

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

КАФЕДРА ОНКОЛОГІЇ І ОНКОХІРУРГІЇ

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

«\_28\_»\_серпня\_ 2015 р.

# НЕОРГАННІ ПУХЛИНИ ШИЇ І ПУХЛИННЕ УРАЖЕННЯ ШИЙНИХ ЛІМФАТИЧНИХ ВУЗЛІВ

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>	НЕОРГАННІ ПУХЛИНИ ШИЇ І ПУХЛИННЕ УРАЖЕННЯ ШИЙНИХ ЛІМФАТИЧНИХ ВУЗЛІВ
<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

**Тема: НЕОРГАННІ ПУХЛИНИ ШИЇ І ПУХЛИННЕ УРАЖЕННЯ ШИЙНИХ ЛІМФАТИЧНИХ ВУЗЛІВ**

**Конкретні цілі заняття:**

- 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;
- сформулювати попередній клінічний діагноз у разі онкологічних захворювань;
- 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.
<b>I. Підготовчий етап (15%)</b>					
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. Ділянки голови і шиї;</p> <p>2. Напрямки лімфоструму до лімфовузлів шиї;</p> <p>3. Анатомічна будова шиї;</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	
<b>II. Основний етап (65%)</b>					
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 вміннями, 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</p>	3-й рівень  3-й рівень  2-й рівень	Перевірка написаної за зразком навчальної історії хвороби  Усне опитування  Перевірка конспекту	Тематичні хворі, набори рентгенограм, клінічні історії хвороби, галузеві стандарти	

	затверджено МОЗ України, 4. Розробити алгоритм діагностики та лікування неорганих пухлин шкіри 5. Проілюструвати значення додаткового (их) методу (ів) дослідження для визначення клінічного діагнозу	3-й рівень  3-й рівень	Аналіз алгоритму  Усне опитування		
<b>III. Заключний етап (20%)</b>					
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. Класифікацію пухлин шиї
2. Перелік пухлин нейроектодермального генезу
3. Які пухлини є похідними мезенхіми
4. Дисембріональні пухлини шиї
5. Перелік пухлин яких органів найчастіше метастазують у лімфатичні вузли шиї
6. Які захворювання лімфоретикулярної тканини супроводжуються збільшенням лімфовузлів шиї?
7. Що таке метастаз Вірхова?
8. Що таке синдром Горнера?
9. Методи діагностики позаорганних пухлин
10. Методи лікування позаорганних пухлин
11. Що таке операція Крайла?
12. Основні принципи діагностики при складанні плану лікування онкологічного хворого

***Після вивчення теми студент повинен вміти:***

- провести профілактичний огляд з метою виявлення приховано протікаючого злоякісного новоутворення;
- виконати пальпацію периферичних лімфатичних вузлів;
- провести фізикальне обстеження хворого у разі підозри на наявність неорганної пухлини шиї або пухлинного ураження шийних лімфатичних вузлів;
- 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

Пухлини шиї складають невелику, але дуже різноманітну групу утворень за клінічними проявами. Серед них можуть бути виділені пухлини органів шиї (гортані, глотки, стравоходу, щитовидної залози та ін.) і неорганні пухлини (виникають з м'яких тканин шиї). У ділянці шиї розташовується один з основних лімфатичних колекторів, ураження вузлів якого часто виникає при патології лімфоретикулярної тканини - при лімфогранулематозі, гематосаркомі, лімфосаркомі, метастазах злоякісних пухлин (метастаз Вірхова). Метастаз Вірхова знаходять між ніжками лівого кивательного м'яза, там, де утворюється дуга грудної лімфатичної протоки, яка впадає в лівий венозний вузол. Отже велика різноманітність патологічних процесів спостережуваних в одній анатомічній зоні ускладнює диференціальну діагностику пухлин.

### Класифікація пухлин шиї :

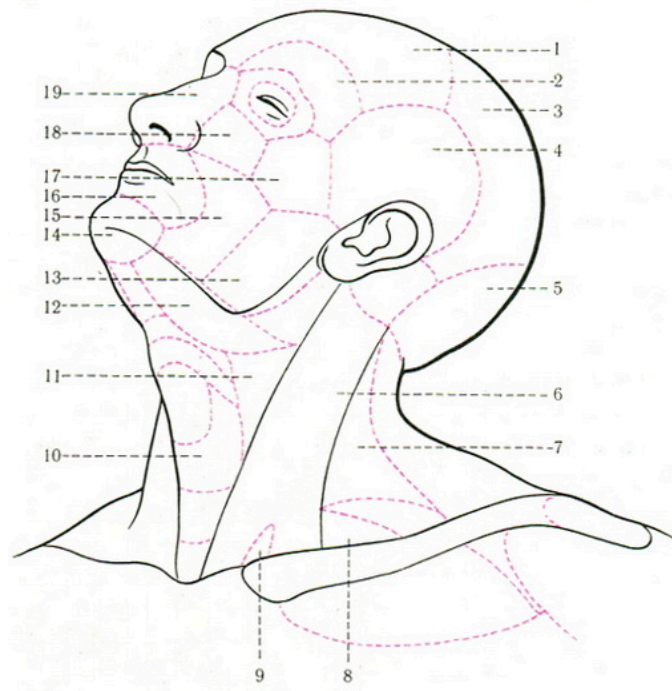
1. **Органні пухлини:** пухлини ЛОР-органів, шийного відділу стравоходу, щитовидної залози, слинних залоз та ін.
2. **Неорганні пухлини**
3. **Пухлинні ураження лімфатичних вузлів шиї** (первинні при гемобластозах, вторинних, - при метастазах).

