

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

КАФЕДРА ОНКОЛОГІЇ І ОНКОХІРУРГІЇ

«Рекомендовано»
на методичній нараді
кафедри онкології
Завідувач кафедри
професор Шевченко А.І.

«_28_»_серпня_2015 р.

Рак губи, язика. Рак стравоходу, шлунка

Методичні рекомендації для самостійної підготовки студентів-стоматологів 4-го курсу до
практичних занять

<i>Навчальна дисципліна</i>	Онкологія
<i>Модуль №1</i>	
<i>Змістовний модуль №1</i>	Онкологія. Клініка, методи ранньої діагностики та лікування найбільш поширених онкологічних захворювань
<i>Тема заняття</i>	Рак губи, язика. Рак стравоходу, шлунка
<i>Курс</i>	4-й
<i>Факультет</i>	Медичний. Спеціальність: 7.110106 «Стоматологія»

Запоріжжя, 2015

Методичні вказівки для самостійної підготовки студентів-стоматологів IV курсу
медичного факультету до практичних занять

Затверджені на засіданні кафедри 28 серпня 2015 р. Протокол № 1

Укладач: д. мед. н., проф. А.І. Шевченко

Назва теми : Рак губи, язика. Рак стравоходу, шлунка.

Конкретні цілі:

- визначати тактику обстеження і ведення хворого у разі підозри на злоякісну пухлину;
- проводити опитування і фізикальне обстеження хворих на пухлини та аналізувати їх результати у клініці онкології;
- інтерпретувати результати спеціальних методів дослідження (езофаго-гастроскопія, пункційна біопсія лімфовузлів, тощо);
- сформулювати попередній клінічний діагноз у разі онкологічних захворювань (рак губи, язика, стравоходу, шлунка);
- демонструвати вміння ведення медичної документації у клініці онкології;
- демонструвати володіння принципами онкологічної деонтології.

План і організаційна структура заняття:

№ п/п	Основні етапи заняття, їх функції і зміст	Навчальні цілі в рівнях засвоєння	Методи контролю і навчання	Матеріали методичного забезпечення	Час, хв.
I. Підготовчий етап (15%)					
1.1 1.2 1.3	<p>Організаційні заходи</p> <p>Постановка навчальних цілей та мотивація</p> <p>Контроль вхідного рівня знань, навичок, умінь:</p> <p>1. Анатомію порожнини рота;</p> <p>2. Напрямки лімфостoku до лімфовузлів ший від губи, язика, стравоходу та шлунка;</p> <p>3. Анатомічна будова ший;</p> <p>4. Методи діагностики і лікування злоякісних пухлин;</p> <p>5. Види біопсій.</p>	2 рівень	тестування, опитування	Підручники, конспекти лекцій, мультимедійні презентації, граф логічної структури за темою заняття, тести	
II. Основний етап (65%)					
2.1	<p>1. Провести первинний огляд хворого з тематичною патологією та оформити історію хвороби по одній із нозологій, листок призначення діагностично-лікувальних процедур</p> <p>2. Оволодіти уміннями, відповідно до вимог ОКХ, по проведенню, розшифровці, клінічному тлумаченню та оформленню звіту інструментально-лабораторних досліджень хворого</p> <p>3. Задокументувати стандарти діагностики та лікування захворювань, які затверджено МОЗ України,</p> <p>4. Розробити алгоритм діагностики та лікування неорганичних пухлин ший</p> <p>5. Проілюструвати значення до-</p>	3-й рівень 3-й рівень 2-й рівень 3-й рівень 3-й рівень	Перевірка написаної за зразком навчальної історії хвороби Усне опитування Перевірка конспекту Аналіз алгоритму Усне опитування	Тематичні хворі, набори рентгенограм, клінічні історії хвороби, галузеві стандарти	

	даткових методів дослідження для визначення клінічного діагнозу				
III. Заключний етап (20%)					
3.1	Узагальнення теоретичного матеріалу, що вивчався на занятті; оцінка знань студентів; завдання на наступне заняття.		тестування	тести	

Згідно програми після вивчення теми студент повинен знати:

1. Захворюваність на рак губи на Україні
2. Етіологію пухлин губи, язика і слизової оболонки рота
3. Облігатні і факультативні передраки губи, язика і слизової оболонки рота
4. Клініку раку губи, язика і слизової оболонки рота
5. Методи діагностики раку губи, язика і слизової оболонки рота
6. Методи лікування раку губи, язика і слизової оболонки рота
7. Захворюваність на рак стравоходу в Україні.
8. Закономірності метастазування раку стравоходу.
9. Поділ раку стравоходу на стадії та за системою TNM.
10. Клінічні форми раку стравоходу.
11. Клінічну картину раку стравоходу. Патогенез клінічних симптомів. Диференціальний діагноз.
12. Методи діагностики раку стравоходу.
13. Захворюваність на рак шлунка в Україні.
14. Етіологію раку шлунка.
15. Передракові захворювання шлунка.
16. Клінічну картину раку шлунка.
17. Види метастазування та найбільш поширені локалізації метастазів.
18. Методи діагностики раку шлунка

Після вивчення теми студент повинен вміти:

- провести профілактичний огляд з метою виявлення приховано протікаючого злоякісного новоутворення;
- виконати пальпацію периферичних лімфатичних вузлів;
- провести фізикальне обстеження порожнини рота з метою виявлення пухлинної патології;
- провести фізикальне обстеження органів черевної порожнини і зачервного простору з метою виявлення пухлинної патології;
- інтерпретувати рентгенограми, комп'ютерні томограми, сонограми з типовими ознаками новоутворення ;
- інтерпретувати морфологічні і цитологічні висновки при злоякісних новоутвореннях;
- інтерпретувати дані лабораторних досліджень при пухлинних захворюваннях;
- виготовити мазки-відбитки з пухлини;
- сформулювати діагноз злоякісного новоутворення з оцінкою міри поширення пухлини, визначенням стадії захворювання і клінічної групи;
- скласти план обстеження хворого при підозрі на рак;
- оформити облікову документацію на онкологічних хворих.

Методичні рекомендації для самопідготовки

Рак нижньої губи, слизової оболонки порожнини рота. Пухлини слинних залоз. Клініка діагностики, лікування.

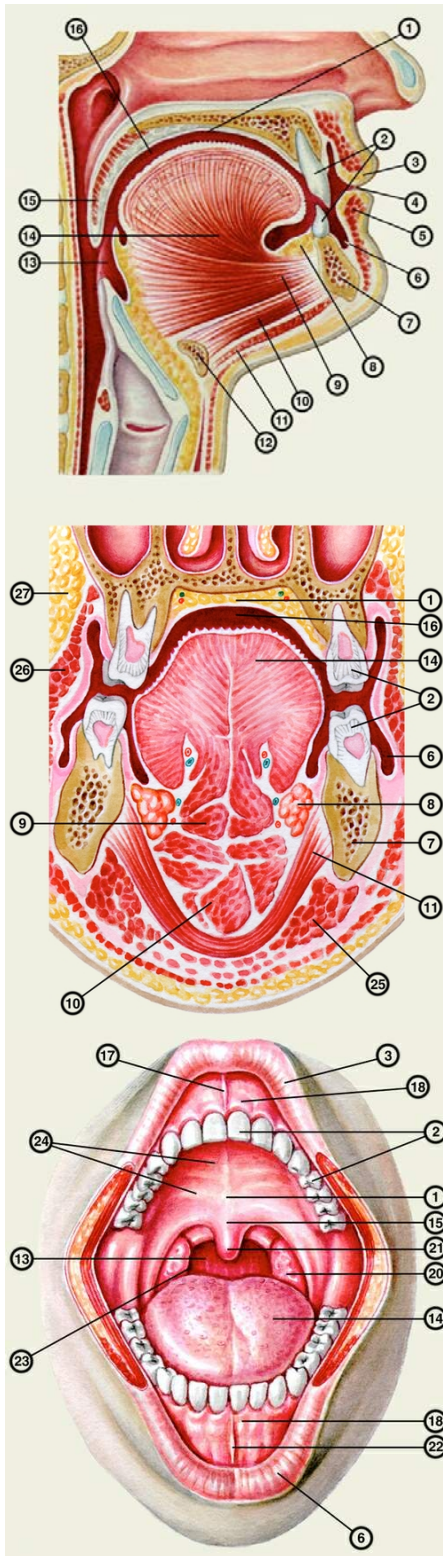


Рис. 1. Ротова порожнина і органи та тканини, що її оточують:

