяна у області вивідної протоки сальної залози. Шкіра над кістою іноді стає синюшного відтінку і розтягується при великих її розмірах. Пальпаторно кіста еластичної консистенції, безболісна. Вміст її представляє характерну кашкоподібну масу білого кольору. Кіста часто нагноювалася, при цьому з'являється біль, вона збільшується, навколишні тканини набряклі і гіперемовані.

Мікроскопічно епідермальна кіста вислана багатошаровим плоским епітелієм і заповнена шарами кератину.

**Лікування.** Кісту видаляють з капсулою, при цьому необхідно висікати двома напівовальними розрізами, що сходяться між собою, ділянку шкіри, зпаюну з кістою.

**Дермоїдна кіста.** Утворюється в результаті пороку розвитку і формування обличчя в місцях зрощення у ембріона лобового, верхньощелепних і нижньощелепних горбів. Звичайно розташовується в області підпідборіддя, на дні порожнини рота, біля кореня і крил носа, внутрішнього і зовнішнього країв очної ямки, частіше зустрічається у молодих осіб.

Дермоїдна кіста є порожнинним утворенням з товстою шкірястою оболонкою, заповненою кашкоподібною масою брудно-білого кольору з неприємним запахом. Вміст кісти складається із злущеного епідермісу, продуктів виділення сальних, потових залоз і волосяних фолікул, іноді з наявністю волосся.

При огляді відмічається пухлиноподібне утворення округлої форми з чіткими межами, безболісне, не зпаєне з шкірою або слизистою оболонкою. Розташовуючись на дні порожнини рота, воно визначається строго по середній лінії над щелепно-під'язиковим м'язом і просвічує жовтуватим кольором. Кіста великого розміру відтісняє догори язик, стають утрудненими мова і прийом їжі.

Гістологічно оболонка кісти містить елементи шкіри, включаючи епідермальне вистилання, волосяні фолікули і сальні, потові залози.

Лікування полягає у видаленні кісти з капсулою. При розташуванні кісти над щелепно-під'язиковим м'язом проводять операцію внутрішньоротовим підходом. Кісту області підпідборіддя видаляють через зовнішній розріз.

**Природжені кісти і свищі обличчя і шиї.** Серед них розрізняють бронхіальні (від грец. *Branha* — зябра) і тіреоглосальні кісти і свищі. Виникнення бронхіальної кісти і свища пов'язано з аномалією розвитку 1-ої і 2-ої зябрових щілин і дуг. Тіреоглосальна кіста і свищ утворюються унаслідок неповної редукції у ембріона щитовидно-язичної протоки. Природжені кісти і свищі зустрічаються порівняно рідко і, за нашими даними, складають близько 5% всіх новоутворень щелепно-лицьової області. Аномалія зябрових щілин спостерігається частіше тіреоглосальної аномалії (відповідно 61 і 39% випадків).

Природжені кісти і свищі зустрічаються в основному у дітей і осіб молодого віку. Клінічний перебіг бронхіальних і тіреоглосальних кіст і свищів схоже, проте вони мають свої характерні особливості, обумовлені локалізацією.

Кіста збільшується поволі, протягом декількох років. Визначається у вигляді безболісного обмеженого утворення округлої або овальної форми, еластичній консистенції, не зпаяного зі шкірою. Кісту виявляють випадково або при виникненні запалення. У разі приєднання специфічної мікрофлори (мікобактерії туберкульозу, актиноміцети) діагностика затруднена.

Природжені свищі можуть бути повними, при цьому є два вивідні отвори: зовнішній — на шкірі, внутрішній — на слизистій оболонці порожнини рота, і неповними — з одним гирлом, зовнішнім або внутрішнім. У діагностиці свищів має значення контрастна фістулографія за допомогою йодоліполю. Вона дозволяє визначити напрям, протяжність і наявність відгалужень свища, знання яких необхідне при хірургічному лікуванні.

**Бранхіальні кісти і свищі.** При патології 1-ої зябрової щілини виникають кіста або свищ привушної області, пов'язані із зовнішнім слуховим проходом і вушною раковиною. Аномалія розвитку 2-ої зябрової щілини веде до формування бічної кісти або свища шиї. Бранхіальні кісти і свищі привушної області зустрічаються значно рідше за бічні кісти і свищі шиї (відповідно в 11 і 89% випадків).

**Кіста і свищ привушної області.** Кіста розташовується під основною масою привушної слинної залози або в позадущелепній області над стовбуром лицьового нерва і часто має зв'язок з хрящовим відділом зовнішнього слухового проходу. Клінічні прояви такі ж, як при доброякісній пухлині або кісті привушної слинної залози, вміст є рідиною жовтуватого кольору, іноді каламутною.

**Бронхіальний свищ з вивідним отвором,** розташованим на шкірі попереду основи завитка вушної раковини, називають передвушним. Часто він буває двостороннім. відмічається роль спадкового чинника в його походженні.

**Свищ позадущелепної області** утворюється в результаті самостійного і оперативного розтину нагнаваючої бронхіальної кісти, зовнішній отвір його розташовується між кутом нижньої щелепи і переднім краєм кивального м'яза. При повних передвушному і позадущелепному свищах другий отвір відкривається на шкірі хрящового відділу зовнішнього слухового проходу, при неповному свищі стінки останнього влітаються в нього. Відмічається салоподібне відокремлюване зі свища. Макроскопічно внутрішнє вистилання свища і кісти привушної області представлене багаточаровим плоским ороговіваючим епітелієм.

**Бічна кіста і свищ шиї.** Кіста є порожниною з рідким вмістом і порівняно тонкою оболонкою. Вона має типову локалізацію, розташовується в середній третині шиї попереду кивального м'яза, на судинно-нервовому пучку, безпосередньо примикаючи до внутрішньої яремної вени, з шкірою не спаяна. Особливо добре контурується при повороті голови хворого в протилежну сторону. Вміст кісти є каламутною рідиною жовтуватого кольору, при цитологічному дослідженні якої визначається оксифільна дрібнозерниста маса з елементами багаточарового плоского епітелію і значною кількістю лімфоцитів.

Мікроскопічно стінка кісти вислана багаточаровим плоским епітелієм.

Діагностика бічної кісти ґрунтується на анамнестичних і клінічних даних. Отримання при пункції великої кількості характерного вмісту (5—30 мл і більш) і дані цитологічного дослідження дозволяють підтвердити діагноз бічної кісти

**Бічний свищ шиї** буває одностороннім і рідко двостороннім. Виявляється в одних випадках при народженні дитини, в інших випадках є результатом розтину нагнаваючої бічної кісти шиї. Зовнішнє гирло свища розташовується на шкірі бічної поверхні шиї відповідно передньому краю кивального м'яза. Внутрішнє гирло повного бічного свища має постійну

локалізацію у верхньому полюсі піднебінної мигдалини. В глибині свищ проходить між зовнішньою і внутрішньою сонною артеріями.

Клінічно зовнішнє гирло свища може бути точковим або розширеним з вибухаючою грануляцією, іноді покритим мокнучими кірками. Визначається гіперпигментація і мацерація шкіри навколо свища, з якого постійно виділяється в незначній кількості жовтувата тягуча рідина. У разі повного бічного свища хворі часто указують в анамнезі на рецидивуючу односторонню ангіну, при огляді визначають збільшення мигдалини відповідної сторони.

Бічний свищ шиї потрібно диференціювати від серединного тіреоглосального свища, зовнішнє гирло якого іноді зміщено убік від середньої лінії, і специфічного запального процесу.

Мікроскопічна картина вистилання свища відповідає будові стінки бічної кісти шиї.

**Тіреоглосальна кіста і свищ** мають типову локалізацію по середній лінії шиї, у зв'язку з чим їх називають також серединними.

**Тіреоглосальна кіста** розташовується по середній лінії шиї в під- або надпід'язиковій області і в корені язика. При локалізації на шиї визначається обмежена рухливість кісти і спаяність її з тілом під'язикової кістки, яка чітко виявляється при ковтанні. При кісті кореня язика останній підведений, відмічається порушення мови і утруднення ковтання.

Інфікування вмісту кісти приводить до болю, набрякту, інфільтрації навколишніх тканин.

Вміст тіреоглосальної кісти представляє каламутну жовтувату тягучу рідину. Цитологічним дослідженням встановлено наявність клітин багатошарового плоского епітелію і лімфоїдних елементів. Епітелій оболонки кісти, як і вистилання серединного свища, має ендодермальне походження.

**Тіреоглосальний свищ** виникає, як правило, після мимовільного або оперативного розтину серединної кісти шиї. Зовнішнє гирло свища розташовується на шкірі по середній лінії шиї, переважно між під'язиковою кісткою і щитовидним хрящем. Шкіра часто в рубцях, іноді навколо свища розростається грануляція. Відмічається мізерне слизоподібне відокремлюване. При повному свищі внутрішнє гирло розташовується у області foramen coecum.

Тіреоглосальний свищ проходить по середній лінії шиї, пробиває тіло під'язикової кістки і під кутом 40—45° прямує до сліпого отвору язика. Пальпаторно свищевий хід, так само як і серединна кіста шиї, завжди пов'язаний з тілом під'язикової кістки. Визначають це таким чином. Утримуючи пальцями свищ або кісту, просять хворого проковтнути слину, при цьому зсув разом з під'язиковою кісткою фіксованих утворень говорить про наявність тіреоглосального свища або кісти.

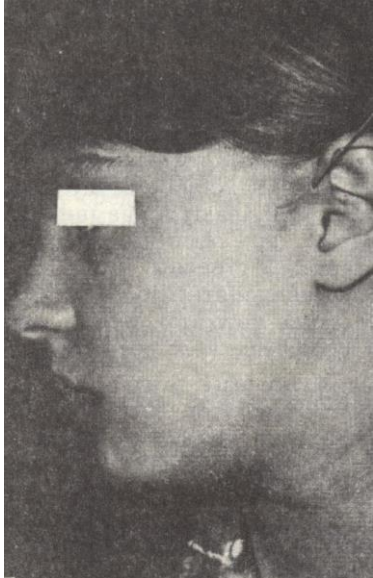
Диференціальну діагностику серединної кісти і свища проводять із специфічним запальним процесом, лімфаденітом, дермоїдною кістою, із струмою язика або аденомою дистопованої щитовидної залози.

**Лікування.** При кісті проводять повне видалення з капсулою. За наявності запалення операцію здійснюють після його ліквідації. Кісту позаду щелепної області видаляють через розріз, що огинає кут нижньої щелепи, і відступивши від нього на 1,5—2 см донизу, щоб не пошкодити красву гілку лицьового нерва. Для видалення бічної кісти шиї проводять розріз шкіри над кістою по передньому краю кивального м'яза або по верхній шийній складці. При тіреоглосальній кісті шиї розтинають шкіру по верхній або середній складці шиї, видалення кісти поєднують з резекцією тіла під'язикової кістки. Кісту кореня язика залежно від розмірів оперують або внутрішньоротовим, або зовнішнім підходом.