Органні пухлини розглядаються при вивченні хвороб окремих органів. 2 і 3 групи будуть розглянута в цих методичних рекомендаціях.

Неорганні пухлини шиї походять з м'яких тканин і класифікуються за гістогенетичним принципом:

1. Пухлини нейроектодермального генезу (неврогенні пухлини)
  - новоутворення периферичних нервів (невринома, нейрофіброми, неврогенні саркоми)
  - новоутворення симпатичних гангліїв (гангліоневрома)
  - новоутворення парагангліонарних структур (парагангліоми, хемодектоми).
2. Пухлини з похідних мезенхіми: фіброзні пухлини, жирові (ліпоми і ліпосаркоми), судинні, м'язові (рабдоміоми, рабдосаркоми)
3. Дисембріональні пухлини шиї - бронхіогенний рак, тимома, тератома та ін.

При визначенні локалізації неорганних пухлин шиї або метастазів необхідно користуватися єдиними анатомічними найменуваннями відділів шиї. На рис. 1 наведені ділянки голови і шиї.



**Рис. 1. Ділянки голови і шиї.**

1 — r. frontalis; 2 — r. orbitalis; 3 — r. parietalis; 4 — r. temporalis; 5 — r. occipitalis; 6 — r. sternocleidomastoidea; 7 — r. colli lateralis; 8 — trigonum omoclaviculare; 9 — fossa supraclavicularis minor; 10 — r. colli anterior; 11 — trigonum caroticum; 12 — trigonum submandibulare; 13 — r. parotideomasseterica; 14 — r. mentalis; 15 — r. buccalis; 16 — r. oralis; 17 — r. zygomatica; 18 — r. infraorbitalis. 19 — r. nasalis.

Серед неорганичних пухлин шиї діагностують злоякісні утворення, переважно неврогенні. Ці пухлини займають за частотою одне з перших місць - 45% усіх неорганичних пухлин шиї. Найчастіше ці пухлини зустрічаються у віці від 20 до 40 років, жінки хворіють в 2 рази частіше. Джерелом неврогенних пухлин шиї можуть бути різні нерви - симпатичний стовбур, блукаючий нерв, під'язиковий нерв, нерви шийного і плечового сплетення. Неврогенні пухлини можуть локалізуватися в різних ділянках шиї - найчастіше в сонному трикутнику. Пухлини, що походять із спинно-мозкових корінців, нервів шийного і плечового сплетення частіше розташовуються в бічних відділах шиї і в надключичній ділянці. Макроскопічно неврогенна пухлина куляста, інкапсульована, овоїдної форми, іноді гантелеподібної форми, складається з однорідної тканини. Невриноми шийної локалізації зазвичай не досягають таких великих розмірів як пухлини подібного генезу зачеревної області або середостіння. Клінічна симптоматика невриноми шиї різноманітна і залежить від локалізації, початкового нерва, і міри залучення нерва до пухлинного процесу. При розташуванні пухлини уздовж судинного пучка або під краєм кивального м'яза нерідко виникають болі, які ірадіюють в потилицю, плече, шию; пухлина росте повільно, іноді малопомітно для хворого. Симптоми також залежать від розмірів і розташування пухлини по відношенню до нервового стовбура з якого вона походить. Якщо пухлина розташована в центрі нерва, то здавлення волокон більш виражене, невралгічні прояви яскравіші; при крайовому розташуванні пухлини здавлення нерва менш значне і відповідно бідніше неврологічна симптоматика. Симптоми роздратування нерва: наприклад, при невриномах блукаючого нерва, може спостерігатися нападopodobний кашель, почуття задухи, брадикардія, біль в ділянці серця. Для невриноми є характерною зміщеність в горизонтальному напрямі, по відношенню до вісі нерва. В більшості випадків пальпація безболісна, лише при поверхнево розташованих пухлинах,

що походять з нервів шийного і плечового сплетення можна виявити болісність. Підсумовуючи клінічні прояви пухлин що походять з периферичних нервів, можна виділити три групи симптомів:

1. Симптоми, що відображають характер і зростання пухлини: овоїдна, куляста форма, солітарне розташування, гладка поверхня, щільна консистенція, обмежена рухомість пухлини, повільне зростання.

2. Симптоми, залежні від локалізації розміру пухлини: зміщення і компресія сусідніх органів.

3. Власне неврологічні симптоми, залежні від роздратування або випадіння функції нерва. Наприклад, симптом Горнера при невриномі, що виходить з шийного симпатичного стовбура (Рис.2).