1 — тверде піднебіння; 2 — зуби; 3 — верхня губа; 4 — ротова щілина; 5 — нижня губа; 6 — присінок рота; 7 — нижня щелепа; 8 — під'язична залоза; 9 — підборідньо-язичний м'яз; 10 — підборідньо-підязичний м'яз; 11 — щелепно-підязичний м'яз; 12 — підязична кістка; 13 — зів; 14 — язик; 15 — м'яке піднебіння; 16 — порожнина рота; 17 — вуздечка верхньої губи; 18 — ясна; 19 — піднебінно-язична дужка; 20 — піднебінний мигдалик; 21 — піднебінний язичок; 22 — вуздечка нижньої губи; 23 — піднебінно-глоточна дужка; 24 — поперечні піднебінні зборки; 25 — переднє черевце двубрюшного м'язу; 26 — щічний м'яз; 27 — жирове тіло щоки

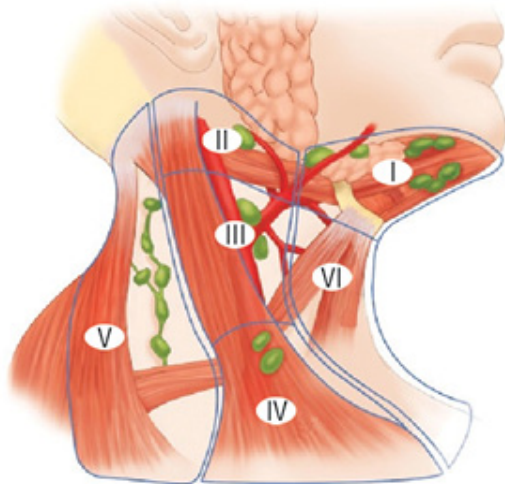


Рис. 2. Групи лімфатичних вузлів на шиї (класифікація Robbins К.Т.)

I – підборідні та підщелепні, II – краніоюгулярні, III – медіоюгулярні, IV – каудальноюгулярні, V – задньошийні та надключичні, VI – передгортанні та передтрахеальні

Рак нижньої губи

Рак нижньої губи (РНГ) зустрічається в Україні досить часто. Захворюваність становить 4,3 на 100 тис. населення, що ставить його на 16 місце в структурі онкопатології населення України. Частіше хворіють на РНГ чоловіки (у 4 рази), і мешканці сільської місцевості (у 2 рази) в порівнянні з жінками і міським населенням.

Основними факторами, які сприяють розвитку РНГ, вважають: куріння, вживання алкоголю, ультрафіолетове опромінення, незадовільний стан зубів (карієс, аномалія прикуса, погано підібрані протези та коронки, наявність зубних каменів). Серед шкідливих промислових факторів виділяють контакт із нафтопродуктами, шкідливий пил у вугільній, шкіряній та текстильній промисловості. До передракових захворювань відносяться бородавчатий папіломатоз червоної облямівки нижньої губи, обмежений передраковий гіперкератоз, кератоакантоми та лейкоплакії, шкіряний ріг та хейліти. Передракові захворювання можуть бути дифузного або вогнищевого характеру. Дифузні процеси консервативно лікують стоматологи, вогнищеві потребують оперативних втручань (кріодеструкція, лазеротерапія, діатермокоагуляція).

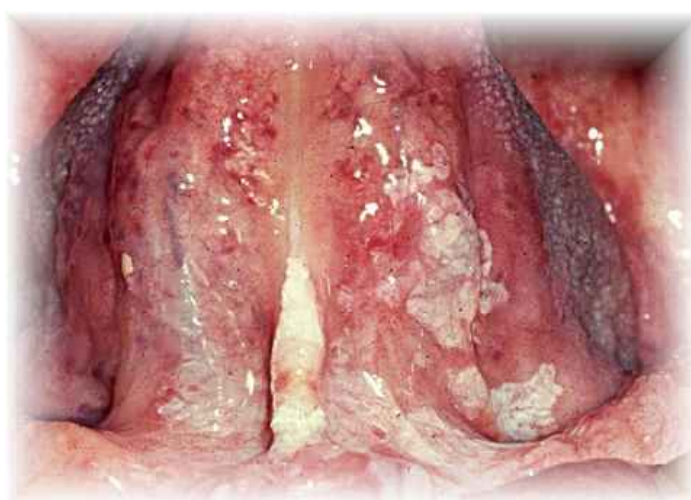


Рис. 3. Лейкоплакія

Локалізується РНГ переважно на червоній облямівці в стороні від середньої лінії, дуже рідко у куту рота. У виключно рідких випадках зустрічається рак верхньої губи.

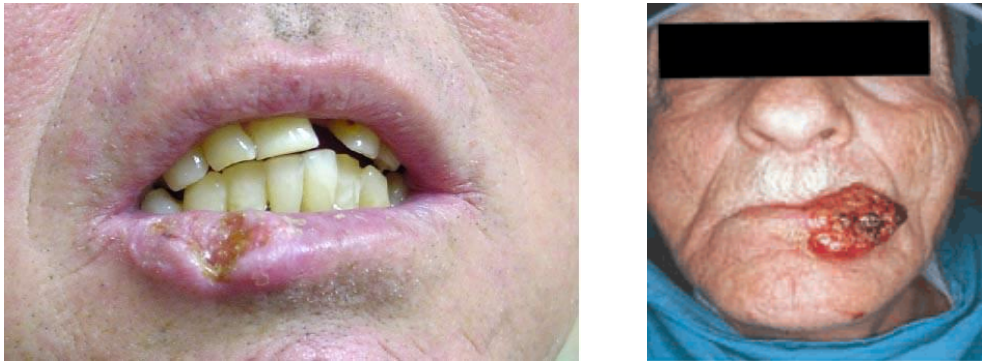


Рис. 4. Рак губи

За гістологічною будовою РНГ переважно плоскоклітинний зроговілий і в 10% зустрічається плоскоклітинний незроговілий рак. Макроскопічно розрізняють екзофітні та ендофітні форми РНГ. До перших належать сосочкові розростання, щільної консистенції, іноді із виразку ванням, вкриті тонкими кірками. При ендофітних формах РНГ пухлина має вигляд виразки неправильної форми, з припіднятими, нерівними краями, нерівним зернистим дном і інфільтрацією основи губи. У випадку розвитку раку із тріщини, навколо останньої розвивається щільний інфільтрат, що свідчить про злоякісний процес.

