

УДК 616.716.8-006.6-08

## **ВИДЫ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ И СОВРЕМЕННЫЕ СПОСОБЫ ИХ ЛЕЧЕНИЯ**

**Михальченко Д.В., Жидовинов А.В.**

*ГБОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет», Волгоград, e-mail: serjenalt1@mail.ru*

Онкологические заболевания являются важнейшей проблемой современного общества. Несмотря на внедрение новых лекарственных препаратов, методов лечения, способов диагностики, смертность от онкологических заболеваний остается на очень высоком уровне. Смертность от рака занимает второе место в мире — после сердечно-сосудистых заболеваний. По данным ВОЗ, во всем мире в 2015 году было установлено более 20 миллионов первичных диагнозов злокачественных новообразований, зафиксировано 13 миллионов смертей. Между тем динамика показателей заболеваемости с каждым годом возрастает. Опухоли челюстно-лицевой области составляют до 15% всех стоматологических заболеваний. До 25% новообразований приходится на челюстно-лицевую область. В обзорной статье представлено описание злокачественных новообразований челюстно-лицевой области: виды, статистические данные, особенности течения и способы лечения.

Ключевые слова: онкология, стоматология, челюстно-лицевая хирургия.

## **TYPES OF MALIGNANT TUMORS OF THE MAXILLOFACIAL REGION, AND METHODS FOR THEIR TREATMENT**

**Mikhalchenko D.V., Zhidovinov A.V.**

*Medical University "Volgograd State Medical University", Volgograd, e-mail: serjenalt1@mail.ru*

Cancer is the most important problem of the modern society. Despite the introduction of new drugs, therapies, diagnostic methods cancer mortality remains very high. The death rate from cancer is the second largest in the world - after cardiovascular diseases. According to WHO, in the world in 2015, it was established more than 20 million primary diagnoses of malignant tumors, recorded 13 million deaths. Meanwhile, the dynamics of the incidence is increasing every year. Tumours of maxillofacial area make up 15% of all dental diseases. Up to 25% of tumors accounted for the maxillofacial region. In a review article provides a description of malignant neoplasms of the maxillofacial region: types, statistical data, characteristics of the course and methods of treatment.

Keywords: oncology, dentistry, maxillofacial surgery.

Социальное и медицинское значение проблемы злокачественных новообразований челюстно-лицевой области, как и опухолей других локализаций, продиктовано высокой заболеваемостью и смертностью больных в результате несвоевременной диагностики и недостаточной осведомленности врачей о видах, клинике заболеваний и лечебной тактике.

По данным ВОЗ, только в Российской Федерации за 2015 г. был выявлен 589 341 случай злокачественных новообразований (в том числе 270 046 и 319 335 у пациентов мужского и женского пола соответственно). Прирост данного показателя по сравнению с 2014 г. составил 4,0%, и эти цифры растут [5].

Целью данной обзорной статьи является рассмотрение и охарактеризование видов злокачественных новообразований челюстно-лицевой области и способы их лечения.

Злокачественные опухоли челюстно-лицевой области могут быть как эпителиального происхождения (плоскоклеточный рак, аденокистозная карцинома, аденокарцинома), так и

соединительнотканной природы - саркомы (остеосаркомы, хондросаркомы, фибросаркомы и др.).

Среди опухолей челюстей следует различать:

- *первичные,*
- *вторичные,*
- *метастатические новообразования.*

Первичный плоскоклеточный рак челюстей встречается очень редко и развивается из эпителиальных островков *Малысе*, эпителиальных остатков гертвигиевской мембраны.

Вторичные раки возникают на слизистой оболочке полости рта или гайморовой пазухи. В связи с тем что площадь эпителия, который выстилает разные анатомические отделы верхней челюсти, значительно больше, в сравнении с эпителиальной выстилкой нижней челюсти, чаще всего встречается рак именно верхней челюсти. Малигнизация слизистой оболочки, которая покрывает альвеолярные отростки и небо, происходит под влиянием разных канцерогенных факторов, которые уже описаны при рассмотрении рака слизистой оболочки полости рта. Метаплазия цилиндрического мерцающего эпителия слизистой оболочки гайморовой пазухи развивается вследствие продолжительного хронического воспалительного процесса с периодическими обострениями [6].