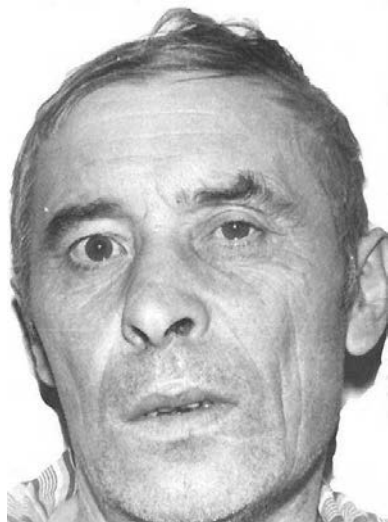


Рис. 2. Синдром Горнера  
(лівобічний птоз, міоз і енофтальм)

За літературними даними правильне розпізнавання неврогенних пухлин має місце в 15% випадків.

Із спеціальних методів діагностики цих пухлин слід виділити ультразвукове дослідження, що дозволяє визначити розміри, щільність пухлини, відрізнити її від напруженої кістки, оскільки вона при пальпації схожа на солідне утворення.

Рентгеновське дослідження дає характерну ознаку - чіткість контурів м'якотканинних пухлин.

Тонкогільчаста аспіраційна біопсія не завжди є інформативною, оскільки пунктат з щільної тканини пухлини рідко містить клітинні елементи. Можна застосувати трепанбіопсію - узяти стовпчик тканин спеціальним трепаном і дослідити отриманий матеріал гістологічно.

Злоякісні неврогенні пухлини на шиї зустрічаються відносно рідко. Морфологічні ознаки злоякісності не завжди переконливі, про них дозволяє судити лише клінічний перебіг захворювання - швидке інфільтративне зростання, схильність до рецидиву, поява метастазів.

Для більшості неврогенних пухлин єдиним раціональним методом лікування є хірургічне видалення, оскільки при цьому більше можливості видалити пухлину із збереженням нерву.

Враховуючи труднощі діагностики, видалення неврогенних пухлин слід вважати за доцільне і з метою гістологічної верифікації діагнозу. При невриномах операцією вибору слід вважати інтракапсулярну денуклеацію пухлини, рідше виконується видалення пухлини з крайовою резекцією нерва з наступним зшиванням пересіченого нерва (необхідно використовувати прецизійну техніку). При злоякісних неврогенних пухлинах

особливо у дітей нині застосовують хіміотерапію, зокрема винкристин у поєднанні з циклофосфамідами.

У групі нейроектодермальних пухлин шиї особливе місце займають утворення парагангліонарних структур - хемодектоми - нехромафінні парагангліоми. Частіше спостерігаються хемодектоми каротидного гломусу, рідше хемодектоми блукаючого нерва. Каротидні хемодектоми розташовуються в місці розгалуження загальної сонної артерії, досить щільно пов'язані з судинами, добре васкуляризовані і дуже важко піддаються видаленню (Рис. 3).

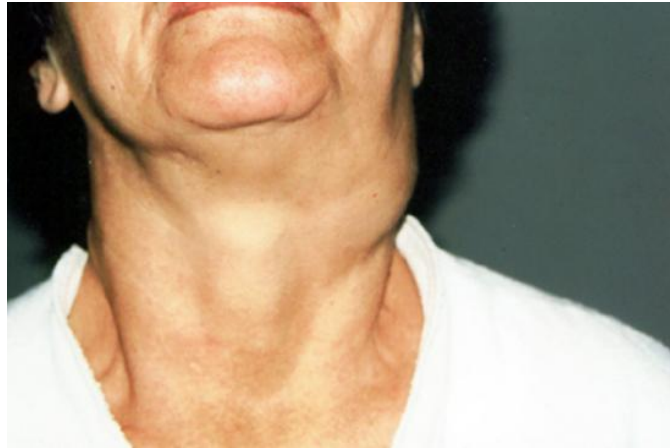


Рис. 3. Хемодектома

Більшість авторів визнають за каротидним гломусом роль хеморецептора - інформатора ЦНС про хімічні зміни в крові, що впливають на дихальну і циркуляторну функцію. Хеморецепторні утворення є не лише в каротидному гломусі, але і в ділянці дуги аорти, яремної цибулини, блукаючого нерва і інших ділянках. Визнання за каротидним гломусом хеморецепторної функції привело до зарахування цих пухлин до групи хемодектом. Цей термін був запропонований в 1950 році Мілліганом і набув широкого поширення. Ця пухлина частіше зустрічається у жінок у віці 20-50 років, зазвичай вони однобічні. Пухлина має овоїдну форму, зазвичай розміри її не перевищують 6-8 сантиметрів, гладку поверхню, м'яку консистенцію. Дуже характерним є розвиток навколо пухлини артеріальної і венозної мережі, що утрудняє виділення пухлини під час операції. Пухлини ростуть повільно, роками; злоякісний варіант хемодектоми зустрічається в 5% випадків. Критерієм злоякісності пухлини більшою мірою є рецидиви, метастази, ніж гістологічні ознаки. Суб'єктивні ознаки при каротидній хемодектомі можуть бути різноманітними, але як правило, вони бідні, і єдиною скаргою буває лише наявність пухлини, іноді з'являються головні болі, запаморочення. При натисненні на пухлину деякі хворі непритомніють - симптом пов'язаний з роздратуванням каротидного синуса. Рідкісність захворювання і мізерність клінічної картини створюють труднощі в діагностиці і диференціальному діагнозі.