Метастазування, в основному, відбувається лімфогенним шляхом підбородкові, піднижньощелепні, білявушні та глибокі шийні лімфовузли. Лімфатичні судини губи добре розвинені і анастомозують між собою, тому можливе одночасне метастазування в лімфатичні вузли обох сторін (20%). Метастазування у віддалені органи спостерігається рідко, в основному при плоскоклітинному незроговілому раку.

Класифікація раків губи та ротової порожнини за системою TNM

T	- ПУХЛИНА
TX	- не досить даних для оцінки первинної пухлини
T0	- первинна пухлина не визначається
Tis	- преінвазивна карцинома (cancer in situ)
T1	- пухлина до 2 см у найбільшому вимірі
T2	- пухлина до 4 см у найбільшому вимірі
T3	- пухлина понад 4 см у найбільшому вимірі
T4	- <i>Губа:</i> пухлина поширюється на сусідні структури, наприклад, кортикальний шар кістки, нижній альвеолярний нерв, дно ротової порожнини, шкіру обличчя. <i>Ротова порожнина:</i> пухлина поширюється на підлеглі структури (наприклад, кістку, глибокі м'язи язика, верхньощелепний синус, шкіру.
N	- РЕГІОНАРНІ ЛІМФАТИЧНІ ВУЗЛИ
NX	- не досить даних для оцінки стану регіонарних лімфатичних вузлів
N0	- нема ознак метастатичного ураження лімфатичних вузлів
N1	- метастази в одному гомолатеральному лімфатичному вузлі до 3 см у найбільшому вимірі
N2	- 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
N2a	Метастаз у гомолатеральному лімфатичному вузлі до 6 см у найбільшому вимірі
N2b	Численні метастази в гомолатеральних лімфатичних вузлах, жоден з яких не перевищує 6 см у найбільшому вимірі
N2c	Білатеральні, або контрлатеральні метастатичні лімфатичні вузли розміром до 6 см у найбільшому вимірі
N3	- метастази в лімфатичних вузлах розміром понад 6 см у найбільшому вимірі
M	- ВІДДАЛЕНІ МЕТАСТАЗИ
MX	- не досить даних для визначення віддалених метастазів
M0	- віддалені метастази не виявляються
M1	- наявні віддалені метастази

Групування за стадіями

Стадія 0:	Tis, N0, M0
Стадія I:	T1, N0, M0
Стадія II:	T2, N0, M0
Стадія III:	T3, N0, M0 або T1, N1, M0 або T2, N1, M0 або T3, N1, M0
Стадія IV A	T4, N0, M0 T4, N1, M0
Стадія IV B	будь-яке T, N2, M0
Стадія IV C	будь-яке T, N3, M0 будь-яке T, будь-яке N, M1

Діагностика.

Завдяки доступності для огляду, РНГ діагностується в ранніх стадіях у 95% хворих. Рідкі випадки несвоєчасної діагностики виникають через пізні звернення хворих за медичною допомогою. Вже первинний огляд, пальпація пухлини та зон регіонарного лімфовідтоку дозволяють спеціалісту поставити діагноз. Для підтвердження діагнозу обов'язковим є морфологічне дослідження:

- 1) цитологічне вивчення скребків, відбитків, пунктатів пухлини;
- 2) гістологічне вивчення забраного матеріалу при ексцизійній біопсії. Ексцизійну біопсію проводять під місцевим знеболенням.

Лікування.

В лікуванні застосовують всі види спеціальної терапії: променевої, медикаментозної та хірургічної. Найбільшого поширення набула променева терапія. Її застосовують при I, II стадіях для опромінення первинної пухлини і III стадії при опроміненні метастазів у регіонарних лімфатичних вузлах. Ефективною є криодеструкція пухлини, яку застосовують при I стадії. Під впливом низької температури клітини пухлини гинуть і відторгаються разом із некротизованими оточуючими тканинами. Хірургічне лікування через косметичний дефект на ранніх стадіях не застосовують. В разі метастазування в регіонарні лімфатичні вузли застосовують такі операції, як Ванаса (Рис. 5) та Крайля, футлярно-фасціальна щийна лімфаденектомія.

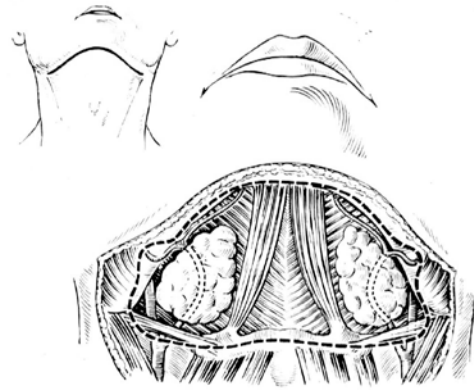


Рис. 5. Операція Ванаха

Останнім часом добре зарекомендував себе комбінований метод лікування. Це регіонарна, внутрішньо артеріальна перфузія цитостатиків в поєднанні із променевою терапією. Для введення хіміопрепаратів застосовують лицьову артерію, її кінцеві гілки.

Прогноз взагалі сприятливий - 10 річне виживання при I-II стадіях відмічають у 85% хворих.

Рак язика.

Має звичайний розвиток на боковій поверхні язика у його передніх і середніх відділах. Біля 25% спостережень припадають на корінь язика.

Клініка Клінічно у раних стадіях рак передніх і середніх відділів найчастіше має виразкову форму. У задніх відділах і корені частіше зустрічається інфільтративна форма.



Рис. 6. Рак язика

Диференціальний діагноз слід проводити з папіломою, простою виразкою, туберкульозною та сифілітичною виразками, неспецифічними запальними інфільтратами.

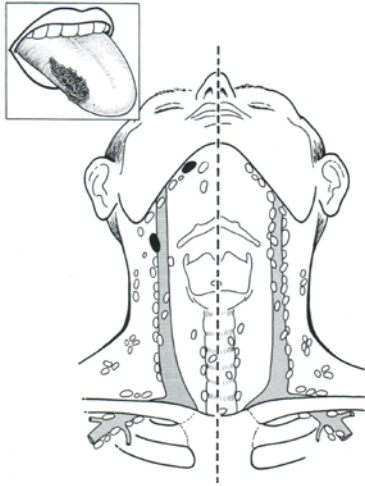


Рис. 7. Типове лімфогенне метастазування раку язика

Лікування Лікування раку язика, як правило, комбіноване. Через два-три тижні після завершення променевої терапії при I-II стадіях процесу виконують половинну резекцію язика (Рис. 8), при III - можлива розширена операція.

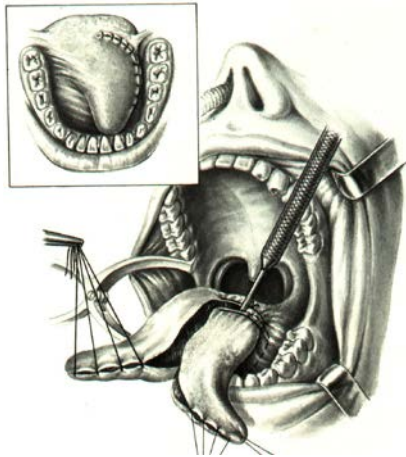


Рис. 8. Половинна резекція язика

На другому етапі лікування проводиться футлярно-фасціальна лімфаденектомія шії, у випадку метастатичних конгломератів - операція Крайла.

Низька чутливість пухлин язика до цитостатичних препаратів обмежує застосування цього методу.