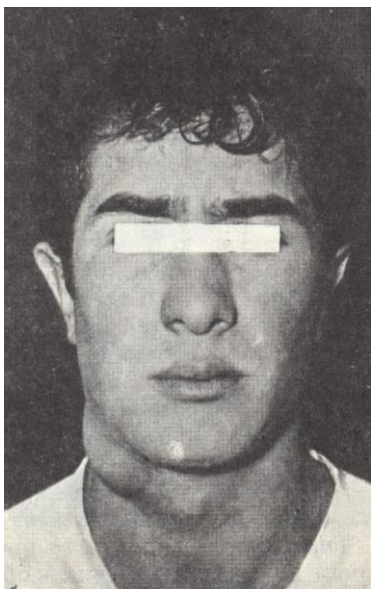
Видаленню свища передують заповнення його перед операцією 1% водним розчином метиленового синього. При цьому стінка свища забарвлюється і добре простежується під час видалення. Операція полягає в повному видаленні свища з його відгалуженнями. Проводять розріз, що огинає зовнішнє гирло свища, його відпрепаровують і виділяють свищ. Видалення передвушного і позадущелепного свищів завершується видаленням ділянки хрящового відділу зовнішнього слухового проходу. Операція при повному бічному свищі шиї зв'язана з певними труднощами, пов'язаними з топографічним взаємовідношенням свища і судинно-нервового пучка: свищевий хід проходить в ложі його між зовнішньою і внутрішньою сонною артеріями. Видалення тіреоглосального свища, як і кісти, супроводжується резекцією тіла під'язикової кістки.

## 6. МАТЕРІАЛИ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ:

### А. Завдання для самоконтролю:



Бранхіальна нориця в привушній ділянці.



Бокова кіста шиї.



Тіреоглосальна нориця.



### **Б. Задачі для самоконтролю:**

1. У хворого, 45 років, при пункції пухлино подібного утворення на боковій поверхні шиї зліва, отримано салоподібну масу з неприємним запахом.

Який діагноз можна запідозрити?

(Відповідь: дермоїдна кіста шиї)

2. У хворого, 30 років, під час санації порожнини рота виявлено на ділянці мозку вуха отвір до 1 мм в діаметрі, мацерація шкіри навколо нього. При пальпації з нього виділяється прозорий слизовий секрет. Під час зондування – глибина до 5 см.

Який найбільш ймовірний діагноз?

(Відповідь: бокова нориця шиї)

3. При огляді хворого 36 років виявлено кісту з рідким вмістом та тонкою оболонкою. Після цитологічного обстеження було встановлено остаточний діагноз – бокова кіста шиї.

Яке лікування показано в даному випадку?

(Відповідь: хірургічне лікування: проведення розрізу шкіри над кістою по передньому краю кивального м'язу)

### **В. Матеріали для тестового контролю. Тестові завдання з одиничною правильною відповіддю (α=Π):**

1. Які джерела походження дермоїдних кіст лица та дна порожнини рота:

- A. Язиковий, щитоподібний протоки, ектоповані слинні та слизові залози.
- B. Відшнурована ділянка ектодерми в період її нормального занурення.
- C. Ектоповані слинні залози та залишки жаберного апарату.
- D. Епітелій аберантної виличкової залози.
- E. Не облітерований зобно-глотковий проток.

(Правильна відповідь: B)

2.2. Які джерела походження серединних кіст та нориць:

- A. Язиковий, щитоподібний протоки, ектоповані слинні та слизові залози.
- B. Відшнурована ділянка ектодерми в період її нормального занурення.
- C. Ектоповані слинні залози та залишки жаберного апарату.
- D. Епітелій аберантної виличкової залози.
- E. Не облітерований зобно-глотковий проток.

(Правильна відповідь: A)

2.3. Яке джерело походження бокових кіст привушної ділянки та шиї?

- A. Язиковий, щитоподібний протоки, ектоповані слинні та слизові залози.
- B. Відшнурована ділянка ектодерми в період її нормального занурення.
- C. Ектоповані слинні залози та залишки жаберного апарату.
- D. Епітелій аберантної виличкової залози.
- E. Не облітерований зобно-глотковий проток.

(Правильна відповідь: C)

### **Г. Навчальні задачі 3-го рівня (нетипові задачі):**

1. При гістологічному дослідженні мутної рідини жовтуватого кольору визначаються оксифільна дрібнозерниста маса з елементами багаточарового плоского епітелію із значною кількістю лімфоцитів.

Встановіть необхідний діагноз.

(Відповідь: бокова кіста шиї)

2. При огляді новонародженої дитини на шкірі бічної поверхні шиї відповідно передньому краю кивального м'язу було виявлено вибухаючі грануляції вкриті мокнучими кірками, визначається гіперпігментація і мацерація шкіри навколо грануляції, з якої постійно виділяється незначна кількість жовтуватої тягучої рідини.

Встановіть необхідний діагноз.

(Відповідь: бічна нориця шиї)

3. При огляді хворого К. 40 років було виявлено безболісне новоутворення округлої форми, яке розташоване по середній третині шиї попереду кивального м'язу, зі шкірою не спаяне зі шкірою. Особливо добре відмежовується при повороті голови хворого в протилежну сторону.

Встановіть попередній діагноз.

(Відповідь: бокова кіста шиї)

## **7. ЛІТЕРАТУРА:**

### **Основна література:**

1. Бернадский Ю.И. Основы челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии.– Белмедкнига, Витебск,1998.– 404 с.
2. Бернадский Ю.И. Травматология и восстановительная хирургия челюстно-лицевой области. – Киев: Вища школа, 1999. – 389 с.
3. Муковозов И.Н. Дифференциальная диагностика заболеваний челюстно-лицевой области. – Л.: Медицина, 1982.
4. Общая онкология /Под ред. Н.П. Напалкова. – Ленинград: Медицина, 1989. – 648 с.
5. Онкологія /за ред. Білінського Б.Т., Стернюка Ю.М., Шпарика Я.В. – Львів: Медицина світу, 1998. – 272 с.
6. Робустова Т.Г. Хирургическая стоматология. – М.: Медицина, 1990. – 576 с.
7. Ромачева И.Ф., Юдин Л.А., Афанасьев Л.В. Заболевания и повреждения слюнных желез. – М.: Медицина,1987. – 240с.

### **Додаткова література:**

1. Муковозов И.Н. Дифференциальная диагностика заболеваний челюстно-лицевой области. – М.: Медицина, 1982.
2. Пачес А.И. Опухоли головы и шеи. – М.: Медицина, 1983.
3. Рябухина Н.А., Удиришина Н.М. Рентгенодиагностика заболеваний челюстно-лицевой области. – М.: Медицина, 1991.
4. Солнцев А.М., Колесов В.С., Колесова Н.А. Заболевания слюнных желез: сиалозы, воспалительные заболевания, опухоли, кисты, травмы и пороки развития слюнных желез.– Киев: Здоровья, 1991.–311с.
5. Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. – Киев: 2002. – 1022 с.

Міністерство охорони здоров'я України  
Вищий державний навчальний заклад України  
Сумський державний університет  
Медичний інститут

«Затверджено»  
на засіданні кафедри  
стоматології

Завідувач кафедри  
д. мед. н. Лахтін Ю.В.

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ  
ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ  
ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ДО ПРАКТИЧНОГО  
(СЕМІНАРСЬКОГО) ЗАНЯТТЯ

Навчальна дисципліна	Хірургічна стоматологія
Модуль №	3
Змістовний модуль №	3
Тема заняття	Злоякісні пухлини слинних залоз: гістологічна будова, клінічні форми, диференційна діагностика, лікування.
Курс	IV
Факультет	Стоматологічний

## 1. АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ.

Знання основ діагностики та лікування пухлин необхідні для лікаря будь-якого фаху. Це зумовлено поширенням пухлинної патології в сучасному світі. Як причина смерті злоякісні пухлини посідають друге місце після серцево-судинних захворювань. Останніми роками спостерігається безперервне зростання частоти захворюваності на рак в усіх регіонах світу. Онкологічна патологія слинних залоз не є виключенням. Тому, майбутній лікар повинен бути обізнаний із причинами злоякісних новоутворень, мати уявлення про зв'язок між виникненням пухлин і забрудненням середовища та шкідливими звичками. Необхідне розуміння канцерогенезу, без чого не можна обґрунтувати застосування як профілактичних заходів, так і методів лікування. Ефективність лікування злоякісних пухлин повністю залежить від стану діагностики. Лише рання діагностика пухлин може забезпечити надійне вилікування їх.

## 2. КОНКРЕТНІ ЦІЛІ:

- 2.1. Аналізувати захворюваність та епідеміологію раку слинних залоз.
- 2.2. Пояснювати ознаки малігнізації доброякісних пухлин слинних залоз.
- 2.3. Запропонувати методи обстеження хворого із злоякісними пухлинами слинних залоз.
- 2.4. Класифікувати онкологічні захворювання слинних залоз.
- 2.5. Трахтувати гістологічну класифікацію пухлин слинних залоз.
- 2.6. Малювати схему диференційної діагностики злоякісних новоутворень слинних залоз.
- 2.7. Проаналізувати заключення додаткових методів обстеження хворого із злоякісними пухлинами слинних залоз.
- 2.8. Скласти план лікування хворого із злоякісними пухлинами слинних залоз.

## 3. БАЗОВІ ЗНАННЯ, ВМІННЯ, НАВИЧКИ, НЕОБХІДНІ ДЛЯ ВИВЧЕННЯ ТЕМИ (міждисциплінарна інтеграція).

Назви попередніх дисциплін	Отримані навички
1. Анатомія людини.	Знати анатомічну будову слинних залоз, лімфатичної системи голови та шиї.
2. Топографічна анатомія та оперативна хірургія.	Знати топографічну анатомію великих та малих слинних залоз лімфатичних вузлів обличчя та шиї. Зобразити схематично методи оперативних втручань при злоякісних новоутвореннях слинних залоз.
3. Гістологія.	Знати гістологічну будову слинних залоз.
4. Внутрішні хвороби.	Знати гістологічну будову злоякісних новоутворень слинних залоз.
5. Внутрішні хвороби.	Вміти: обстежити хворого, описати історію хвороби, скласти план обстеження та лікування, поставити діагноз.
6. Пропедевтика хірургічної стоматології.	Володіти методами додаткових обстежень: цитологічний, біопсія, контрастна рентгенограма.
7. Променева діагностика та променева терапія.	Застосовувати різні методи променевої діагностики для уточнення діагнозу. Застосовувати методи променевої терапії для лікування.
8. Загальна хірургія.	Володіти методами та способами асептики та антисептики (обробка операційного поля, обробка рук хірурга, підготовка хворого до операції та ін.).
9. Фармакологія.	Володіти навиками призначення хіміотерапії.

#### 4. ЗАВДАННЯ ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ДО ЗАНЯТТЯ.

##### 4.1. Перелік основних термінів, параметрів, характеристик, які повинен засвоїти студент при підготовці до заняття:

Термін	Визначення
1. Рак.	Це злоякісне новоутворення з епітеліальних тканин.
2. Саркома.	Це злоякісне новоутворення зі сполучених тканин.
Абластика.	Це хірургічні принципи профілактики рецидиву і метастазування злоякісної пухлини, що полягають у її видаленні єдиним блоком з шляхами лімфа відтоку в межах здорових тканин.
4. Біопсія.	Це шматок тканини видалений з патологічного вогнища для морфологічного дослідження.
5. Цитологія.	Це наука про вивчення клітин патологічного вогнища.

##### 4.2. Теоретичні питання до заняття:

1. Епідеміологія пухлин слинних залоз.
2. Міжнародна гістологічна класифікація пухлин слинних залоз.
3. Ознаки малігнізації поліморфних аденом.
4. Методи обстеження хворих із злоякісними пухлинами слинних залоз.
5. Клінічні ознаки злоякісних пухлин слинних залоз.
6. Диференційна діагностика злоякісних пухлин слинних залоз.
7. Принципи лікування хворих злоякісними пухлинами слинних залоз.
8. Що таке комбіноване лікування хворих із злоякісними пухлинами слинних залоз.
9. Що таке комплексне лікування хворих із злоякісними пухлинами слинних залоз.
10. Які методи променевої терапії застосовують при лікуванні злоякісних новоутворень слинних залоз?
11. Які оперативні методи застосовують при лікуванні злоякісних новоутворень привушної слинної залози?
12. Які оперативні методи застосовують при лікуванні злоякісних новоутворень підщелепної слинної залози?
13. Які хімічні терапевтичні препарати застосовують при комплексному або комбінованому лікуванні злоякісних новоутворень слинних залоз?
14. Принципи лікування хворих із занедбаними стадіями хвороби.
15. Реабілітація хворих після комбінованого та комплексного лікування.