Тонкогольчаста пункційна біопсія є ефективною для постановки правильного діагнозу хемодектоми тільки при оцінці дуже кваліфікованого цитолога. Провідним методом діагностики пухлини є каротидна артеріографія, що демонструє розсовування зовнішніх і внутрішніх сонних артерій, а також висока васкуляризація хемодектоми. Хемодектоми слід диференціювати з невриномами, туберкульозним лімфаденітом, солітарними метастазами. Єдиний радикальний метод лікування - хірургічне видалення пухлини, оскільки встановити доброякісність або злоякісність практично неможливо (Рис. 4).



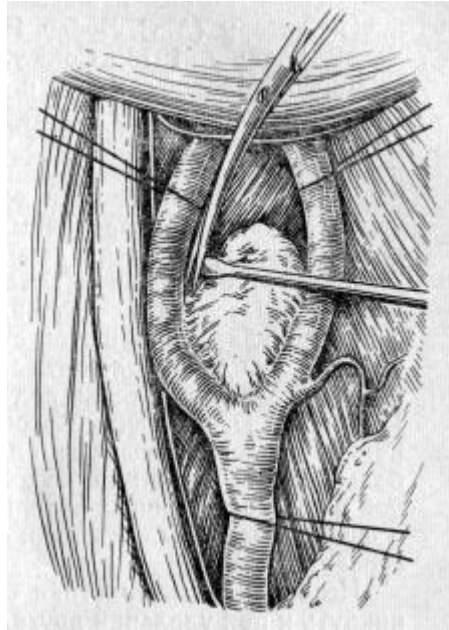


Рис. 4.Видалення хемодектоми

**Пухлини, що походять з мезенхіми.** Характеризуються різноманіттям форм і складають близько 40%. Частіше зустрічаються пухлини, що походять із жирової тканини, судин і сполучної тканини. З пухлин жирової тканини слід виділити ліпоми, дифузний ліпоматоз і ліпосаркому. Діагностика глибоких ліпом (паравісцеральних) важка. Паравісцеральні ліпоми часто розташовуються біля трахеї, і проявляють себе симптомами здавлення довколишніх органів. Своєрідною пухлиною є множинний ліпоматоз - синдром Маделунга - симетричне розростання жирової клітковини без утворення капсули (Рис.5).



Рис. 5. Хвороба Маделунга

Ліпосаркоми спостерігаються рідко, щільніше за ліпоми, іноді характеризуються інфільтративним зростанням, ростуть повільно, метастазують рідко, чутливі до променевої дії.

Своєрідним видом дисембриональних пухлин є бронхіогенний рак, який походить із зачатків зябрових дужок. Гістогенетично розвиток бронхіогенного раку може бути пов'язаний з бронхіогенними кістами, в стінках яких виявляються вогнища злоякісного зростання. Для цього раку характерною є локалізація на бічній поверхні шиї, частіше

нижче за кут нижньої щелепи, під кивальним м'язом. Діаметр пухлини може досягати 12 см, характерною ознакою є раннє проростання її у внутрішню яремну вену, що створює обмеження рухливості пухлини. Метастази бронхіогенного раку в лімфовузлі спостерігаються рідко. Темп зростання повільний. Діагноз ставиться методом виключення. Найбільш раціональним методом лікування є операція Крайля. При проростанні пухлини в м'язи потрібна променева терапія перед операцією (дистанційна гамматерапія).

### **Пухлинні ураження лімфовузлів шії.**

Ці ураження зустрічаються часто і викликають утруднення при диференціальному діагнозі непухлинних захворювань таких як - неспецифічний шийний лімфаденіт, туберкульоз лімфовузлів шії, неорганні пухлини шії. У групу пухлинних уражень можуть бути включені ураження вузлів при гемобластозах - лімфогранулематоз, гематосаркома, а також при метастазах злоякісних пухлин.

При лімфогранулематозі ураження шийних лімфатичних вузлів спостерігається в 60% випадків (Рис. 6).