Рак слизової оболонки порожнини рота

Рак слизової оболонки порожнини рота зустрічається в 2,9% серед всіх злоякісних новотворів, захворюваність на Україні становить 8,8 на 100 тис. населення. При цьому чоловіки хворіють у 4 рази частіше жінок, більшість хворих перепадає на вік після 60 років. В основному пухлини розвиваються на слизовій оболонці язика (50-60%) та дна порожнини рота (25-30%). Рідше зустрічається рак слизової оболонки твердого і м'якого піднебіння, альвеолярних паростків верхньої та нижньої щелеп. До причинних факторів пухлин цієї локалізації відносять негігієнічний стан порожнини рота, каріозні зуби, погано підібрані протези, паління, вживання міцних алкогольних напоїв, жування бетелю та закладування в рот наса.

Передракові захворювання слідуєчі: хвороба Боуена, лейкоплакія, папіломатоз.

Абсолютна більшість злоякісних новотворів порожнини рота за гістологічною будовою являють собою плоскоклітинний рак. Інколи зустрічається аденокарцинома, яка

розвивається із малих слинних залоз. Макроскопічне розрізняють ендофітні та екзофітні форми раку, аналогічно як і РНГ (Рис. 9).



Рис. 9. Рак слизової оболонки порожнини рота

Діагноз можна поставити на основі огляду порожнини рота, пальпації пухлини та регіонарних лімфатичних вузлів. Для підтвердження діагнозу застосовують пункційну, ексцизійну, інцизійну біопсії, цито- та гістологічне дослідження біоптатів.

Метастазування залежно від локалізації пухлини та гістологічної будови, в основному, відбувається в підщелепні, поверхневі та глибокі шийні лімфатичні вузли.

В лікуванні раку слизової оболонки порожнини рота застосовуються різні методи: хірургічний, променеви та хіміотерапевтичний. Хірургічний метод включає резекцію, видалення язика, операцію Ванаха, Крайля, шийну футлярно-фасціальну лімфаденектомію. Через свою травматичність доля хірургічного лікування поступово зменшується. В основному віддають перевагу променеви терапії. Застосовують поєднання дистанційної - гамма терапії і контактної внутрішньоротової терапії.

Ефективність променевої терапії висока при лікуванні I-II стадій. В лікуванні III стадії застосовують комбінований метод: хірургічне лікування із передопераційним та післяопераційним опроміненням. Медикаментозне лікування представлене внутрішньоартеріальною хіміотерапією. Ефективним є поєднання її із променевою терапією. При радіорезистентних пухлинах та у хворих похилого віку застосовують криохірургічний метод.

Пухлини слинних залоз

Вперше згадає про пухлини слинних залоз Сібольт (Siebold, 1793). Проте, тоді ще не розрізняли справжніх і запальних пухлин. І тільки Bergard (1840) дає класифікацію цих пухлин і порушує питання про оперативне лікування. Більшість учених вважають, що пухлини слинних залоз мають епітеліальне походження, хоча деякі і не заперечують сполучнотканне походження, а в ряді випадків - із двох зародкових листків (змішані пухлини).

Етіологія пухлин слинних залоз дотепер не з'ясована. Багато хто надають велике значення у виникненні пухлин цієї локалізації одномоментній травмі, що відзначається порівняно рідко. Запальні процеси в слинних залозах також є не частою анамнестичною знахідкою. Таким чином, анамнестичні дані не дають можливості виявити якийсь чинник, що сприяє виникненню цього виду пухлин. Тому складається враження що пухлини, які виникають у слинних залозах є результатом уроджених дистопій.

Найбільш часто пухлини розвиваються у великих слинних залозах: у привушній залозі та підщелепній. Проте, пухлини розвиваються і у дрібних слинних залозах,

розташованих у товщі слизистої щоки, піднебіння, носовій та гайморовій порожнинах, у товщі слизистої губ та дна порожнини рота і т.д.

Епідеміологія. Пухлини слинних залоз складають від 0,5 до 1,5 % усіх пухлин людини і можуть зустрічатися в будь-якому віці. Найбільш часто усе ж їх виявляють у 40-60 років, проте зустрічаються й у ранньому дитячому віці, і в старечому. Описано випадки пухлин слинних залоз у новонароджених - в 7 і 11 місяців. Після 70 років вони зустрічаються порівняно рідко, проте майже усі вони злоякісні.

Як доброякісні, так і злоякісні новоутворення слинних залоз частіше зустрічаються в жінок, приблизно в два рази частіше, ніж у чоловіків.

Класифікація. Пухлини слинних залоз бувають доброякісні і злоякісні, сполучнотканного й епітеліального походження. Більш часто, приблизно в 80-90 % випадків зустрічаються епітеліальні пухлини. До епітеліальних доброякісних пухлин відносяться:

1. Аденома
2. Аденолімфома
3. Змішана пухлина
4. Циліндрома
5. Мукоепітеліальна пухлина

Кожна з цих пухлин має характерну гістологічну будову, проте усі вони клінічно протікають майже однаково. Тому при клінічному дослідженні встановити форму пухлини неможливо. Гістологічна будова кожної доброякісної пухлини слинної залози дуже складна і рідко коли вона буває побудована з одних клітинних елементів. У величезній більшості випадків ці пухлини складаються з двох-трьох клітинних структур з перевагою однієї з них. До сполучнотканних доброякісних пухлин відносяться:

1. Фіброма
2. Хондрома.

Злоякісні новоутворення слинних залоз також розділяються на епітеліальні (різноманітні види карцином) і сполучнотканні - саркоми.

Для карцином слинних залоз також характерна їх неоднорідна будова:

1. Залозисті карциноми (adenocarcinoma)
2. Карциноми з переважно кістозною будовою, що утворюють систему порожнин (cistocarcinoma)
3. Солідний рак, що складається з комплексів клітин, які утворюють округлі гнізда і тяжі, розділені сполучною тканиною (cancer solidum)
4. Карциноми атипової будови, у яких клітинні елементи розташовані безладно.

Із сполучнотканних злоякісних новоутворень зустрічається фібросаркома, а інші новоутворення є винятковою рідкістю.

Клініка пухлин слинних залоз в основному залежить від їхньої гістологічної будови. Доброякісні пухлини, втім, як і злоякісні, спочатку помічає сам хворий, коли вони досягають розміру приблизно 0,5 см в діаметрі. Доброякісні пухлини можуть довгий час нічим не виявляти себе, крім повільного збільшення в розмірах. Часом вони прискорюють темп росту, потім знову зупиняються, не завдаючи хворому ніяких розладів, крім косметичних. Збільшуючись протягом декількох років, іноді 10 і більше, ці пухлини можуть досягати величезного розміру, нерідко до 10, а іноді і 20 см у діаметрі. У таких випадках пухлини можуть втрачати рухомість і викликати біль, заважати рухам голови, стискати волокна лицьового нерву. Пухлини малих слинних залоз можуть розташовуватися відповідно на твердому піднебінні, у товщі губи, на дні порожнини рота під язиком і т.д. Такі пухлини не досягають великих розмірів, тому що вони швидко призводять до функціональних порушень, внаслідок чого хворі порівняно рано звертаються до лікаря. Розпізнавання цих пухлин викликає значні труднощі і тому частіше

всього вони є випадковою операційною знахідкою. Точний діагноз встановлюється лише після гістологічного дослідження.