##### 4.3. Практичні роботи (завдання), які виконуються на занятті:

1. Обстежити хворого зі злоякісною пухлиною слинної залози.
2. Описати історію хвороби хворого із злоякісним новоутворенням слинної залози.
3. Скласти план обстеження хворого із злоякісним новоутворенням слинної залози.
4. Брати матеріал для цитологічного дослідження пухлини різними способами.
5. Брати матеріал для гістологічного дослідження пухлини (біопсію) різними способами.
6. Провести контрастну рентгенографію слинних залоз.
7. Обґрунтувати клінічних діагноз та скласти план лікування хворого зі злоякісними новоутвореннями слинних залоз в залежності від стадії захворювання та гістологічної будови пухлини.
8. Призначити хіміотерапевтичні засоби при лікуванні злоякісних новоутворень слинних залоз.

#### 5. ЗМІСТ ТЕМИ:

Статистика. За даними 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 ацінозноклітинні пухлини зустрічаються в 10% випадків, група карцином складає біля 17% всіх новоутворень слинних залоз.

Найчастіше уражаються онкологічним процесом привушні залози (56,6 %), залози твердого і м'якого піднебіння (26 %), піднижньощелепні слинні залози (10 %), дрібні слинні залози щік та 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. Ацинозноклітинна пухлина.**

##### Г. Карциноми:

Аденокистозна карцинома (циліндрома);

Аденокарцинома;

Епідермоїдна карцинома (плоскоклітинний рак);

Недиференційована карцинома;

Карцинома в поліморфній аденомі (злоякісна змішана пухлина)

##### II. Неепітеліальні пухлини.

##### III. Некласифіковані пухлини.

##### IV. Споріднені стани.

#### **Класифікація злоякісних пухлин слинних залоз за системою TNM-6 (2002 р.)**

(коди МКХ-10 C07-C08)

Класифікація стосується лише великих слинних залоз: привушної, під нижньощелепної і під'язикової

Пухлини, що походять з малих слинних залоз (муцинопродукуючі залози поверхневого шару великих відділів (дыхального та травневого шляхів), не включено в цю класифікацію, вони належать до локалізації, з якої походять, наприклад, губи. Повинне бути обов'язкове гістологічне підтвердження діагнозу. Регіонарними лімфатичними вузлами є шийні лімфатичні вузли.

T – первинна пухлина;

T<sub>x</sub> – недосить даних для оцінки первинної пухлини;

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

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 лицевого нерва і (або) понад 4 см, але до 6 см у найбільшому вимірі;

T<sub>4a</sub> – пухлина поширюється на шкіру, нижню щелепу, слуховий канал і лицевий нерв;

T<sub>4b</sub> – пухлина поширюється на основу черепа, крилоподібну пластинку, охоплює сонну артерію.

Примітка: екстрапаренхімальним поширенням є клінічні або макроскопічні дані про наявність інвазії шкіри, м'яких тканин або нерва. Лише мікроскопічні дані не вважаються екстрапаренхімальним поширенням у цій класифікації.

N – регіонарні лімфатичні вузли (шийні лімфатичні вузли);

N<sub>x</sub> – недостатньо даних для оцінки стану регіонарних лімфатичних вузлів;

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

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 численні метастази в гомолатеральних лімфатичних вузлах, жоден з яких не перевищує 6 см у найбільшому вимірі, або білатеральні, або контрлатеральні 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;

$N_{2b}$  – численні метастази у гомолатеральних лімфатичних вузлах, жоден з яких не перевищує 6 см у найбільшому вимірі;  
 $N_{2c}$  – білатеральні, або контрлатеральні метастатичні лімфатичні вузли розміром до 6 см у найбільшому вимірі;  
 $N_3$  – метастази в лімфатичних вузлах розміром понад 6 см у найбільшому вимірі;  
 $M$  – віддаленні метастази;  
 $M_x$  – недостатньо даних для визначення віддалених метастазів;  
 $M_0$  – немає ознак віддалених метастазів;  
 $M_1$  – наявні віддаленні метастази.

#### Групування за стадіями

Стадія I	$T_1$	$N_0$	$M_0$
	$T_2$	$N_0$	$M_0$
Стадія II	$T_3$	$N_0$	$M_0$
Стадія III	$T_1$	$N_1$	$M_0$
	$T_2$	$N_1$	$M_0$
Стадія IVa	$T_{4a}$	$N_0, N_1$	$M_0$
	$T_1, T_2, T_3, T_{4a}$	$N_2$	$M_0$
Стадія IVb	$T_{4b}$	N будь-яке	$M_0$
	будь-яке T	$N_3$	$M_0$
	будь-яке T	будь-яке N	$M_1$

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, досягаючи розміру 1-3 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 доброякісних пухлин слинних залоз:

- 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, порушенням цілості гілок лицьового нерву, що 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 нерву, що спричинює парез м'язів обличчя, метастазування.

Але існують і деякі клінічні особливості, характерні для різних морфологічних варіантів злоякісних пухлин. В першу чергу це стосується мукоепідермоїдної та ацинозноклітинної пухлини (за термінологією ВООЗ – вони називаються не раками, а пухлинами, хоча й віднесені до злоякісних). клінічний перебіг більш доброякісного варіанту мукоепідермоїдної 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 болем, мають щільну консистенцію, болісні при пальпації, при ураженні шкіри можливе утворення норич.

Початкові стадії мукоепідермоїдних пухлин можуть бути безсимптомними і період початку лікування може тривати біля 3 років. Пухлини містять в собі епідермоїдні та слизопродукуючі 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, циліндрому і мукоепідермоїдну пухлину макроскопічне практичне неможливо відрізнити. Ця обставина спричиняє значні труднощі для хірургів, призводить до діагностичних помилок і неадекватного лікування хворих.

Аденокистозні карциноми мають схильність до переважного гепатогенного метастазування (40-45 %), метастазує в лімфатичні вузли шиї, 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 нерву, гіперемія шкіри. Пухлина метастазує в регіонарні шийні лімфатичні вузли, в легені, хребет.

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 злоякісних пухлин слинних залоз переважно комбіноване. В плані комбінованого лікування передбачається на I етапі проведення передопераційного курсу дистанційної гамма-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 нерву) 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), цитостатична хімотерапія (в окремих випадках внутрішньо-артеріальна) малоефективна, Інколи застосовують комбінації доксорубіцин, 5- метотрексату, циклофосамід, блеоміцином, адриаміцином, комплексними сполуками платини.

Прогноз при злоякісних пухлинах слинних залоз несприятливий, залежить від стадії морфологічних особливостей пухлини і локалізації. 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 інвалідацією хворих, що зумовлено пересіченням стовбура лицьового нерва, внаслідок чого виникає парез м'язової мускулатури відповідного боку. Можливі також порушення функції верхньої кінцівки відповідного боку після виконання операції Крайля. Такі хворі отримують III-II



групи інвалідності. Ушкодження лише окремих гілочок лицевого нерву при хірургічному лікуванні доброякісних пухлин привушної слинної залози вимагає тривалого відновного лікування.

Застосування фізіотерапевтичних методів онкологічним хворим є суворо протипоказаним.

## 6. МАТЕРІАЛИ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ:

### А. Завдання для самоконтролю:

№ п/п	Основні завдання. Знати.	Вказівки
1.	Етіологію та патогенез злоякісних пухлин слинних залоз.	Перелічіть фактори, що сприяють виникненню та розвитку злоякісних пухлин слинних залоз.
2.	Класифікацію злоякісних пухлин слинних залоз.	Навести класифікацію злоякісних пухлин слинних залоз.
3.	Гістологічну будову злоякісних пухлин слинних залоз.	Навести гістологічну картину, що відповідає різним формам злоякісних пухлин слинних залоз.
4.	Клінічні прояви злоякісних пухлин слинних залоз.	Перелічити клінічні прояви, що супроводжують перебіг злоякісних пухлин слинних залоз.
5.	Діагностика та диференційна діагностика злоякісних пухлин слинних залоз.	Провести внутрішньо- та поза групову диференційну діагностику злоякісних пухлин слинних залоз.

### Б. Задачі для самоконтролю:

1. Чи спостерігається ретенція контрасту при сіалографії привушної залози хворого з злоякісною плеоморфною аденомою?

(Відповідь: спостерігається майже завжди)

2. Чи можливе розірвання і фрагментація вивідних протоків великих слинних залоз, що виявляються на сіалограмах, при озлоякісненні плеоморфної аденоми привушної залози?

(Відповідь: спостерігається майже завжди)

3. Як змінюється функція привушної залози при виникненні в ній озлоякісненої плеоморфної аденоми?

(Відповідь: знижується)

### В. Матеріали для тестового контролю. Тестові завдання з одиничною правильною відповіддю ( $\alpha=II$ ):

1. Які розрізняють варіанти клінічного плинну мукоепідермоїдної пухлини слинних залоз?

- A. Доброякісний.
- B. Злоякісний.
- C. Напівзлоякісний.
- D. Доброякісний і злоякісний.
- E. Доброякісний, злоякісний і напівзлоякісний.

(Правильна відповідь: D).

2. Синонім циліндроми:

- A. Аденокарцинома.
- B. Плеоморфна аденома.
- C. Мукоепідермоїдна пухлина.
- D. Аденокістозна карцинома.
- E. Епідермоїдна карцинома.

(Правильна відповідь: D).

3. Карциноми слинних залоз розвиваються з:

- A. Строби протоків.
- B. Епітелію протоків.
- C. Кровоносних судин.
- D. Лімфатичних судин.
- E. Нервових стовбурів.

(Правильна відповідь: В).

### **Г. Навчальні задачі 3-го рівня (нетипові задачі):**

1. Хвора П., 40 років, звернулась в стоматологічну поліклініку із скаргами на наявність пухлини в ділянці твердого піднебіння, що з'явилась близько 5 місяців тому, в останній час почала збільшуватись. Під час огляду спостерігається безболісна пухлина, щільної консистенції із чіткими межами, слизова оболонка над нею звичайного забарвлення, пухлина з підлеглою кістковою тканиною не спаяна, розміри її до 2 см. Регіонарні лімфатичні вузли не збільшені.

Про яку пухлину можна думати? Які додаткові методи обстеження потрібно провести?

(Відповідь: циліндрома; необхідно провести цитологічне дослідження; по можливості виконати біопсію)

2. Хворому Д., 54 р., проведено радикальне лікування з приводу злоякісної пухлини привушної слинної залози (рак правої привушної слинної залози, T2НОМО). В даний час даних за рецидив та метастази немає.

До якої клінічної групи слід віднести хворого?

(Відповідь: до третьої)

3. Хворий У., 68 років, звернувся із скаргами на прогресуючу асиметрію обличчя, перші прояви якої з'явилися близько 3 тижнів тому назад. Останніми днями відчувається біль в привушно-жувальній ділянці зліва. Під час огляду: параліч мимічної мускулатури зліва по периферичному типу. Шкіра в лівій привушній ділянці синюшна, втягнута, нерухома. Пальпаторно: болісна інфільтрація тканин залози без чіткої межі, розміром до 4 – 5 см пальпуються 2 збільшених до 2 см верхніх шийних лімфовузлів зліва. Контрактура жувальних м'язів.

Про яке захворювання слід думати? Які допоміжні методи дослідження потрібно провести і в якому лікувальному закладі?