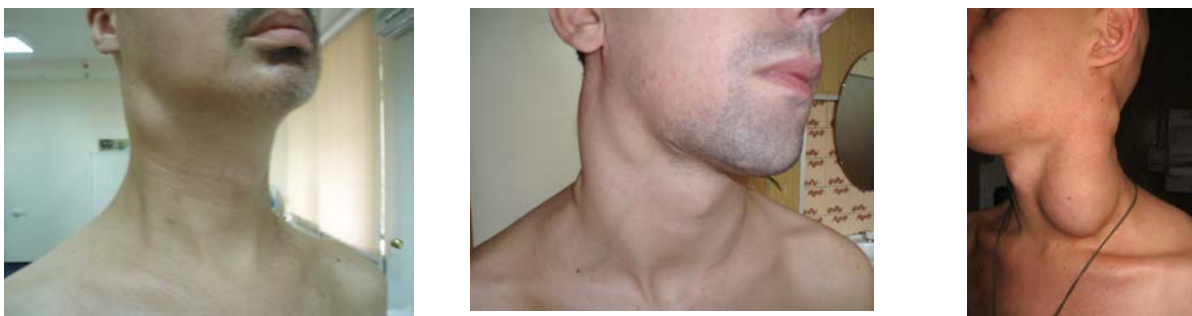


Рис. 6. Ураження шийних лімфатичних вузлів при лімфогранулематозі

При цьому може виникати як ізольоване ураження шийних лімфатичних вузлів так і поєднання з ураженням пахових, медіастинальних, пахових, зачеревних лімфатичних вузлів. Більше того можна зустріти ураження щитовидної залози і шийних лімфатичних вузлів одночасно, що клінічно виключно схоже на рак щитовидної залози з метастазами в лімфатичні вузли шії. Лімфогранулематоз спостерігається частіше у осіб 20-30 років або старше 60 років. Хворіють дещо частіше чоловіки. У початковому періоді захворювання лімфатичний вузол або група збільшених лімфовузлів має еластичну консистенцію, не досягаючи занадто великих розмірів. Надалі утворюється єдиний конгломерат, що складається з вузлів різної величини і щільності, не спаяних між собою. Загальні симптоми: шкірний свербіж, слабкість, пітливість, підвищення температури, втрата апетиту. Клінічні прояви залежать від стадії і форми захворювання, при цьому загальні прояви можуть бути відсутніми або бути стертими. Протягом захворювання відзначаються ремісії і періоди погіршення. Поступово періоди ремісії стають коротше, а рецидиви настають частіше, до процесу залучаються нові групи лімфатичних вузлів, внутрішні органи і захворювання переходить у генералізовану фазу.

При лімфосаркомі також нерідко спостерігається ураження шийних лімфовузлів, які збільшені, щільні, часто утворюють великі конгломерати. Темп зміни вузлів дуже високий - буквально за декілька тижнів конгломерати уражених лімфатичних вузлів викликають компресію довколишніх органів. Можуть бути уражені інші лімфатичні вузли - пахові, пахові. Загальні симптоми - підвищення температури, слабкість, пітливість спостерігаються рідше, ніж при лімфогранулематозі. При диференціальному діагнозі лімфосаркоми важливо пам'ятати про можливість ураження вузлів шії при лейкозі - збільшення лімфатичних вузлів рідко носить генералізований характер, частіше

уражається будь-яка група вузлів. Правильному діагнозу сприяє ретельне гематологічне обстеження хворого.

**Метастази злоякісних пухлин.** Це досить часте явище при пухлинах органів голови і шиї - язика, слинних залоз, гортані, щитовидної залози. Крім того на шиї можна виявити метастази раку молочної залози, раку легені, шлунка (Рис. 7), при цьому виявлення цих метастазів свідчить про 4-у стадію захворювання, коли радикальне лікування неможливе.



Рис. 7. Метастаз Вірхова при раку шлунка

У більше 30% випадків первинна пухлина залишається не виявленою. Онкологи пропонують ЛОР-лікарям досліджувати гортань під наркозом щоб ретельно перевірити наявність пухлин.

Основним методом лікування хворих з метастазами у вузли шиї є хірургічний, але це стосується тих випадків коли ці метастази виявляються в регіонарних для кожного ураженого органу вузлах або при неорганних пухлинах шиї.

Своєрідними є метастази раку щитовидної залози на шиї. У молодих пацієнтів зустрічається особливий вид раку за клінічним перебігом - прихований рак - який клінічно може виявити себе тільки метастазами у вузли шиї і найчастіше уражається яремний ланцюжок лімфатичних вузлів, крім того можуть уражатися аксесорні лімфатичні вузли, горлові, паратрахеальні. Уся складність полягає в тому, що щитовидна залоза практично не пальпується, навіть при УЗИ не завжди в ній можна знайти щільні утворення. Як правило, діагноз ставиться методом біопсії - пункційної (пункція вузлів) або ексцизійної.

Хірургічне лікування метастазів в лімфатичних вузлах шиї засноване на топографічних даних про фасціальні листки і футляри шиї, а також на особливостях лімфатичної системи шиї і закономірностях метастазування при різних формах і локалізаціях пухлин голови і шиї. Найчастіше метастазами уражаються глибокі лімфатичні вузли шиї, які залягають кнутри від поверхневої фасції. Основною групою глибоких лімфатичних вузлів є вузли уздовж внутрішньої яремної вени - так називається внутрішній яремний ланцюжок. Інші глибокі лімфатичні вузли шиї розташовуються попереду і нижче за під'язикову кістку і в зоні бічного трегольника шиї і надключичної ділянки. Для видалення цих метастазів в 1936 році американський хірург Теодор Крайль запропонував операцію принцип якої полягає в одномоментному висіченні шийної клітковини в таких межах: середня лінія шиї, ключиця, передній край трапецеподібного м'яза; з боку верхніх відділів - нижній полюс привушної слинної залози, і нижній край нижньої щелепи - тобто практично половина шиї. У блок тканин, що видаляються, окрім клітковини і лімфатичних вузлів входить кивальний м'яз, внутрішня яремна вена, додатковий нерв, підщелепна слинна залоза, і нижній полюс привушної слинної залози. Передньою стінкою препарату є поверхнева фасція шиї і задньою стінкою є 5 фасція шиї, що покриває сходові м'язи (Рис. 8-14).