Консистенція доброякісних пухлин також залежить від їхньої гістологічної будови. Проте переважно вони бувають щільні. У деяких випадках на фоні загальної щільності пухлини можна визначити пом'якшування або навіть флуктуацію в якомусь полюсі. Значно рідше ці новоутворення відрізняються еластичною консистенцією і зовсім рідко - м'якою. У таких випадках їх важко відрізнити від кісти або ліпоми.

При тривалому існуванні пухлин слинних залоз вони можуть перетворюватися в злоякісні новоутворення. Таке перетворення зустрічається не часто, приблизно в 25-28 % випадків. Першим проявом перетворення доброякісної пухлини в злоякісну, крім обмеження її рухомості, є швидке, часто нерівномірне збільшення. Внаслідок наявності інфільтративного росту і залучення в процес нервових закінчень і стовбурів, з'являються болі, що згодом посилюються. Найбільш вагомим доказом перетворення доброякісної пухлини в злоякісну є виявлення метастазів у регіонарних лімфовузлах, підтверджених гістологічно.

Злоякісні новоутворення слинних залоз (карциноми) з'являються у вигляді солітарного досить щільного вузла, що розташовується на поверхні, або, що буває частіше, у товщі слинної залози. Пухлина досить швидко збільшується і пальпується у вигляді обмежено рухомого або нерухомого вузла, що не має чітких контурів. Частіше всього поверхня злоякісної пухлини дрібногорбкувата. Досить швидко в процес втягується шкіра, що на рівні пухлини стає нерухою. Як правило, з появою пухлини, що пальпується, виникають помірні болі, які посилюються з ростом пухлини. Поступово настає ірадіація болей у вухо, в язик, тім'яну ділянку черепа. Пухлина швидко інфільтрує з навколишні тканини, проростає фасцію жувального м'яза, а при запущених формах визначається проростання скроневого і криловидних м'язів. Нерідко такі пухлини проростають нижню щелепу, слуховий прохід, глотку, що значно ускладнює клінічний перебіг пухлини і загальний стан хворого.

Карцинома слинної залози досить рано дає метастази в регіонарні лімфатичні вузли (поверхневі і глибокі шийні, підщелепні), що визначається у вигляді ланцюжка щільних лімфовузлів, які розташовуються по передньому краю кивального м'яза. Рідше перші метастази можна виявити на сосцевидному паростку скроневої кістки й у зовнішньому трикутнику шиї. Спочатку метастази рухомі, проте ростуть досить швидко і спаюються між собою й основною пухлиною, представляючи надалі щільний горбкуватий і нерухомий інфільтрат. У таких випадках болі різко посилюються, стають постійними й особливо жорстокими вночі.

Надалі, настає розпад пухлини з кровотечею. Внаслідок проростання жувального м'яза в хворих розвивається тризм, а при проростанні глотки - розлади ковтання. Розвивається кахексія, обумовлена недостатнім прийомом їжі та інтоксикацією.

Незабаром приєднується інтеркурентна інфекція, що веде до летального наслідку хвороби (пневмонія, флегмона шиї й ін).

Гематогенне пухлини слинних залоз метастазують в легені, печінку, в кістки, значно рідше - у нирки, яєчники.

Класифікація за системою T N M

T - первинна пухлина

T_x - недостатньо даних для оцінки первинної пухлини

T₀ - первинна пухлина не визначається

T₁ - пухлина до 2 см у найбільшому вимірі

T₂ - пухлина до 4 см у найбільшому вимірі

T₃ - пухлина до 6 см у найбільшому вимірі

T₄ - пухлина більше 6 см у найбільшому вимірі.

Примітка: усі категорії підрозділяються - а) немає місцевого поширення
б) місцеве поширення.

Місцеве поширення клінічно або макроскопічне означає інвазію шкіри, м'яких тканин, кісток, нервів. Тільки мікроскопічний прояв місцевого поширення не є приводом для класифікації.

N - регіонарні лімфатичні вузли (шийні).

N 0 - немає ознак метастатичної ураження регіонарних лімфатичних вузлів;

N 1 - метастази в одному лімфатичному вузлі на стороні ураження до 3-х см у найбільшому вимірі;

N 2 - метастази в одному лімфатичному вузлі на стороні ураження до 6 см у найбільшому вимірі або метастази в декількох лімфатичних вузлах на стороні ураження до 6 см у найбільшому вимірі або метастази в лімфатичних вузлах шиї по обидва боки або з протилежної сторони до 6 см у найбільшому вимірі;

N 2 a - метастази в одному лімфатичному вузлі на стороні ураження до 6 см у найбільшому вимірі;

N 2 b - метастази в декількох лімфатичних вузлах на стороні ураження до 6 см у найбільшому вимірі;

N 2 c - метастази в лімфатичних вузлах шиї по обидва боки або з протилежної сторони до 6 см у найбільшому вимірі;

N 3 - метастази в лімфатичних вузлах більш 6 см у найбільшому вимірі;

N x - недостатньо даних для оцінки стану регіонарних лімфатичних вузлів.

M - віддалені метастази:

M 0 - немає ознак віддалених метастазів;

M 1 - є віддалені метастази;

M x - недостатньо даних для визначення віддалених метастазів.

Групування за стадіями

Стадія 1	T1a	N0	M0
	T2a	N0	M0
Стадія 2	T1b	N0	M0
	T2b	N0	M0
	T3a	N0	M0
Стадія 3	T3b	N0	M0
	T4a	N0	M0
	Будь-яка T (крім T 4b)	N1	M0
Стадія 4	T4b	Будь-яка N	M0
	Будь-яка T	N2,N3	M0
	Будь-яка T	Будь-яка N	M1

Таким чином, у діагнозі неодмінно повинно бути відбита: локалізація новоутворення, ступінь поширення первинної пухлини, ступінь поширення метастазів у регіонарні лімфовузли, наявність віддалених метастазів, стадія пухлинного процесу.

Диференціальна діагностика злоякісних пухлин слинних залоз проводиться з:

1. Захворюваннями, що розташовуються в самій слинній залозі
 - Сіалоаденіти та камені протоків
 - Хвороба Мікуліча
 - Кісти

2. Захворюваннями, що знаходяться поза залозою, але в безпосередній близькості до неї.

- Карцинома шкіри
- Остеомієліт нижньої щелепи
- Брахіогенні пухлини
- Хронічні лімфаденіти

- Метастази пухлин різноманітних локалізацій у шийні лімфатичні вузли.

Діагностика. У основу діагностики повинна бути призначена клініка і перебіг пухлини, що дають можливість визначити тривалість її існування, темп росту, її розмір, форму, консистенцію і поширення. Проте клінічне обстеження хворого повинно використовувати і цілий ряд додаткових методів. Найбільше ефективні з них - сіалографія і цитологічне дослідження пунктатів пухлини або лімфатичних вузлів шиї. У деяких випадках, особливо при утворенні виразки пухлини застосовується біопсія.

Сіалографія - контрастне рентгенологічне дослідження слинних проток шляхом введення в них рентгенконтрастної речовини, частіше всього йодоліпола, ліпоідола.

Біопсія, природно, не може визначити ступінь поширення пухлини, але вона дає точне уявлення про характер і ступінь її злоякісності. Отже, вона також вирішує питання про характер і обсяг операції. Застосовують пункційну біопсію.