(Відповідь: рак привушної слинної залози. Хворого слід направити в онкологічний диспансер. Допоміжні методи діагностики: цитологічний, контрастна рентгенографія слинної залози, рентгенографія органів грудної порожнини)

## **7. ЛІТЕРАТУРА:**

### **Основна література:**

1. Онкологія. За ред. Б.Т. Білинського, Ю.М. Стернюка, Я.В. Шпарика. – Київ: «Здоров'я», 2007. – 527 с.
2. Онкологія за ред. В.П. Баштана, А.Л. Одабашяна, П.В. Шелешка, Тернопіль, “Укрмедкнига” 2003р.
3. Черенков В.Г. Клиническая онкология: Руководство для студентов и врачей. М.: ВУНМЦ МЗ РФ, 1999р – 384 с.
4. Онкологія. За ред. І.Б.Щепотіна. – Київ: «Книга плюс», 2006. – 496 с.

### **Додаткова література:**

1. Пачес А.И. Опухоли головы й шеи. М.: Медицина, 1983.-416 с.
2. Соловьев М.М. Онкологические аспекты в стоматологии. М.: Медицина, 1983, 160 с.
3. Дарьялова С.Л. Принципы лучевого й комбинированного лечения новообразований околоушной слюнной железы. М.: Медицина, 1972.
4. Гистологическая классификация опухолей слюнных желез. Всемирная организация здравоохранения. Женева. 1976.
5. Справочник по онкологии. Под ред. С.А.Шалимова, Ю.А.Гриневича, Д.В.Мясоедова. – Київ: «Здоров'я», 2009. – 576 с.

Міністерство охорони здоров'я України  
Вищий державний навчальний заклад України  
Сумський державний університет  
Медичний інститут

«Затверджено»  
на засіданні кафедри  
стоматології

Завідувач кафедри  
д. мед. н. Лахтін Ю.В.

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ  
ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ  
ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ДО ПРАКТИЧНОГО  
(СЕМІНАРСЬКОГО) ЗАНЯТТЯ

Навчальна дисципліна	Хірургічна стоматологія
Модуль №	3
Змістовний модуль №	3
Тема заняття	Рак і саркома щелеп: походження та гістологічна будова, класифікація, клініка, диференційна діагностика, лікування, ускладнення та профілактика.
Курс	IV
Факультет	Стоматологічний

## 1. АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ.

Рак верхньої щелепи – досить часте захворювання, що складає 3 – 6% всіх злоякісних новоутворень людини та приблизно 40% новоутворень щелепно-лицевої ділянки. Серед захворювань щелеп частіше (у 60-70%) хворих вражається саме верхня щелепа. Більшість хворих злоякісними пухлинами верхньої щелепи починають спеціалізоване лікування у занедбаних стадіях. Причиною є те, що клінічні ознаки на ранніх стадіях захворювання настільки незначні, що хворі не надають їм певного значення і своєчасно не звертаються за медичною допомогою. Затримці своєчасної госпіталізації хворих в онкологічні клініки сприяє і невірне розпізнавання захворювання в поліклініках, що призводить до неправильного тривалого лікування від інших захворювань.

В зв'язку з тим, що верхня щелепа розташована на межі лицевого та мозкового черепу, рак цієї локалізації (на ранніх стадіях має безсимптомний перебіг) є захворюванням яке безпосередньо загрожує життю хворих. Та обставина, що виникненню раку верхньощелепної пазухи передують її хронічне запалення, визначає спрямованість профілактичних міроприємств. Роль лікаря-стоматолога в них дуже відповідальна, тому що значну частину хронічних гайморитів складають так звані одонтогенні гайморити.

## 2. КОНКРЕТНІ ЦІЛІ:

- 2.1. Аналізувати епідеміологію рака верхньої та нижньої щелепи.
- 2.2. Пояснювати передракові захворювання щелеп.
- 2.3. Запропонувати сучасні методи діагностики рака верхньої та нижньої щелеп.
- 2.4. Класифікувати злоякісні новоутворення щелеп.
- 2.5. Трактувати патогістологічну структуру рака щелеп.
- 2.6. Малювати схеми злоякісних новоутворень щелеп.
- 2.7. Проаналізувати сучасні методи лікування рака верхньої та нижньої щелеп.
- 2.8. Скласти план лікування хворих на злоякісні новоутворення щелеп.

## 3. БАЗОВІ ЗНАННЯ, ВМІННЯ, НАВИЧКИ, НЕОБХІДНІ ДЛЯ ВИВЧЕННЯ ТЕМИ (міждисциплінарна інтеграція).

Назви попередніх дисциплін	Отримані навички
1.Анатомія людини.	Описувати анатомічну будову верхньої та нижньої щелеп, кровопостачання та інервацію щелепно-лицевої ділянки, лімфатичну систему.
2.Гістологія.	Знати гістологічну будову тканин верхньої та нижньої щелеп.
3.Патологічна анатомія.	Знати патологічну зміну тканин при злоякісних пухлинах щелеп.
4.Внутрішні хвороби.	Обстежувати хворого. Описувати медичну документацію (історію хвороби, амбулаторну карту та ін.
5.Загальна хірургія.	Зобразити схематично методи оперативних втручань при злоякісних пухлинах щелеп.
6.Фармакологія.	Призначувати хіміотерапевтичне лікування хворим зі злоякісними новоутвореннями щелеп.
7.Променева діагностика та променева терапія.	Призначувати методи променевої та радіоізотопної діагностики щелеп. Призначувати променеве лікування злоякісних пухлин щелеп.

## 4. ЗАВДАННЯ ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ДО ЗАНЯТТЯ.

### 4.1. Перелік основних термінів, параметрів, характеристик, які повинен засвоїти студент при підготовці до заняття:

Термін	Визначення
Продовження хвороби.	Prolongation morbid.
2. Половинна резекція нижньої щелепи.	Hemiresekcija mandibula.

**4.2. Теоретичні питання до заняття:**

1. Епідеміологія раку верхньої та нижньої щелеп.
2. Патологічна анатомія раку злоякісних пухлин щелеп.
3. Які методи діагностики застосовують при злоякісних новоутвореннях щелеп?
4. Клініка раку верхньої щелепи.
5. Як класифікуються злоякісні новоутворення?
6. Методи діагностики раку верхньої щелепи.
7. Шляхи метастазування пухлин щелеп.
8. Принципи лікування раку верхньої щелепи.
9. Клініка раку нижньої щелепи.
10. Лікування раку нижньої щелепи.
11. Які хіміотерапевтичні препарати та за якою схемою застосовують при злоякісних новоутвореннях щелеп?
12. Реабілітація хворих на рак щелеп.

**4.3. Практичні роботи (завдання), які виконуються на занятті:**

1. Обстеження хворого зі злоякісними пухлинами щелеп.
2. Пальпаторне дослідження м'яких навколо-щелепних тканин.
3. Пальпаторне дослідження регіонарних лімфовузлів.
4. Пункція пухлини нижньої щелепи.
5. Пункція регіонарних лімфовузлів.
6. Біопсія пухлини.
7. Вміння оцінювати рентгенограми.
8. Пункція гайморової пазухи
9. Вміння формулювати діагноз злоякісного новоутворення слинної залози з визначенням стадії процесу та клінічної групи.
10. Скласти план лікування та диспансерного спостереження.
11. Оформляти медичну документацію
12. Здійснювати догляд за післяопераційними хворими.

**5. ЗМІСТ ТЕМИ:**

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

**Серед пухлин щелеп слід розрізняти:**

- первинні;
- вторинні;
- метастатичні новоутворення.

**Первинний плоскоклітинний рак** щелеп зустрічається дуже рідко і розвивається із епітеліальних островків Малаясе, епітеліальних 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 епітеліальною 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 мерехтливого епітелію слизової оболонки гайморової пазухи розвивається внаслідок тривалого хронічного запального процесу з періодичними загостреннями.

А. 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.

**Класифікації 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;

**IIb стадія** – пухлина такого ж, або меншого розміру з поодиноким рухомим 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;

**IIIb стадія** – пухлина такого ж, або меншого ступеню розповсюдження 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;

**IVb 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

**(коди МКХ – О С31.0, 1) за системою TNM (6-е видання, 2002 рік)**

Анатомічні розділи та підрозділи

**Верхньощелепний синус – С31.0**

**Решітчастий синус – С31.1**

**Регіонарні лімфатичні вузли**

Регіонарними лімфатичними вузлами є шийні лімфатичні вузли

TNM клінічна класифікація

T — первинна пухлина.

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

T<sub>0</sub> — первинна пухлина не визначається.

T<sub>is</sub> — преінвазивна карцинома (carcinoma in situ).

Верхньощелепний синус

T<sub>1</sub> — пухлина обмежена слизовою оболонкою 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 ямку, решітчастий синус.

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

Носова порожнина і решітчастий синус

T<sub>1</sub> — пухлина обмежена будь-яким одним підрозділом і/або без деструкції кістки.

T<sub>2</sub> — пухлина проникає в носову порожнину.

T<sub>3</sub> — пухлина поширюється на передню частину орбіти і/або верхньощелепний синус.

T<sub>4</sub> — пухлина з інтракраніальним поширенням; поширенням на орбіту, включаючи верхівку, із захопленням основного і/або лобного синуса і/або шкіри носа.

N — регіонарні лімфатичні вузли.

N<sub>x</sub> — недостатньо даних для оцінки стану регіонарних лімфатичних вузлів.

N<sub>0</sub> — немає ознак ураження регіонарних лімфатичних вузлів.

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

N<sub>2c</sub> — білатеральні або контралатеральні метастази в лімфатичні вузли розміром до 6 см у найбільшому вимірі.

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

**Примітка:** Лімфатичні вузли по середній лінії тіла вважаються гомолатеральними.

M — віддалені метастази.

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

M<sub>0</sub> — немає ознак віддалених метастазів.

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

#### **pTNM Патоморфологічна класифікація**

Категорії pT, pN і pM відповідають категоріям T, N і M

pN<sub>0</sub> — Матеріал для гістологічного дослідження після селективної шийної регіонарної лімфаденектомії повинен включати не менше 6 лімфатичних вузлів.

Матеріал для гістологічного дослідження після радикальної чи модифікованої радикальної шийної лімфаденектомії повинен включати не менше 10 лімфатичних вузлів.

G — Гістопатологічна градація.

G<sub>x</sub> — Ступінь диференціації не може бути визначений.

G<sub>1</sub> — Високий ступінь диференціації.

G<sub>2</sub> — Середній ступінь диференціації.

G<sub>3</sub> — Низький ступінь диференціації.

G<sub>4</sub> — Недиференційована пухлина.

#### **Групування за стадіями**

Стадія 0	T <sub>is</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>	N <sub>0</sub>	M <sub>0</sub>
Стадія III	T <sub>1</sub>	N <sub>1</sub>	M <sub>0</sub>
	T <sub>2</sub>	N <sub>1</sub>	M <sub>0</sub>
	T <sub>3</sub>	N <sub>0</sub> , N <sub>1</sub>	M <sub>0</sub>
Стадія IVA	T <sub>4</sub>	N <sub>0</sub> , N <sub>1</sub>	M <sub>0</sub>
Стадія IVB	T <sub>4b</sub>	будь-яке N	M <sub>0</sub>
Стадія IVC	будь-яке T	N <sub>3</sub>	M <sub>0</sub>
	будь-яке T	будь-яке N	M <sub>1</sub>

#### **Клініка.**

Клінічні ознаки початкових стадій раку верхньощелепної пазухи настільки незначні, що хворі зазвичай не надають їм потрібної уваги 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:

#### **Ринологічні:**

гнійно-кров'янисті виділення з носа;

однобічне утруднення або повна відсутність носового дихання;

деформація зовнішнього носа, зміщення носа в здоровий бік;

аносмія.