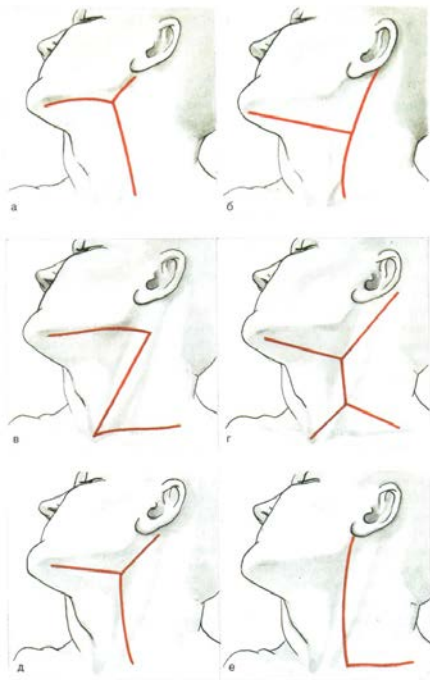


Рис. 8. Операція Крайла. Розрізи шкіри при висіченні клітковини шії.  
 а — за Крайлом; б — за Дюкеном; в — за Брауном; г — за Мартином; д — за Кохером; е — за Де-Кервенном.

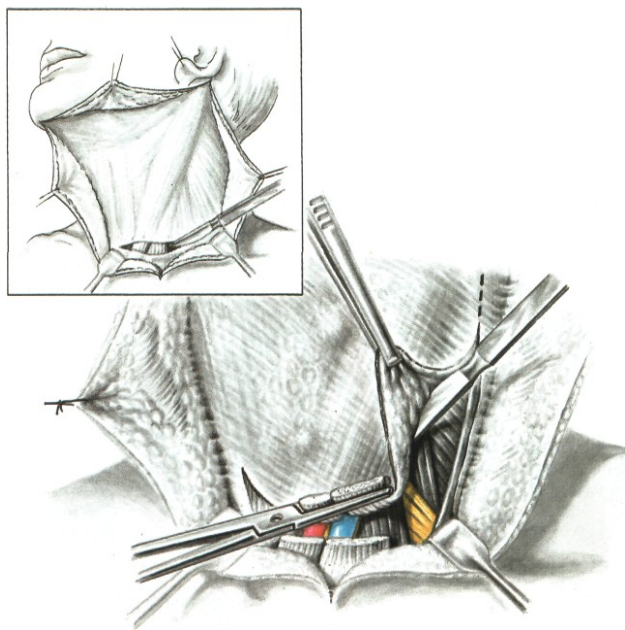


Рис. 9. Розтинають фасції і підшкірний м'яз над верхнім краєм ключиці від грудини до трапецієвидного м'яза. Оголяють ніжки кивального м'яза (у рамці). Виділяють клітковину бічного трикутника шії. Перетинають ніжки кивального м'яза і відкидають їх догори.

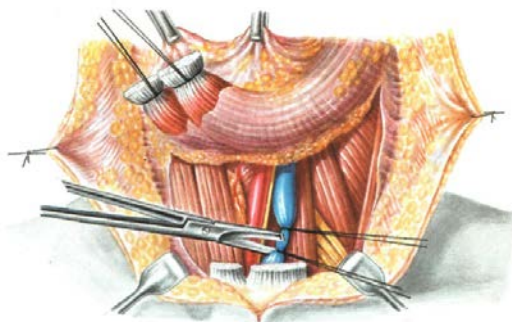


Рис. 10. Над ключицею виділяють внутрішню яремну вену, перев'язують, прошивають і перетинають її.

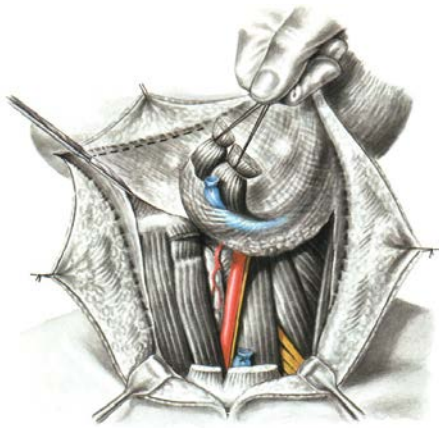


Рис. 11. Розтинають фасції за середньою лінією шиї від підборіддя до грудини і оголяють грудинопід'язичний м'яз.

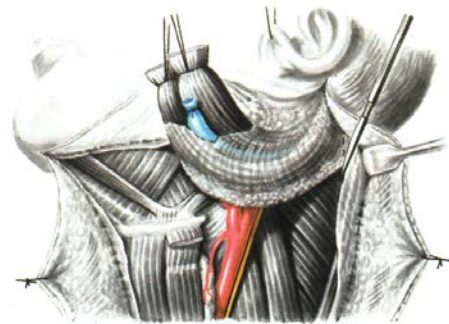


Рис. 12. Розтинають фасції уздовж трапецієвидного м'яза і увесь блок тканин піднімають догори.