Лікування пухлин слинних залоз дуже складне і потребує високої кваліфікації онколога. У основі лікування *доброякісних пухлин* слинної залози лежить оперативне видалення їх. При наявності *злаякісних новоутворень* найкраще починати лікування з опромінення і закінчувати післяопераційним опроміненням. Цей комбінований метод дає найбільш сприятливі результати.

Радикальне оперативне втручання при раку слинної залози заключається в тотальному видаленні слинної залози без зберігання гілок лицьового нерва з одночасним видаленням клітковини та лімфовузлів підщелепної ділянки і шиї (поверхневих і глибоких) у єдиному блоці з слинною залозою.

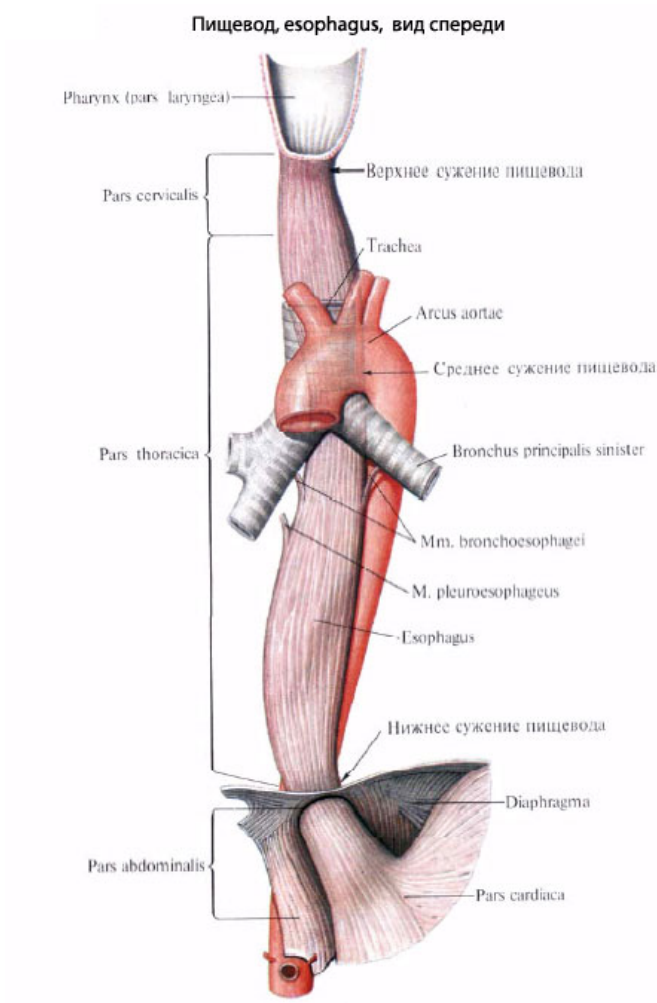
Променева лікування не є самостійним методом лікування пухлин слинних залоз, тому що при цьому не можна домогтися повної ліквідації новоутворення. Але як допоміжний метод опромінення має дуже велике значення. Променева терапія може бути застосована як у доопераційному періоді, так і після операції.

Крім оперативного втручання та опромінення використовують також селективну внутрішньоартеріальну хіміотерапію, особливо при великих неоперабельних пухлинах (як самостійний метод лікування або у вигляді неоадьювантної терапії).

Віддалені результати при лікуванні доброякісних пухлин цілком сприятливі. Проте і після видалення цих пухлин можливі рецидиви, особливо при змішаних пухлинах.

При лікуванні злаякісних новоутворень рецидиви спостерігаються значно частіше і складають від 30 до 60 %, особливо при мукоепідермоїдних пухлинах. Це значно знижує віддалені результати лікування. Лікування рецидивів дуже важка задача, оскільки вони малочутливі або зовсім не чутливі до опромінення, а оперативні втручання дуже обмежені через нерухомість пухлини.

Рак стравоходу



. 10. Анатомія стравоходу

Рак складає близько 80-90% захворювань стравоходу. Згідно статистичних даних захворюваність на рак стравоходу на Україні у 1997 році дорівнювала 2162 в абсолютних числах, або 4,3 на 100 тис. населення. Серед інших злжкісних захворювань в Україні рак стравоходу посідає 11 місце. Найвищі показники захворюваності спостерігаються у Черкаській обл. - 7,7, Вінницькій та Київській - 7,3. Низькі показники у Івано-Франківській - 1,4, Тернопільській - 2,4, Закарпатській - 2,5.

Симптоматика раку стравоходу на різних стадіях розвитку пухлини різноманітна. Загальна характеристика симптомів полегшується, якщо розділити їх на три великі групи.

Симптоми загальні неспецифічні, що зустрічаються при різних занедбаних хронічних захворюваннях, ураженні раком внутрішніх органів, в тому числі при раку стравоходу:

- адинамія (погаслий погляд, зниження працездатності, швидка втома при звичній роботі);
- зниження примітивних емоцій (у деяких випадках до повної байдужості);
- безпричинна дратливість;
- схуднення, втрата ваги;
- “безпричинний” субфебрилітет;
- надмірно високий процент гемоглобіну крові або анемія;
- гіпопротеїнемія, диспротеїнемія.

Ця група симптомів повинна насторожувати лікаря. Детальне обстеження у деяких випадках дозволяє виявити рак стравоходу. Підозра про наявність раку особливо зростає, якщо поряд з цією групою мають місце симптоми захворювань органів грудної порожнини.

Симптоми, характерні для захворювань органів грудної порожнини:

- тупі болі у грудях або у спині;
- задишка і тахікардія під час і після їжі;
- тупий біль у ділянці серця;
- напади стенокардії, що не супроводжуються змінами ЕКГ;
- зміна тембру голосу;
- “безпричинні” напади кашлю;
- набухання однієї з надключичних ямок.

Специфічні симптоми захворювання стравоходу:

- дисфагія;
- збільшена саливація;
- болі при ковтанні, особливо твердої і глеквої їжі;
- відчуття “дряпання” за грудиною;
- запах з роту, неприємний смак у роті;
- нудота, “пусте” відригування та стравохідна блювота.

Група симптомів, характерних для патологічних процесів, що виникають при ураженні органів грудної порожнини, може бути віднесена до так званих віддалених симптомів. Іноді вони є першими симптомами раку стравоходу. На жаль, вони зазвичай обумовлені розповсюдженням раку на суміжні із стравоходом органи і тканини, тобто є проявами раку в останніх стадіях. Це кашель, задишка, охриплість та афонія, синдром Горнера, поява пареплегії, плевриту, перикардиту, пневмонії, абсцесу легені, медіастиніту та ін.

Дуже важливо мати уяву про можливі шляхи лімфогенного і гематогенного метастазування раку стравоходу.

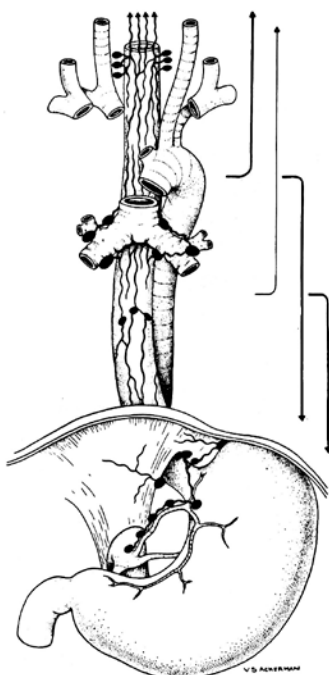


Рис. 11. Напрямки лімфогенного метастазування від різних відділів стравоходу

Діагностика раку стравоходу ґрунтується на даних анамнезу, рентгенологічного обстеження, езофагоскопії. Будь-яка скарга на дисфагію, якою б незначною вона не була, особливо по відношенню до твердої їжі, повинна насторожити лікаря і бути показанням до невідкладного обстеження хворого.