#### **Стоматологічні:**

зубний біль (переважно в ділянці молярів);

розхитування зубів;

дистопія зубів (латеральна девіація);

деформація, потовщення альвеолярного відростка верхньої щелепи, піднебіння;

тенденція до утворення ороантральних сполучень після екстракції зубів; контрактура жувальних м'язів (інвазія в ділянку крилоподібних м'язів).

**Офтальмологічні:**

екзофтальм;  
диплопія;  
сльозотеча (обструкція слезоносової протоки);  
набряк повік;  
зниження гостроти зору.

**Неврологічні:**

прозопалгії (біль в ділянці обличчя);  
симптоматичні тригемінальні невралгії;  
парестезії в зоні іннервації суборбітального нерву;  
виснажливий головний біль.

Визнаючи 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.

Перша площина – 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:**

нижньопередньовнутрішній  
нижньопередньозовнішній  
верхньозадньовнутрішній  
верхньозадньозовнішній

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, слизово-гнійні 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 відділу піднебіння, альвеолярного відростка верхньої щелепи. Пухлина може розповсюджуватись на м'які тканини. Носогубна борозна 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 підскроневу та крилопіднебінну ямку виникають явища контрактури жувальних м'язів.

Пухлини задньоверхньовнутрішнього 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 слезового каналу виникає слезотеча.

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



### **Діагностика.**

Для встановлення діагнозу злоякісної пухлини верхньощелепної пазухи ретельно знайомляться із анамнезом захворювання, в якому є можливість простежити невпинне зростання симптомів захворювання і відсутність ефекту від лікувальних заходів.

Зовнішній огляд хворого. Під час зовнішнього огляду хворого в пізніх стадіях захворювання визначають асиметрію, деформацію лицьового скелету, зміщення очного яблука.

Мануальне обстеження. За допомогою пальпації вдається визначити інфільтрацію м'яких тканин у ділянці іклової ямки і нижньоорбітального краю, деформацію схилю носа та вилицевої кістки.

Передня риноскопія. За допомогою передньої риноскопії можна виявити пухлину в порожнині носа, видалити шматочок пухлини для гістологічного дослідження. Якщо пухлина не виходить за межі пазухи, виконують її пункцію і проводять цитологічне дослідження пунктату.

Задня риноскопія. За допомогою задньої риноскопії можна встановити наявність або відсутність проростання пухлини в носоглотку. При цьому необхідно відрізнити "провисання" пухлини через хоани в просвіт носоглотки від пухлинної інфільтрації її стінок, бо це є одним із критеріїв операбельності хворого.

Огляд порожнини рота дає змогу визначити деформацію альвеолярного відростка й піднебіння; дистопію, 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 (горбиста, гладенька), спаяність з м'якими тканинами щоки.

Пальпаторне обстеження регіонарних лімфатичних вузлів. Пальпація піднижньощелепних, привушних, шийних і надключичних лімфовузлів має велике діагностичне значення. При метастазах пухлин в піднижньощелепну ділянку та ділянку шиї визначаються щільні, частіше безболісні, лімфовузли, які в подальшому стають нерухомими та зливаються в суцільні конгломерати.

Рентгенологічне дослідження лицьового скелету відіграє значну роль в уточненні клінічного діагнозу злоякісних пухлин верхньої щелепи. Використовується як оглядова, так і прицільна рентгенографія. Особливо інформативними є рентгенограми в носопідборідній (окципітоментальній) проекції та панорамна рентгенографія верхньої щелепи (за В.Д. Сидорою із співавт.). Чільне місце в рентгенологічному дослідженні займає 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.

Обстеження окуліста. При локалізації пухлини в задньоверньомедіальному секторі необхідно визначити стан орбіти, зокрема цілість її стінок і рухомість очного яблука.

Фіброскопія. Ступінь розповсюдженості пухлини на задні відділи носових ходів і носоглотку можна виявити за допомогою фіброскопії.

Морфологічна верифікація. 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. В усіх випадках, коли можна виконати операцію, перевагу надають саме комбінованому методу лікування. Він складається з 2 етапів:

Перший етап – складається із передопераційного курсу дистанційної гамма-терапії (сумарною дозою на вогнище 40-45 Гр). 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 злоякісності. Післяопераційна променева терапія показана лише тоді, коли немає впевненості в радикалізмі виконаної операції.

Другий етап – 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 екцентерацією 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 шиї одночасно з резекцією щелепи (якщо дозволяє стан хворого) виконують фасціальну-футлярну видалення клітковини шиї за Пачесом або операцію Крайля відповідно.

В.С. Проциком розроблений комбінований метод лікування раку верхньої щелепи з застосуванням внутрішньоартеріальної хіміотерапії метотрексатом, наступної телегамматерапії 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 стенового аплікатора з препаратами  $Co^{60}$  і підведенням дози на післяопераційну рану 35-40 Гр.

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.

#### **Реабілітація.**

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 із допомогою ектопротезів.

#### **Прогноз.**

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.

Б. Злоякісні пухлини нижньої щелепи.

Етіологія.

#### **Зустрічаються первинні, вторинні та метастатичні пухлини.**

Первинний плоскоклітинний рак нижньої щелепи дуже рідко розвивається із епітеліальних залишків гертвігової мембрани.

Вторинний рак нижньої щелепи найчастіше розвивається внаслідок переходу процесу із слизової оболонки альвеолярного відростка нижньої щелепи. Крім того, нижня щелепа часто втягується в пухлинний процес при розповсюдженні раку слизової оболонки альвеолярного відростку, дна порожнини рота, ретромолярної ділянки, щоки.

Метастатичний рак нижньої щелепи. Метастази в нижню щелепу інколи спостерігаються при ураженні первинним раком внутрішніх органів, щитовидної та грудної залози.

#### **Патологічна анатомія.**

Найчастіше рак нижньої щелепи належить до пухлин, що мають будову плоскоклітинної з ороговінням і, рідше – без ороговіння карциноми. Пухлина може бути представлена ендодифізною або екзодифізною формою росту. Метастази раку нижньої щелепи спостерігаються значно частіше, ніж при ураженні верхньої щелепи. Метастазування 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 за ходом нижньоальвеолярного нерва. Поступово збільшується здуття 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 гребеня, укривається виразками 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 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 пізні 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.

морфологічна верифікація:

в ранніх стадіях раку нижньої щелепи необхідне цитологічне дослідження пунктату,

при проростанні пухлиною альвеолярного відростка і появі виразок на слизовій оболонці, виконується біопсія пухлини,

обов'язкове 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 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 гамма-терапія на вогнище і регіонарні піднижньощелепні лімфатичні вузли сумарною вогнищевою дозою 45 – 60 Гр.

**II етап** – хірургічне лікування 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 занедбаними стадіями призначають:**

а) паліативну променеву терапію (до 70 Гр);

б) регіонарну внутрішньоартеріальну хіміотерапію цитостатиками (метотрексат, блеоміцин, цисплатин 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). 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.

### **Реабілітація.**

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 не безпосередньо після операції видалення пухлини, а через 10-12 місяців.

### **Прогноз.**

Прогноз при злоякісних захворюваннях нижньої щелепи дуже несприятливий – п'ятирічне виживання після лікування всіх злоякісних пухлин цієї локалізації спостерігається у 18% - 30% хворих.

В. Саркоми щелепно-лицевої ділянки

**Саркома** – злоякісна пухлина мезенхімного походження частіше уражає щелепи, рідше локалізується в оточуючих м'яких тканинах. Найчастіше 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:

ниючий біль, який спочатку турбує хворого вночі, а потім набуває постійного характеру;

рухомість зубів і деформація щелепи у вигляді її здуття;

зниження електрозбуджуваності зубів, верхівки яких розташовані в зоні росту пухлини;

сукровичні виділення з носового ходу, ускладнення носового дихання можуть спостерігатись при ураженні верхньої щелепи;

парестезія в ділянці шкіри підборіддя та половини нижньої губи (симптом Венсана) при ураженні нижньої щелепи.

У хворих з центральними саркомами під час рентгенологічного обстеження визначаються вогнища деструкції кісткової тканини округлої форми з нечіткими нерівними контурами, періостальними козирками.

**При периферійних саркомах** щелеп одним із перших симптомів є:

деформація щелепи – потовщення певного її відділу;

виразки слизової оболонки - периферійні пухлини альвеолярних відростків часто травмуються під час жування, що викликає виникнення виразок слизової оболонки, яка покриває пухлину, і приєднання інфекції;

патологічна рухомість зубів виникає внаслідок деструкції кісткової тканини і тканин пародонту;

досягнення за короткий час значних розмірів новоутворення веде до порушення носового дихання, змикання зубних рядів, обмеження рухомості нижньої щелепи, ускладнення розмови і приймання їжі.

Рентгенологічна картина при периферичних саркомах щелеп характеризується:

відшаруванням окістя;

формуванням новоутвореної кісткової тканини у вигляді періостальних нашарувань і окремих шипів (спікул).

Для сарком притаманна експансивна форма росту, при цьому збільшення маси пухлини відбувається значно швидше, ніж у хворих на рак. До появи метастазів та пухлинних виразок 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 неоперабельних хворих застосовується хіміотерапія в поєднанні з променевою терапією.

### **Навчальний процес.**

Доповнення відповідей студентів з демонстрацією хворих, стендів, таблиць, рентгенограм. Потрібно з'ясувати чим відрізняються рентгенограми при запальних процесах, доброякісних та злоякісних пухлинах. По схемах продемонструвати розтини при оперативних втручаннях.

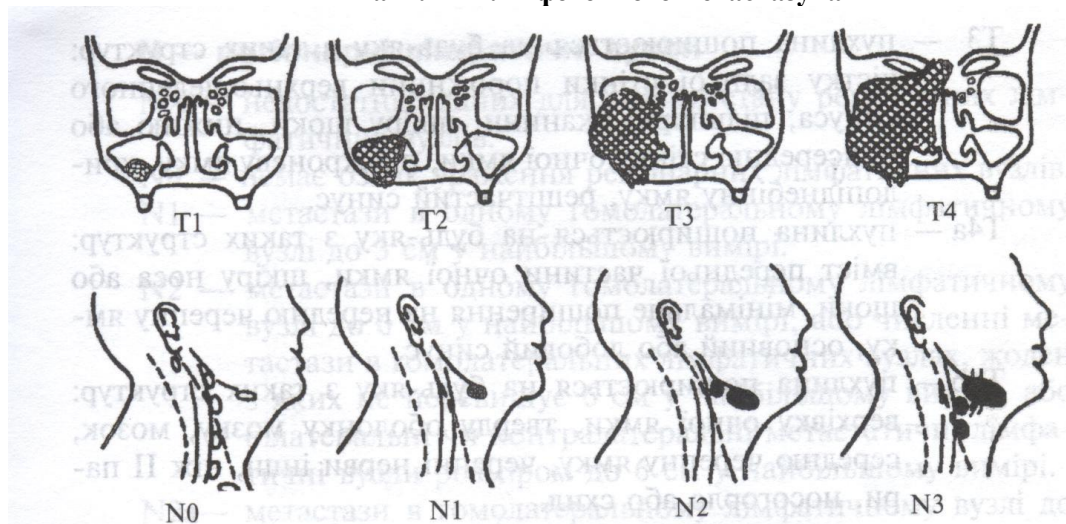
Прийом, курація тематичних хворих проводиться в поліклініці та стаціонарі ПКОД. При наявності декількох хворих за темою студенти розділяються на підгрупи по 2 – 3, самостійно обстежують хворих, вивчають результати спеціальних методів обстеження, в разі необхідності виконують під керівництвом викладача пункцію.