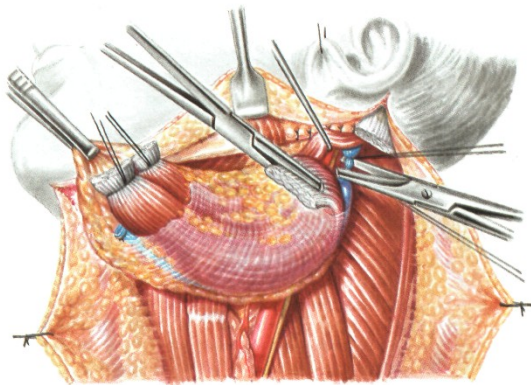


Рис. 13. Після резекції нижнього полюса привушної слинної залози піднімають заднє черевце двубрюшного м'яза і біля сосковидного відростка перетинають сухожилля кивального м'яза. На цьому рівні виділяють, перев'язують, прошивають і перетинають внутрішню яремну вену.

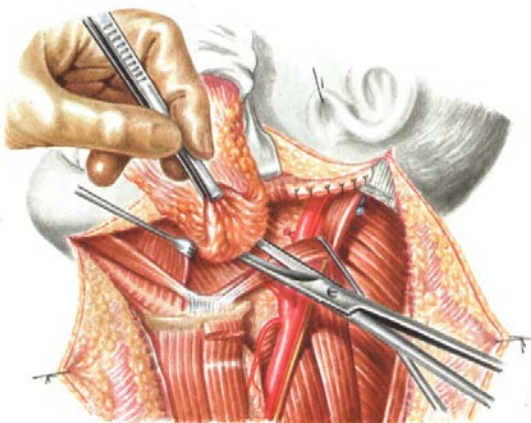


Рис. 14. Операцію завершують видаленням клітковини підщелепного трикутника.

Операція Крайля показана при множинних метастазах в глибокі лімфатичні вузли шиї або при метастазах, спаяних з внутрішньою яремною веною, кивальним м'язом і із стінками фасціальних футлярів. Нині частіше виконують шийну диссекцію - видаляють жирову клітковину шиї (висічення фасціального футляру), видаляють частку щитовидної залози (чи більш, виходячи з принципів онкології). У тих випадках, коли метастази проростають внутрішню яремну вену, то видаляють додатково і вену.

Після хірургічних втручань на шиї потрібно чітко визначитися відносно додаткових методів лікування - хіміотерапії, променевої терапії (телегаматерапія та ін.) залежно від виду пухлини.

## ***Робота в клініці з хворим***

### **Дослідження периферичних лімфатичних вузлів**

Периферичні лімфатичні вузли групуються в підшкірній клітковині різних областей тіла, де можуть бути виявлені пальпаторно, а при значному збільшенні — і візуально. Дослідження лімфатичних вузлів проводять в однойменних симетричних областях, дотримуючи певну послідовність: підборіддя, підщелепні, кутощелепні, привушні, потиличні, задньошийні, передньошийні, надключичні, підключичні, пахвові, кубитальні (ліктвові), пахові і підколінні.

При пальпації всіх груп лімфатичних вузлів, окрім підколінних, лікар стоїть перед хворим. Застосовується метод поверхневої пальпації. Лікар кладе пальці або всю кисть долонною поверхнею на шкіру досліджуваної області і, не відриваючи пальці, ковзає ними разом з шкірою по належних щільних тканинах (м'язам або кісткам), злегка натискаючи на них. Рухи пальців при цьому можуть бути подовжніми, поперечними або кругами. Великий палець зазвичай в пальпації участь не бере. Перекочуючись пальцями через пальповані лімфатичні вузли, лікар визначає їх число, розміри і форму кожного вузла, щільність (консистенцію), рухливість, наявність болісності і спаяності вузлів між собою, з шкірою і довколишніми тканинами. Візуально відзначають також наявність змін шкіри в області пальпованих лімфатичних вузлів: гіперемію, виразки, нориці.

Розміри лімфатичних вузлів бажано вказувати в міліметрах або сантиметрах, а не шляхом порівняння з чим-небудь, наприклад, з горошиною, квасолею і ін. Якщо лімфатичний вузол має округлу форму, необхідно вказати його діаметр, а якщо овальну форму, — найбільший і найменший розміри.