Кожному хворому, який скаржиться на дисфагію, необхідно провести рентгенологічне обстеження. У випадку знаходження пухлини рентгенологічне дослідження повинно з'ясувати: 1) її локалізацію, 2) розміри, 3) наявність або відсутність проростання пухлини у середостіння, 4) ступінь звуження стравоходу і величину супрастенотичного розширення стравоходу.

У діагностиці раку стравоходу, крім рентгенологічного дослідження, використовується езофагоскопія, яка дає можливість візуально діагностувати пухлину і виконати біопсію. У ранніх стадіях раку при езофагоскопії визначається щільність і ригідність стінки стравоходу, зміна забарвлення слизової оболонки, підвищена кровоточивість на обмеженій ділянці. У більш пізніх стадіях при екзофітній пухлині у просвіті стравоходу видно бугристі розростання, що легко кровоточать.

Для визначення проростання раку стравоходу у трахею та бронхи застосовують трахеобронхоскопію.

Рак шлунка

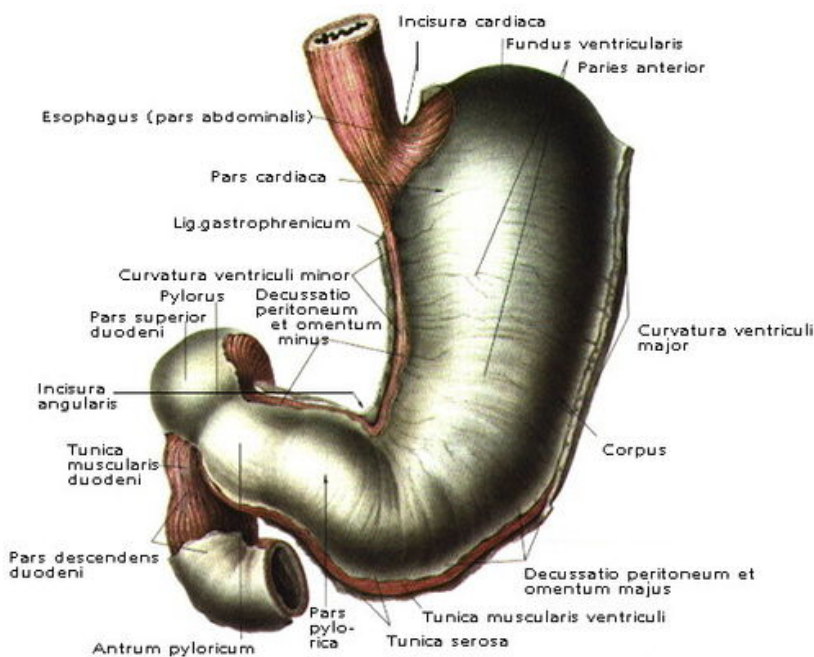


Рис. 12. Анатомія шлунка

Україна належить до країн, де рак шлунка є одним з найпоширеніших злоякісних захворювань. Захворюваність на рак шлунка на Україні у 1997 році дорівнювала 15360 в абсолютних числах, або 30,3 на 100 тис. населення. Найвищі показники захворюваності спостерігаються у Київській обл. - 40,5, Чернігівській - 40,4, Сумській - 38,1. Низькі показники у Львівській обл. - 21,7, Івано-Франківській - 22,4, Волинській - 23,8.

У діагностиці раку шлунка суттєве місце належить опитуванню. З'ясовують скарги пацієнта та історію захворювання. Звертається увага на детальний аналіз скарг: характерні болі, які локалізуються в епігастральній ділянці, звичайно не пов'язані з вживанням їжі, втрата апетиту, наявність нудоти, нахти, блювання. Часто турбує рідкий стул або закріп,

слабкість, втрата ваги, апатія. Необхідно з'ясувати появу найбільш ранніх "малих" ознак. Для раку шлунка є характерним короткий анамнез з постійним прогресуванням захворювання.

Слід мати на увазі, що прояви раку шлунка залежать від локалізації пухлини, характеру її росту, змін у інших органах, гістологічної будови.

Локалізація пухлини в антральному відділі викликає клінічну картину пілоростенозу. Рак, що локалізується в області тіла шлунка, довгий час не дає шлункових скарг і виявляється вперше симптомами загальної інтоксикації (слабкість, різка втрата ваги, анемія, зневоднювання). Рак кардіального відділу шлунка характеризується симптомами дисфагії, які поступово зростають. Хворий вимушений ретельно пережовувати їжу або запивати її водою. Поступово перестає проходити і рідка їжа, що веде до аліментарного голоду, гіпопротеїнемії, зневоднювання, кахексії. Проростання пухлини у сусідні з шлунком органи робить клінічні симптоми ще більш різноманітними. Так, розповсюдження пухлини на поперековоободову кишку може привести до формування фістули або розвитку кишкової непрохідності. Метастазування у печінководванадцятипалу зв'язку або печінку веде до появи механічної жовтяниці. У разі засіменіння очеревини з'являється асцит.

При об'єктивному дослідженні хворого на рак шлунка необхідно звернути увагу на блідість шкіри та зниження тургору її, наявність збільшених лімфатичних вузлів. При огляді живота можливо виявити випинання черевної стінки у ділянці пухлини, метастаз у пупок, "жаб'ячий" живіт у разі наявності асциту, роздування живота у епігастрії, що супроводжується хвилями перистальтики та антиперистальтики (у разі стенозу вихідного відділу шлунка, обумовленого пухлиною).

У більшості хворих при огляді виявити якихось відхилень від норми не вдається. При пальпації живота виявляється болючість у епігастрії або наявність пухлини. У цьому разі необхідно визначити її розміри, консистенцію, межі, рухливість. У всіх хворих на рак шлунка слід ретельно досліджувати зони, де зустрічаються метастази (шия, печінка, легені, параректальна клітковина, пупок, яєчники). Наявність у хворих на рак шлунка збільшення печінки, жовтяниці, асциту, метастазів Шніцлера, Крукенберга, або в пупок, Вірховського лімфовузла (Рис. 13), свідчить про занедбаність процесу та його неоперабельність.

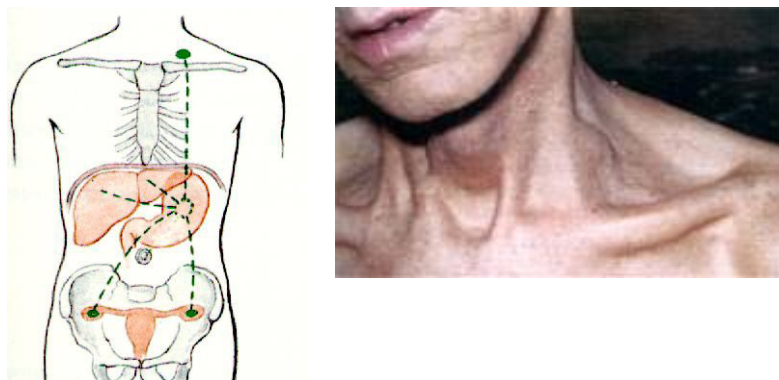


Рис. 13. Метастаз Вірхова при раку шлунка

З метою уточнення діагнозу, проведення диференціальної діагностики з іншими захворюваннями хворому призначається рентгеноскопія і рентгенографія шлунка, фіброгастроскопія з біопсією та цитологічним або гістологічним дослідженням здобутого матеріалу, клінічні та біохімічні аналізи крові, дослідження шлункового соку.