Складається план обстеження та лікування хворого, заповнюється медична документація, виписуються необхідні рецепти. Заняття можна продовжити в перев'язувальній кімнаті, вивчивши стан хворого після операції на слинній залозі, навчити студентів вести післяопераційний період у хворих.

## 6. МАТЕРІАЛИ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ:

### А. Завдання для самоконтролю:

Схема росту пухлини верхньощелепної пазухи та шляхи лімфогенного метастазування



### Б. Задачі для самоконтролю:

1. Площини Онгрена умовно поділяють верхньощелепну пазуху на які сектори?  
(Відповідь: передньо-нижньо-задній, задньо-верхньо-внутрішній, задньо-верхньо-зовнішній)
2. Що включають в блок видаляємих тканин при операції Крайля?  
(Відповідь: у блок тканин, що видаляються включається клітковина і лімфатичні вузли шиї, грудинно-ключично-соскоподібний м'яз, внутрішня яремна вена, додатковий нерв, піднижньощелепна залоза і нижній полюс привушної залози)
3. Що включають в блок видаляємих тканин при операції Ванаса?  
(Відповідь: видаляються підпідборідкові, піднижньощелепні лімфатичні вузли і глибокі шийні лімфовузли в зоні від двочервцевого м'яза до верхнього краю сухожилка лопатково-під'язичного м'яза, обидві піднижньощелепні залози і нижній полюс привушної залози)

### В. Матеріали для тестового контролю. Тестові завдання з одиничною правильною відповіддю ( $\alpha=II$ ):

1. Клінічні симптоми ураження верхньо-задньо-медіального сегменту (за Онгреном) верхньощелепної пазухи є:
  - А. Рухомість фронтальних зубів.
  - В. Рухомість молярів, «тризм».
  - С. Екзофтальм, диплопія, слъзотеча.
  - Д. Екзофтальм, диплопія, парестезія в зоні інервації 3 гілки трійчастого нерва.
  - Е. Асиметрія обличчя.
(Правильна відповідь: С)
2. Рентгенографічна картина одонтогенної карциноми (первинного раку) нижньої щелепи?

- A. Осередок розрідження кісткової тканини з чіткими межами, репаративні процеси в навколишній кістці відсутні.
- B. Осередок розрідження кісткової тканини без чітких меж, репаративні процеси в навколишній кістці відсутні.
- C. Осередок розрідження кісткової тканини з чіткими межами, виражені репаративні процеси в навколишній кістці.
- D. Осередок розрідження кісткової тканини без чітких меж, виражені репаративні процеси в навколишній кістці.
- E. Осередок розрідження кісткової тканини з чіткими межами у вигляді «мильних пухирів».

(Правильна відповідь: B)

3. Синонім первинного (центрального) раку щелепи:

- A. Саркома щелепи.
- B. Саркома Юінга.
- C. Одонтогенна карцинома.
- D. Хвороба Педжета.
- E. Одонтоамелобластома.

(Правильна відповідь: C)

### **Г. Навчальні задачі 3-го рівня (нетипові задачі):**

1. У хворого є припухлість гіперемія в ділянці внутрішнього кута ока, слезотеча на стороні поразки, слизово-гнійні і кров'янисто-гнійні виділення з носа зі смердучим запахом, екзофтальм, обмеження рухів очного яблука, діплопія і зниження гостроти зору.

Де знаходиться ракова пухлина?

(Відповідь: у задньо-верхньо-внутрішньому відділу)

2. У хворого є деформація верхньої щелепи зліва, гнійно-кров'янисті виділення з носу, утруднене носове дихання, зниження чутливості шкіри підочної ділянки, рухомість 24, 25, 26, 27. На рентгенограмі додаткових пазух носа відмічається затемнення лівої верхньощелепної пазухи та резорбція зовнішньої кістки.

Поставте попередній діагноз.

(Відповідь: зляквісна пухлина лівої верхньої щелепи)

3. При раковій пухлині у верхньощелепній пазусі як будуть виражені реактивні і репаративні процеси з боку кістки й окістя, що можуть бути виявлені при проведенні рентгенологічного дослідження?

(Відповідь: не виражені (відсутні))

## **7. ЛІТЕРАТУРА:**

### **Основна література:**

1. Онкологія. За ред. Б.Т. Білинського, Ю.М. Шпарика. – Київ: «Здоров'я», 2004. – 527 с.
2. Онкологія /За ред. В.П.Баштана, А.Л. Одабашьяна, П.В. Шелешка. – Тернопіль; Укрмедкнига, 2003. – 316 с.
3. Черенков В.Г. Клиническая онкология: Руководство для студентов и врачей. М.: ВУНМЦ МЗ РФ, 1999. – 384 с.

### **Додаткова література:**

1. Онкологія. За ред. І.Б. Щепотіна. – Київ: «Книга плюс», 2006. – 496 с.
2. Пачес А.И. Опухоли головы и шеи. М.: Медицина, 1983. – 416 с.
3. Соловьёв М.М. Онкологические аспекты в стоматологии. М.: Медицина, 1983. – 160 с.
4. Гистологическая классификация опухолей слюнных желёз. Всемирная организация здравоохранения. Женева, 1976.
5. Справочник по онкологии. Под ред. С.А. Гриневича, Д.В. Мясоедова. – Київ. «Здоров'я», 2009. -576 с.
6. Вибрані лекції з клінічної онкології. За ред. проф. Г.В. Бондаря і проф. С.В. Антіпової. Луганськ, 2009. – 560 с.

Міністерство охорони здоров'я України  
Вищий державний навчальний заклад України  
Сумський державний університет  
Медичний інститут

«Затверджено»  
на засіданні кафедри  
стоматології

Завідувач кафедри  
д. мед. н. Лахтін Ю.В.

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ  
ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ  
ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ДО ПРАКТИЧНОГО  
(СЕМІНАРСЬКОГО) ЗАНЯТТЯ

Навчальна дисципліна	Хірургічна стоматологія
Модуль №	3
Змістовний модуль №	3
Тема заняття	Рак губи. Рак органів порожнини рота (язика, щоки, дна порожнини рота, твердого та м'якого піднебіння). Походження та гістологічна будова, класифікація, клініка, диференційна діагностика, лікування, ускладнення, профілактика.
Курс	IV
Факультет	Стоматологічний

## 1. АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ.

Останніми роками спостерігається безперервний ріст частоти захворюваності на рак слизової оболонки порожнини рота та язика. Тому майбутній лікар повинен бути обізнаний із причинами виникнення раку; необхідне розуміння канцерогенезу, без чого неможна теоретично обґрунтувати застосування як профілактичних заходів, так і методів лікування. Ефективність лікування злоякісних пухлин повністю залежить від стану діагностики., оволодіння принципами і практичними навичками з профілактики, ранньої діагностики, знання показань та протипоказань до сучасних методів лікування онкологічних захворювань і організації онкологічної служби необхідно для своєчасного направлення хворих з пухлинами до спеціалістів-онкологів.

## 2. КОНКРЕТНІ ЦІЛІ:

- 2.1.Аналізувати захворюваність злоякісних новоутворень губи, язика, слизової оболонки порожнини рота.
- 2.2.Пояснювати патогенез виникнення злоякісних новоутворень губ, слизової оболонки порожнини рота, язика.
- 2.3.Запропонувати методи діагностики злоякісних новоутворень губ, слизової оболонки порожнини рота, язика.
- 2.4.Класифікувати злоякісні новоутворення губ, слизової оболонки порожнини рота, язика.
- 2.5.Трактувати патологічну анатомію злоякісних новоутворень губи, язика, слизової оболонки порожнини рота.
- 2.6.Малювати схеми, графіки злоякісних новоутворень губи, язика, слизової оболонки порожнини рота.
- 2.7.Проаналізувати висновки діагностичних методів злоякісних новоутворень губи, язика, слизової оболонки порожнини рота, встановити діагноз.
- 2.8.Скласти план лікування злоякісних новоутворень губи, язика, слизової оболонки порожнини рота в залежності від стадії захворювання та клінічної групи.

## 3. БАЗОВІ ЗНАННЯ, ВМІННЯ, НАВИЧКИ, НЕОБХІДНІ ДЛЯ ВИВЧЕННЯ ТЕМИ (міждисциплінарна інтеграція).

Назви попередніх дисциплін	Отримані навички
1. Анатомія людини.	Описання анатомічної будови та особливостей кровопостачання, інервації, лімфатичної системи голови та шиї.
2. Гістологія.	Знання гістологічної будови тканин губ, язика, слизової оболонки порожнини рота.
3. Патологічна анатомія.	Знання патологічних змін в гістологічній будові тканин губ, язика, слизової оболонки порожнини рота при злоякісних новоутвореннях.
4. Внутрішні хвороби.	Описання історії хвороби, порівняння клінічних обстежень.
5. Загальна хірургія.	Схематичне зображення операцій при злоякісних новоутвореннях губ, слизової оболонки порожнини рота, язика.
6. Пропедевтика хірургічної стоматології.	Володіння забору матеріалу для цитологічного дослідження.

## 4. ЗАВДАННЯ ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ДО ЗАНЯТТЯ.

4.1. Перелік основних термінів, параметрів, характеристик, які повинен засвоїти студент при підготовці до заняття:

Термін	Визначення
1. Рак на місці.	Це cancer in situ.
2. Біопсія тотальна.	Це біопсія in toto.
3. Продовження захворювання.	Prolongatio morbi.
4. Метастаз.	Це вторинне патологічне вогнище, яке виникає в



	результаті переносу в організмі різного патологічного матеріалу.
Канцерогенез.	Це механізм розвитку раку.

#### 4.2. Теоретичні питання до заняття:

1. Які фактори впливають на виникнення злоякісних новоутворень губ, язика, слизової оболонки порожнини рота.
2. Як класифікуються злоякісні новоутворення губ, язика, слизової оболонки порожнини рота (вітчизняна класифікація)?
3. Як класифікуються злоякісні новоутворення губ, язика, слизової оболонки порожнини рота за класифікацією TNM (міжнародна класифікація ВООЗ)?
4. Які принципи діагностики злоякісних новоутворень губ, язика, слизової оболонки порожнини рота.
5. Що таке цитологічний метод дослідження? Які методи забору матеріалу при злоякісних новоутвореннях губ, язика, слизової оболонки порожнини рота Ви знаєте? Методики виконання.
6. Що таке біопсія? Які методи біопсії губ Ви знаєте? Методики виконання різних методів біопсії.
7. Яких правил слід дотримуватись під час взяття біопсії?
8. Які принципи лікування злоякісних новоутворень губ, язика, слизової оболонки порожнини рота.
9. Що таке комбіноване лікування?
10. Що таке комплексне лікування?
11. Що таке паліативне лікування?
12. Як виконується диспансеризація хворих із злоякісними новоутвореннями губ, язика, слизової оболонки порожнини рота?

#### 4.3. Практичні роботи (завдання), які виконуються на занятті:

1. Обстежити хворого зі злоякісним новоутворенням губ, слизової оболонки порожнини рота або язика.
2. Заповнити медичну документацію на хворого із злоякісним новоутворенням губ, слизової оболонки порожнини рота або язика.
3. Скласти план обстеження хворого із злоякісним новоутворенням губ, слизової оболонки порожнини рота або язика.
4. Взяти матеріал для цитологічного дослідження пухлини.
5. Провести забор матеріалу для цитологічного дослідження лімфатичних вузлів.
6. Провести забор матеріалу для гістологічного дослідження (виконати біопсію).
7. Поставити та обґрунтувати клінічний діагноз.
8. Скласти та обґрунтувати план лікування.
9. Призначити хворому диспансерний нагляд.