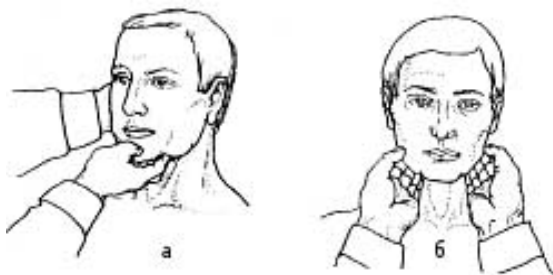


Рис. 15. Пальпація підборідних (а) та підщелепних (б) лімфатичних вузлів

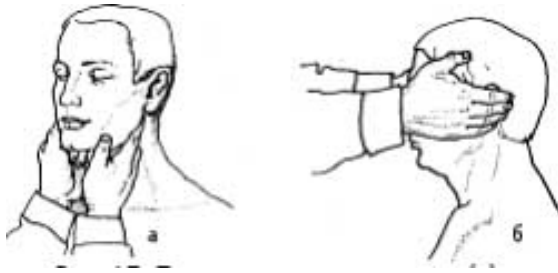


Рис. 16. Пальпація кутощелепних (а) та привушних (б) лімфатичних вузлів

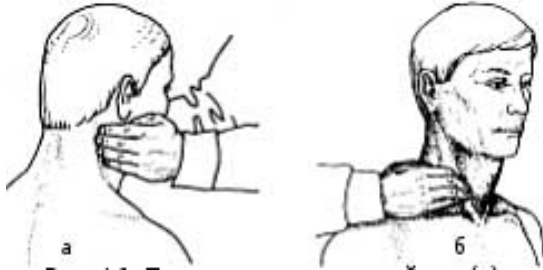


Рис. 17. Пальпація передньошийних (а) і задньошийних (б) лімфатичних вузлів

Приступаючи до пальпації підборідних лімфатичних вузлів, лікар просить хворого злегка нахилити голову вперед і фіксує її лівою рукою. Кладе зімкнуті і злегка зігнуті пальці правої руки на середину області підборіддя так, щоб кінці пальців упиралися в передню поверхню шиї хворого. Потім, пальпуючи у напрямку до підборіддя, намагається вивести лімфатичні вузли на край нижньої щелепи і визначити їх властивості (Рис. 15а).

Аналогічним чином пальпує підщелепні лімфатичні вузли обома руками одночасно в правому і лівому відділах області підборіддя уздовж країв нижньої щелепи (Рис. 15б).

Після цього безпосередньо під кутами нижньої щелепи вказівними або середніми пальцями обмацує кутощелепні лімфатичні вузли (Рис. 16а). Далі, позаду вушних раковин з обох боків пальпує привушні лімфатичні вузли (Рис. 16б), після чого, переміщаючи пальці обох рук у відповідні області, обмацує потиличні лімфатичні вузли.

Задньошийні лімфатичні вузли пальпують одночасно з обох сторін в просторах, розташованих між заднім краєм кивальних м'язів і зовнішнім краєм довгих м'язів шиї (Рис. 17а). Передньо-шийні лімфатичні вузли обмацують уздовж внутрішніх країв кивальних м'язів (Рис. 17б).

При пальпації шийних лімфатичних вузлів пальці розташовують перпендикулярно довжині шиї. Обмацування проводять в напрямі зверху вниз. Надключичні і підключичні лімфатичні вузли послідовно пальпують в над- і підключичних ямках.

### **Планування додаткового обстеження та лікування**

Оптимальний план лікування хворого на рак легенів 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. Ділянки голови і шиї;
2. Напрямки лімфостоку до лімфовузлів шиї;
3. Анатомічна будова шиї;
4. Методи діагностики і лікування злоякісних пухлин;
5. Види біопсій.

### **Контрольні питання за темою “Органні та позаорганні пухлини голови і шиї.”**

13. Класифікація пухлин шиї
14. Назвіть пухлини нейроектодермального генезу
15. Назвіть пухлини з похідних мезенхіми
16. Назвіть дисембріональні пухлини шиї
17. Пухлини яких органів найчастіше метастазують у лімфатичні вузли шиї
18. Які захворювання лімфоретикулярної тканини супроводжуються збільшенням лімфовузлів шиї?
19. Що таке метастаз Вірхова?
20. Що таке синдром Горнера?
21. Методи діагностики позаорганних пухлин
22. Методи лікування позаорганних пухлин
23. Що таке операція Крайла?
24. Назвіть чотири основні принципи діагностики при складанні плану лікування онкологічного хворого

### **Контрольні тести:**

#### **На чому повинен ґрунтуватися діагноз лімфогранульоматозу?**

- На даних клініки [20]
- На даних ультразвукового дослідження [0]
- На даних рентгенологічного дослідження [10]
- На даних радіонуклідного дослідження [10]
- На даних лабораторного дослідження [0]
- На даних морфологічного дослідження [100]

#### **Що прийнято відносити до скритого раку щитовидної залози?**

- Пухлини, які пальпаторно не визначаються [0]
- Пухлини, які не визначаються клінічно [0]
- Пухлини, які не визначаються спеціальними методами обстеження [0]
- Пухлини, які клінічно визначаються метастазами [100]

#### **Всі вказані пухлини, крім ..., є достатньо чутливими до лікування і повинні в першу чергу розшукуватись у хворих з метастазами раку невідомого походження**

- Аденокарцинома простати [0]
- Аденокарцинома молочної залози [0]
- Аденокарцинома легені [100]
- Зародковоклітинна карцинома [0]
- Рак щитовидної залози [0]

#### **Лімфогранульоматоз найчастіше первинно вражає**

- Лімфовузли середостіння [90]
- Лімфовузли шиї [100]



- Внутрішньочеревні лімфовузли [0]
- Аксилярні лімфовузли [50]
- Інгуінальні лімфовузли [0]
- Підщелепові лімфовузли [0]

**Чи можливе самостійне ураження надключичних лімфовузлів (без наявності метастазів в аксилярну зону) при раку молочної залози?**

- Ні, надключичні лімфовузли при раку молочної залози можуть уражатись тільки при наявності метастазів в аксилярній зоні [100]
- Так, надключичні лімфовузли при раку молочної залози можуть уражатись і без наявності метастазів в аксилярній зоні (наприклад при локалізації пухлини у верхньо-внутрішньому квадранті) [0]

**У дітей в ділянці голови і шиї найчастіше формою злоякісної пухлини є**

- лімфома [100]
- рабдоміосаркома [70]
- нейробластома [0]
- мукоепідермальна карцинома [50]
- фібросаркома [60]

## 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.