Слід прагнути точніше встановити стадію хвороби. Значну роль у цьому відіграє обстеження легенів, сканування печінки, лапароскопія. Остаточне визначення стадії процесу частіше над усе здійснюється під час операції.

Відрізнити рак шлунка найчастіше слід від гастриту, виразкової хвороби, особливо кальозної виразки та поліпів шлунка.

Основним і єдиним радикальним методом лікування раку шлунка є оперативний. Променева та хіміотерапевтичне лікування раку шлунка як самостійні методи застосовують тільки при наявності протипоказань до операції або при наявності четвертої стадії процесу.

Протипоказання до операції можуть бути загального і онкологічного характеру.

Абсолютно недоцільна операція при великій розповсюдженості процесу (метастази Вірхова, Шніцлера, Крукенберга). Відносні протипоказання пов'язані з супутніми хворобами серцево-судинної системи, легенів, печінки, нирок і т.і.

Робота в клініці з хворим

Планування додаткового обстеження та лікування

Оптимальний план лікування онкологічного хворого повинен незмінно базуватися на чотирьох основних принципах діагностики:

1. Встановлення клініко-анатомічної форми захворювання із зазначенням локалізації первинної пухлини;
2. Визначення точних меж розповсюдження пухлинного процесу (ступінь розповсюдження первинної пухлини, ураження внутрішньогрудних лімфатичних вузлів, проростання до оточуючих органів і структур, віддалені метастази), тобто стадії захворювання і за системою TNM;
3. Морфологічна верифікація пухлини з уточненням її гістологічної структури і ступеня диференціювання;
4. Визначення функціональних можливостей життєво важливих органів і систем організму.

Контрольні питання з початкових знань

1. Анатомія порожнини рота;
2. Лімфатичні колектори стравоходу;
3. Лімфатичні колектори шлунка;
4. Напрямки лімфостоку до лімфовузлів ший від губи, язика, стравоходу та шлунка;
5. Анатомічна будова ший;
6. Методи діагностики і лікування злоякісних пухлин;
7. Види біопсій.

Контрольні питання за темою "Рак губи, язика. Рак стравоходу, шлунка"

1. Етіологію рака губи, язика і слизових оболонок рота;
2. Факультативні і облігатні передраки губи, язика і слизових оболонок рота;
3. Клінічні прояви раку губи, язика і слизових оболонок рота;
4. Шляхи метастазування раку губи, язика і слизових оболонок рота;
5. Методи діагностики раку губи, язика і слизових оболонок рота;
6. Методи лікування раку губи, язика і слизових оболонок рота;
7. Клінічні прояви раку стравоходу;
8. Шляхи метастазування раку стравоходу;
9. Методи діагностики раку стравоходу;
10. Клінічні прояви раку шлунка;
11. Шляхи метастазування раку шлунка;
12. Методи діагностики раку шлунка;

Контрольні тести:

Рак губи зустрічається найчастіше на

- Верхній губі [5]
- Нижній губі [100]
- В ділянці кута рота [30]

Рак нижньої губи найчастіше дає метастази в

- Підборідкові лімфовузли [100]
- Підщелепові лімфовузли [80]
- Шийні лімфовузли [10]

Найчастіша гістологічна форма раку нижньої губи

- Плоскоклітинний [100]
- Базальноклітинний [20]
- Трихоепітеліома [0]

Основний метод лікування метастазів раку нижньої губи в лімфовузли

- Хірургічний [100]
- Променевий [30]
- Хіміотерапія [0]

Назвіть найчастішу локалізацію раку порожнини рота

- Слизова альвеолярного паростка верхньої щелепи [0]
- Слизова альвеолярного паростка нижньої щелепи [100]
- Слизова щоки [0]
- Язик [30]
- Мигдалик [20]

Назвіть пухлину епітеліального походження

- Хондросаркома [0]
- Шванома [10]
- Ліпосаркома [0]
- Карцинома [100]

В якому віці найчастіше зустрічається рак порожнини рота?

- 20-40 років [0]
- 40-60 років [100]
- 60-80 років [40]

Симптоми початкового раку порожнини рота

- Поверхнева виразка [100]
- Неприємний запах з рота [30]
- Болі [0]

Найчастіші шляхи метастазування раку кореня язика

- Підщелепові лімфовузли [100]
- Верхні яремні лімфовузли [0]
- Позадуглоточні лімфовузли [40]
- Надключичні лімфовузли [0]

Основний метод лікування раку слизової порожнини рота

- Хірургічний [0]

- Променевий [40]
- Хіміотерапевтичний [0]
- Комбінований [100]

Найчастіша локалізація метастазів пухлин голови і шиї

- Підщелепові лімфовузли [100]
- Шийні лімфовузли [30]
- Надключичні лімфовузли [0]

Найхарактерніша ознака раку нижньої губи

- Ущільнення [50]
- Виразка [100]
- Тріщина [30]
- Зміна кольору [0]
- Біль [0]

При лікуванні папіломи нижньої губи найбільше значення має

- Операція [100]
- Хіміотерапія [0]
- Мазеві аплікації з гормонами [0]
- Рентгентерапія [30]

Основний метод діагностики метастазів раку губи в лімфовузли

- Рентгенографія [0]
- Термографія [40]
- Пальпація [0]
- Пункційна біопсія [100]

Операція Ванаха застосовується при лікуванні раку губи

- T1N0M0 [0]
- T2N0M0 [0]
- T2N1M0 [100]
- T3N1M1 [0]
- T1N1M1 [0]

Основна ознака рецидиву раку нижньої губи

- Локальне підвищення температури [0]
- Біль [30]
- Вкрита кірочкою виразка [100]
- Погіршення самопочуття [0]

Які метастази при раку стравохода є більше несприятливі прогностично?

- В черевну порожнину [0]
- В середостіння [100]
- Такої різниці не відзначають [0]

Вкажіть питому вагу раку шлунка в структурі злоякісних захворювань в

Україні

- 10% [40]
- 20% [100]
- 50% [0]

Що означає метастаз Шніцлера при раку шлунка?

- Метастаз в надключичний лімфовузол [0]
- Метастаз в пупок [0]
- Метастаз в очеревину малого тазу [100]

Що називається метастазом Вірхова?

- метастази в печінку [0];
- метастази в яєчники [0];
- метастази в лімфовузлі великого сальника [0];
- метастази в лімфовузол надключичної області зліва [100];
- метастази в зачеревні лімфовузлі [0].

ЛІТЕРАТУРА

Основна:

1. Шевченко А.І. Онкологія / Підручник для студентів вищих медичних навчальних закладів III-IV рівня акредитації. – Запоріжжя.- 2007.- 257 с.
2. Центіло, В. Г. Онкостоматологія / В. Г. Центіло, С. П. Ярова, Ю. О. Ніканоров. - Донецьк : Норд-Прес, 2008. - 158, [1] с. - ISBN 978-966-380-288-6 :

Додаткова:

1. Онкологія / За ред. проф. І.Б. Щепотіна. – К.: Книга плюс, 2006. – 496 с.
2. Онкологія / За ред. Б.Т. Білинського, Ю.М. Стернюка, Я.В. Шпарика – Львів: Медицина світу, 1998.