#### 5. ЗМІСТ ТЕМИ:

##### **ЗЛОЯКІСНІ НОВОУТВОРЕННЯ ГУБИ**

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 молодших та старіших хворих. Захворюваність на рак нижньої губи в Україні становить 4,7 на 100 тис. населення, на Полтавщині – 7,1 на 100 тис. (1986 р.).

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 губів каріозними зубами і неправильно виготовленими протезами, мікро опіки та хронічна травма внаслідок паління тютюну, вірусна інфекція та інші.

Патогенез. Внаслідок дегенеративно-проліферативних змін клітин мальпігієвого шару епітелію губи порушуються процеси ороговіння, що призводить до виникнення передракового стану. Згідно класифікації Машкіллейсона облігатними передраками губи є преканцерозний хейлит 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 бородавчаста форми лейкоплакії, шкірний ріг, кератоакантома та інші. Такі захворювання, як хронічний хейлит, ерозивна та гіперкератотична

форма червоного вовчачка 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 ороговіння. Найбільш агресивний – у недиференційованих форм.

Для раку губи характерним є лімфогенне метастазування, віддалені метастази постерігаються рідко. Першим етапом метастазування раку губи є під підборідні і під нижньощелепні лімфатичні вузли, другим етапом – глибокі шийні лімфатичні вузли (позадущелепні, вздовж внутрішньої яремної вени і сонної артерії), третій етап – надключичні.

**Класифікація раку губи.** В залежності від розповсюдженості пухлинного процесу вітчизняна класифікація передбачає розподіл раку губи на чотири 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 частішу 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.

#### **Класифікація раків губи, слизової оболонки порожнини рота, язика.**

(коди МКХ – 10 C00; C02 – 06) за системою TNM (6-е видання, 2002 рік)

Анатомічні розділи та підрозділи

Губа

Зовнішня поверхня верхньої губи (червона облямівка) – C00.0

Зовнішня поверхня нижньої губи (червона облямівка) – C00.1

Комісури губи – C00.6

Порожнина рота

Слизивий шар щік:

Слизива поверхня верхньої і нижньої губи (C00.3, C00.4).

Слизива оболонка щоки (C06.0).

III. Ретромолярна ділянка (C06.2).

IV. Щічно-губна борозда, верхня і нижня – присінок рота (C06.1).

Альвеолярна поверхня (відросток) слизової оболонки ясен верхньої щелепи (C03.0).

Альвеолярна поверхня (відросток) слизової оболонки ясен нижньої щелепи (C03.1).

Тверде піднебіння (C05.0).

Язик:

Дорсальна поверхня передніх двох третин язика (C02.0) і бічна поверхня (C02.1).

Вентральна (нижня) поверхня передніх двох третин язика (C02.2).

Передня частина дна ротової порожнини (C04.0).

TNM Клінічна класифікація

T - первинна пухлина;

T<sub>x</sub> – недостатньо даних для оцінки первинної пухлини;

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

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

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

T<sub>2</sub> – пухлина понад 2 см, але не більш ніж 4 см в найбільшому вимірі;

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

T<sub>4</sub> – губа: пухлина поширюється на сусідні структури (наприклад, кортикальний шар нижньої щелепи, нижній альвеолярний нерв, дно ротової порожнини, шкіру обличчя);

T<sub>4a</sub> – порожнина рота (резектабельні): пухлина поширюється на сусідні структури (наприклад, кортикальний шар кістки, глибокі м'язи язика, верхньощелепну пазуху, шкіру обличчя);  
 T<sub>4b</sub> – порожнина рота (нерезектабельні): пухлина поширюється на жувальні м'язи, крилоподібну пластинку або основу черепа і (або) охоплює внутрішню сонну артерію;  
 N – регіонарні лімфатичні вузли;  
 N<sub>x</sub> – недостатньо даних для оцінки стану регіонарних лімфатичних вузлів;  
 N<sub>0</sub> – немає ознак ураження регіонарних лімфатичних вузлів;  
 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 контрлатеральні метастатичні 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>2b</sub> – чисельні метастази в гомолатеральних лімфатичних вузлах, жоден з яких не перевищує 6 см у найбільшому вимірі;  
 N<sub>2c</sub> – білатеральні або контрлатеральні метастатичні лімфатичні вузли розміром до 6 см у найбільшому вимірі;  
 N<sub>3</sub> – метастази в лімфатичні вузли розміром понад 6 см у найбільшому вимірі.  
 Примітка: лімфатичні вузли по середній лінії тіла вважаються гомолатеральними.  
 M – віддалені метастази;  
 M<sub>x</sub> – недостатньо даних для визначення віддалених метастазів;  
 M<sub>0</sub> – немає ознак віддалених метастазів;  
 M<sub>1</sub> – є віддалені метастази;

#### рTNM Патоморфологічна класифікація

Категорії рТ, рN, рМ відповідають категоріям Т, N та М

рN0 – матеріал для гістологічного дослідження після селективної шийної регіонарної лімфаденектомії повинен включати не менш ніж 6 лімфатичних вузлів; після радикальної чи модифікованої радикальної шийної лімфаденектомії не менш ніж 10 лімфатичних вузлів.

G – гістологічна градація

G<sub>x</sub> – Ступінь диференційної пухлини не може бути визначений;  
 G<sub>1</sub> – високий ступінь диференціації;  
 G<sub>2</sub> – середній ступінь диференціації;  
 G<sub>3</sub> – низький ступінь диференціації;  
 G<sub>4</sub> – недиференційована пухлина.

#### Групування за стадіями

Стадія 0	T <sub>is</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>	N <sub>0</sub>	M <sub>0</sub>
Стадія III	T <sub>3</sub>	N <sub>0</sub>	M <sub>0</sub>
	T <sub>1</sub>	N <sub>1</sub>	M <sub>0</sub>
	T <sub>2</sub>	N <sub>1</sub>	M <sub>0</sub>
	T <sub>3</sub>	N <sub>1</sub>	M <sub>0</sub>
Стадія IVA	T <sub>4a</sub>	N <sub>0</sub> , N <sub>1</sub>	M <sub>0</sub>
	T <sub>1</sub> , T <sub>2</sub> , T <sub>3</sub>	N <sub>2</sub>	M <sub>0</sub>
	T <sub>4a</sub>	N <sub>2</sub>	M <sub>0</sub>
Стадія IVB	T <sub>4b</sub>	будь-яке N	M <sub>0</sub>
	будь-яке рТ	N <sub>2</sub>	M <sub>0</sub>
Стадія IVC	будь-яке Т	будь-яке N	M <sub>1</sub>

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

кратероподібний 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 інфільтрату. Звичайно на межі червоної облямівки 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 пухлини від повільного до швидкого поширення на всю губу, більш інтенсивний при ендofітних формах раку. В більш пізніх періодах як езофитні, так й 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, приєднання пневмонії або від кровотечі з пухлини, що розпадається.

Діагностика. Діагноз раку нижньої губи ґрунтується на даних огляду як неозброєним оком, так і з застосуванням стоматоскопії (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 дає змогу побачити зони, підозрілі на малігнізацію (зони передпухлинних утворень залишаються незабарвленими, а клітини раку фіксують синій колір).

Пальпація губи через всю товщу здійснюється великими і вказівними 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 поводити цитологічне дослідження мазків-відбитків із пухлинної виразки: патологічна ділянка очищується від кірок, некротичного нальоту, після чого береться матеріал для цитологічного дослідження; досліджується також пунктат регіонарних лімфовузлів. Біопсію бажано виконувати в умовах онкодиспансеру.

Рак губи на початкових стадіях розвитку необхідно диференціювати з преанцерозами, туберкульозом і сифілісом. Туберкульозна виразка дуже болюча, плоска, має навколо себе вінчик гіперемії. У сифілітичній виразки підрити 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 радіо резистентних раків застосовують хірургічне лікування – широке прямокутне, трапецієподібне (але не клиноподібне) 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 зміщуваних регіонарних метастазах (II б стадія) – виконується операція Валаха 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 гама-терапія після досягнення 40-45 Гр може бути доповнена близько фокусною рентгенотерапією або внутрішньо-тканинною гама-терапією до загальної сумарної вогнищевої дози 60-65 Гр. При III а стадії виконується операція Валаха за I або II варіантом з профілактичною метою.

Лікування регіонарних метастазів при III б 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 фасціаль-но-футлярне видалення клітковини шиї або операція Крайля.

В IV стадії при відсутності віддалених або множинних не зміщуваних 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 внутрішньо артеріальної регіонарної хіміотерапії (метотрексат, блеоміцин).

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

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

### **ЗЛОЯКІСНІ НОВОУТВОРЕННЯ ЯЗИКА ТА СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ПОРОЖНИНИ РОТА**

Епідеміологія. Захворюваність на рак слизової оболонки порожнини рота, язика в 1996 році в Україні становила 4,25 на 100 тис. населення, а в Полтавській області цей показник був значно вищим – 5,8 на 100 тис. населення. 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 полі етіологічної 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 інші. Внаслідок дії цих чинників слизова оболонка язика та ротової порожнини грубішає, втрачає еластичність, надмірно ороговіє – проявляється дискератоз в тій чи іншій формі.

Передракові захворювання. Згідно з сучасними класифікаціями (А.Л.Машкіллейсон) до передракових захворювань, які передують розвитку раку слизової оболонки порожнини рота належать хвороба Боуена (облігатних передрак) та група факультативних передраків з більшою потенційною злоякісністю – лейкоплакія ерозивна та верукозна, папілома та папіломатоз піднебіння; з меншою потенційною злоякісністю – лейкоплакія плоска, хронічні виразки слизової оболонки порожнини рота, ерозивні та гіперкератотичні форми червоного плоского лишая та червоного вовчака, пост рентгенівський стоматит та інші.

Патологічна анатомія. Макроскопічне 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 валикоподібними 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.

Гістологічне 90 % злоякісних епітеліальних пухлин слизової оболонки порожнини рота є плоскоклітинні роговіючі раки, інколи зустрічаються нероговіючі та недиференційовані. За гістологічною будовою рак передніх відділів язика переважно є плоскоклітинним, роговіючим, тобто високо диференційованим. Ближче до кореня язика зустрічається рак плоскоклітинний нероговіючі, який є менш диференційованим, та перехідні форми. Низькодиференційований 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 уражаються 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 навкологлоткові). 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 а стадія – пухлина або виразка більшого розміру, що вростає в товщу підлеглої м'язової тканини, але не виходить за середню лінію язика.

II б стадія – пухлина такого ж розміру або менша з наявністю однобічних поодиноких рухомих регіонарних метастазів.

III а стадія – пухлина або виразка, що розповсюджується за середню лінію язика або на дно порожнини рота.

III б 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.

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 клінічні 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 з 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 уражується, появляється виразка, інфільтрат 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. 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 виникають збільшені регіонарні лімфатичні вузли, віддалені метастази спостерігаються досить рідко. Найбільш несприятливою локалізацією в порожнині рота вважається рак язика, дна порожнини рота, слизової оболонки ретромолярної ділянки. Для цих локалізацій характерним є більш раннє, часто двобічне або перехресне метастазування і злоякісніший перебіг захворювання.

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 стоматоскопії покращує результативність обстеження.

Для уточнення характеру патологічного осередку на слизовій оболонці доцільно застосовувати прижиттєве фарбування толуїдиновим синім. Зона злоякісної пухлини утримує яскраво-синє забарвлення, нормальна тканини та зона лейкоплакії не забарвлюється.

Під час огляду та пальпації ретромоларної ділянки, дна порожнини рота, язика необхідно язик обережно захопити марлевою серветкою за кінчик і максимально витягти останній в бік, 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 надгортанник. 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, пунктатів лімфовузлів) та біопсії на фоні початкової променевої терапії.

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 розповсюженості, 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, під підборідної та шийної ділянок.

Найкраще розроблена методика лікування раку язика. При лікуванні раку передніх двох третин язика I та II стадії 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 епітеліиту та повної реалізації ефекту променевої терапії, виконують половинну електрорезекцію язика (в II стадії). При наявності регіонарних метастазів виконується операція Валаха (у хворих на рак передньої третини язика) або фасціально-футлярне видалення клітковини ший 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 внутрішньо-тканинною гама-терапією. Після стихання променевих реакцій, а також достатньої регресії пухлини проводиться розширена операція з розтином тканин щоки та електрорезекцією всіх уражених тканин. Таким втручанням повинна передувати перев'язка язикових або зовнішніх сонних артерій та одночасна операція Крайля.

Для цитостатичного лікування застосовують метотрексат, блеомицин, комплексні сполуки платини, адриабластин. Найкраще вживати регіонарну внутрішньо-артеріальну хіміотерапію.

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

При лікуванні раку кореню язика внаслідок складного анатомічного розташування пухлини головним чином застосовують дистанційну гама-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 мало перспективним.

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 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 експертизі у МСЕК з встановленням II групи інвалідності.

### Диференційна діагностика виразкових уражень слизової оболонки порожнини рота

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

### Диференційна діагностика виразкових уражень щелепно-лицевої ділянки (за Д.Л. Коритним)

Види	Декубітальна	Трофічна	Туберкульозна	Сифілітична	Ракова
Локалізація	На ділянках дії травмуючого фактора	Дно порожнини рота, ретромоларний простор, язик	Частіше в середньому відділенні порожнини рота	В будь-якій ділянці порожнини рота та червоної облямівки губ	Частіше губа, язик
Кількість елементів	Поодинокі, мілкі, різної величини	Поодинокі, значної величини, глибокі	1-3 поверхневі, невеликі, з нахилом до периферійного росту	Поодинокі розміром від чечевиці до копійкової монети, круглої або овальної форми	Поодинокі, різної величини

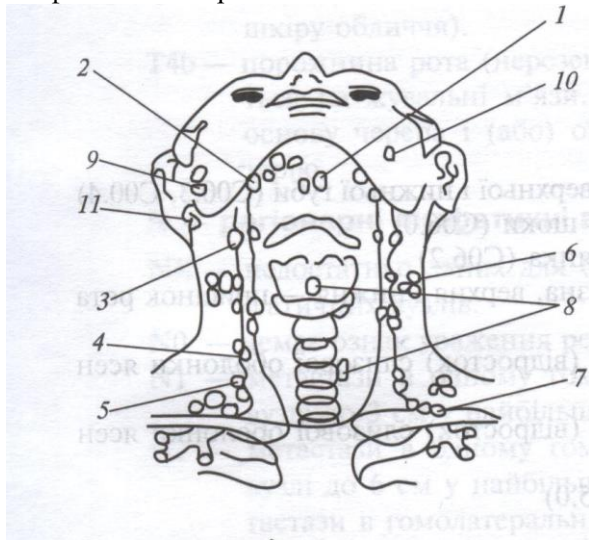


Характеристика: а) країв	Нерівні, фістончасті	Рівні	Підриті, нависаючі, з'їдені	Рівні, щільні, підвищуються над оточуючими тканинами	Нерівні, з'їдені, вивернуті, підвищені
б) дна	Бугристе	Відносно рівне	Вкрите кровотокащим и ранами, іноді залишками сірватожовтуватого розпаду Сіруватожовтий	Рівне	Підрите, легко кровоточить
в) нальоту	Сіро-брудний в невеликій кількості	Обширний некротичний	Дуже болісна, м'яка	Сальний	Кров'янистогнійний або кірки Болюча, значної щільності
г) болючість та консистенція	Слабка болючість, помірно щільна	Безболісна, м'яка	Дуже болісна, м'яка	Безболісна, щільна	Щільний інфільтрат, перебільшені розміри виразки
д) оточуючих тканин	Гіперемовані, набряклі, інфільтровані на невеликому відстані	Мало змінені, бліді	Набряклі, гіперемовані, можуть бути сіруватожовті «тільця Треля» - туберкульозні бугорки	Запалення відсутнє, незначно інфільтровані	Щільний інфільтрат, перебільшені розміри виразки
е) стан регіонарних лімфатичних вузлів	Збільшена, болюча	Зазвичай не змінені	При збільшенні утворюють «пакети», болюче	Збільшення, щільні, безболісні	По первах не змінені, потім – збільшені, щільні, безболісні
Дані цитологічних досліджень	Без особливостей	Значний розпад тканин	Гігантські клітини Ланганса, туберкульозні палички	В зішкрябі знаходяться бліді трепонени	Атипові або ракові клітини
Серологічні реакції	Негативні	Негативні	Позитивні реакції Перкета Манту	Позитивна реакція Вассермана та ін.	Негативні
Загальний стан хворого	Утруднений прийом їжі, субфебрилітет, головні болі, загальна слабкість	Наявні некомпенсовані порушення з боку серцево-судинної системи	Легеневі форми туберкульозу	Задовільне	В термінальній стадії - кахексія

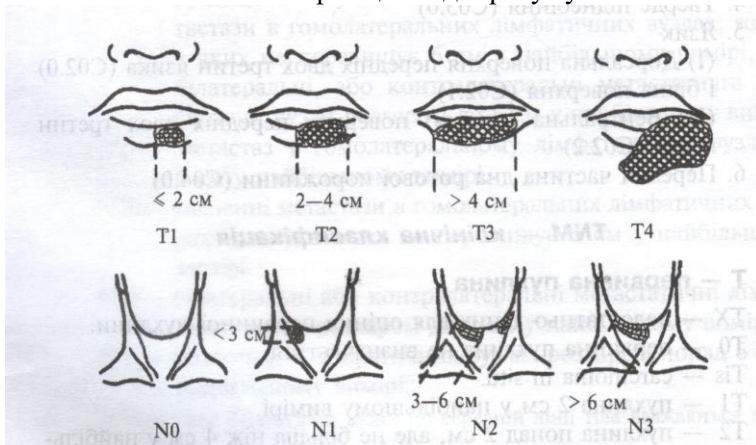
## 6. МАТЕРІАЛИ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ:

### А. Завдання для самоконтролю:

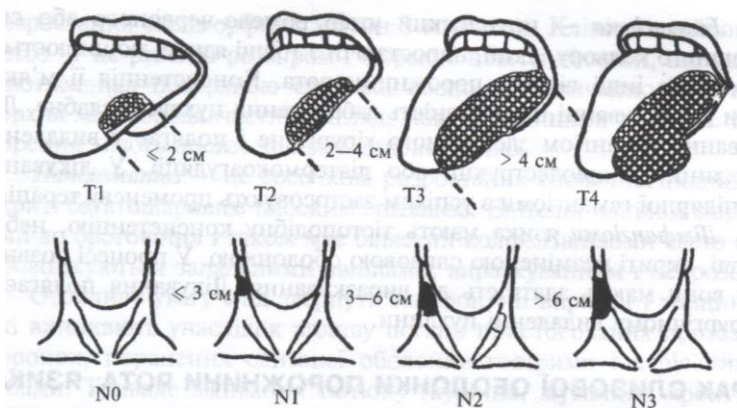
Лімфатичний апарат шії.



Анатомічна схема класифікації стадій раку губи.



Анатомічна схема класифікації стадій раку язика.



### Б. Задачі для самоконтролю:

1. Які гістологічні форми раку губи зустрічаються найчастіше?  
(Відповідь: плоскоклітинний)
2. Які стадії раку язика вважають запущеним?

(Відповідь: III та IV стадія)

3. Вкажіть оптимальний метод лікування рака губи T1N0M0.

(Відповідь: близько фокусна рентгенотерапія)

**В. Матеріали для тестового контролю. Тестові завдання з одиничною правильною відповіддю (α=II):**

1. Захворюваність раком слизової оболонки порожнини рота:

A. Знижується.

B. Стабільна.

C. Підвищується.

(Правильна відповідь: C)

2. Найбільш частою морфологічною формою злоякісних пухлин слизової оболонки порожнини рота є:

A. Плоскоклітинний рак.

B. Саркома.

C. Мукоепідермоїдна пухлина.

D. Циліндрома.

E. Недиференційований рак.

(Правильна відповідь: A)

3. Найбільш частою локалізацією раку слизової оболонки порожнини рота є:

A. Язик.

B. Дно порожнини рота.

C. Слизова щоки.

D. Слизова м'якого піднебіння.

E. Слизова альвеолярного відростка щелепи.

(Правильна відповідь: B)

**Г. Навчальні задачі 3-го рівня (нетипові задачі):**

1. У хворого III., 55 р., в центрі нижньої губи спостерігається виразка 2 см в діаметрі, з валикоподібними краями, спостерігається інфільтрація тканин, що оточують виразку.

Поставте попередній діагноз? В які лімфатичні вузли можливі метастази? Визначте метод лікування хворого.

(Відповідь: рак нижньої губи. Можливі метастази в підщелепні лімфатичні вузли. Лікування комбіноване)

2. Хвора З., 60 років, звернулась із скаргами на біль під час ковтання, що виникла біля 3 тижнів тому і поступово посилюється. Під час огляду на боковій поверхні язика зліва виявлена виразка з переходом на слизову оболонку дна порожнини рота, до 2 см в діаметрі, болісна при пальпації, з кровоточащим дном, спостерігається обмеження рухомості язика. Оточуючі тканини інфільтровані.

Поставте попередній діагноз та вкажіть, які методи дослідження потрібно провести для уточнення діагнозу.

(Відповідь: рак бокової поверхні язика зліва. Необхідно провести біопсію (гістологічний метод) та цитологічне дослідження виразки)

3. Лікар-стоматолог поліклініки виявила у хворого ураження нижньої губи, підозріле на рак.

До якої клінічної групи належить хворий? Яка подальша тактика лікаря-стоматолога?

(Відповідь: клінічна група 1-А. Необхідно провести біопсію або цитологічне обстеження, направити хворого в онкологічний диспансер)

**7. ЛІТЕРАТУРА:**

**Основна література:**

1. Онкологія. За ред. Б.Т. Білтнського, Ю.М. Шпарика. – Київ: «Здоров'я», 2004. – 527 с.

2. Онкологія /За ред. В.П.Баштана, А.Л. Одабашьяна, П.В. Шелешка. – Тернопіль; Укрмедкнига, 2003. – 316 с.

3. Черенков В.Г. Клиническая онкология: Руководство для студентов и врачей. М.: ВУНМЦ МЗ РФ, 1999. – 384 с.

### Додаткова література:

1. Онкологія. За ред. І.Б. Щепотіна. – Київ: «Книга плюс», 2006. – 496 с.
2. Пачес А.И. Опухоли головы и шеи. М.: Медицина, 1983. – 416 с.
3. Соловьёв М.М. Онкологические аспекты в стоматологии. М.: Медицина, 1983. – 160 с.
4. Гистологическая классификация опухолей слюнных желёз. Всемирная организация здравоохранения. Женева, 1976.
5. Справочник по онкологии. Под ред. С.А. Гриневича, Д.В. Мясоедова. – Київ. «Здоров'я», 2009. -576 с.
6. Вибрані лекції з клінічної онкології. За ред. проф. Г.В. Бондаря і проф. С.В. Антіпової. Луганськ, 2009. – 560 с.
7. Стандарти діагностики і лікування онкологічних хворих. Затверджено наказом Міністерства охорони здоров'я України «Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Онкологія» від 17.09.2007 № 554. – 199 с.
8. Руководство по химиотерапии опухолевых заболеваний. Под ред. Н.И. Переводчиковой. – Москва: Практическая медицина, 2005. – 704