Злокачественные опухоли

Органы и ткани челюстно-лицевой области относительно часто поражаются раком и саркомой (от 2 до 7% общего числа больных злокачественными опухолями). Так, рак языка, слизистой оболочки полости рта встречается в 2% случаев рака, рак челюсти – в 3%, рак губы – в 7%. В большинстве случаев (90%) рак кожи локализуется на лице, что объясняется, видимо, влиянием постоянных раздражителей на лицо человека (ультрафиолетовые лучи, смена температуры воздуха, химические факторы) [5].

При употреблении чрезмерно горячей или холодной, острой или грубой пищи, вдыхании табачного дыма, длительном механическом раздражении слизистой оболочки острым краем разрушенной коронки зуба или плохим зубным протезом целостность слизистой оболочки частично нарушается, что способствует возникновению ракового поражения. Значительную роль в возникновении злокачественной опухоли играют также такие вредные привычки, как жевание табака, употребление наса и др.

Кроме того, при наличии указанных раздражителей доброкачественные новообразования полости рта (папиллома, фиброма, эпюлис) могут малигнизироваться. Поэтому при отсутствии общих противопоказаний доброкачественные опухоли полости рта должны быть своевременно удалены [1; 6; 8].

Предрасполагающими факторами возникновения злокачественной опухоли являются хронические процессы. Так, отмечено, что рак слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи нередко возникает на фоне хронического гайморита. Лейкоплакия – хроническое заболевание слизистой оболочки полости рта – иногда перерождается в рак. Таким образом, своеобразие челюстно-лицевой области, и в частности особенности полости рта, должны учитываться при подозрении на онкологический характер обнаруженной патологии.

Большое значение в раннем распознавании у больных злокачественной опухоли челюстно-лицевой области и соответственно наиболее успешном лечении приобретает онкологическая настороженность врачей общего профиля (терапевт, хирург и др.), к которым больные обращаются раньше, чем к стоматологу.

Поэтому следует обращать особое внимание на предраковые состояния слизистой оболочки полости рта, губы и языка в виде появления дискератоза, длительно не заживающих трещин, язв, лейкоплакии. При выявлении предракового состояния следует немедленно направить больного к онкологу. Раннее распознавание злокачественного новообразования и своевременно начатое специальное лечение обеспечивают наиболее благоприятный исход лечения больных.

Рак губы. Наиболее часто по сравнению с опухолями других отделов челюстно-лицевой области встречается рак губы. Рак губы – злокачественная опухоль из многослойного плоского эпителия красной каймы с вторичным поражением кожи и слизистой оболочки губы. Имеет строение плоскоклеточного ороговевающего или неороговевающего рака. Нижняя губа поражается значительно чаще верхней; у мужчин рак губы встречается чаще, чем у женщин [4].

Для плоскоклеточного ороговевающего рака характерны экзофитная форма роста, медленный рост, незначительная инфильтрация окружающих тканей, редкое метастазирование, позднее изъязвление. Для плоскоклеточного неороговевающего рака характерны эндофитная форма роста, раннее изъязвление, пораженная инфильтрация окружающих тканей, частое метастазирование, быстрый рост. Лимфогенное метастазирование происходит в 5-8% случаев, в регионарные лимфатические узлы – глубокие яремные, подчелюстное, подбородочные. Гематогенное метастазирование происходит в 2% случаев, преимущественно в легкие.

Возникновению рака губы часто предшествует длительно не заживающая трещина, неоднократно возникающая эрозия красной каймы. Нередко развитию опухоли губы предшествует гиперкератоз слизистой оболочки в виде белесоватых бляшек, после удаления которых образуются эрозии, кровоточащая поверхность.

Первым признаком опухолевого роста служит появление инфильтрата в подслизистом слое губы, иногда замаскированного имеющимися изменениями на слизистой оболочке. Затем на месте инфильтрата образуется язва с плотным окружающим ее валиком, возникают метастазы в подподбородочные и поднижнечелюстные лимфатические узлы. Узлы при этом умеренно увеличены, плотны, подвижны и безболезненны.

В дальнейшем язва распространяется вглубь тканей и по поверхности губы. Дно язвы выстлано некротическими тканями, края выворочены и приподняты над поверхностью губы. Распространение опухоли сопровождается ростом инфильтрата. Губа значительно увеличивается, подвижность ее ограничивается.

Через некоторое время раковая опухоль распространяется на костную ткань челюсти. В этот период подподбородочные и поднижнечелюстные лимфатические узлы еще более увеличиваются, становятся малоподвижными вследствие спаивания с окружающими тканями. Позднее превращаются в большие распадающиеся и кровоточащие инфильтраты. Нарушается питание и развивается истощение [2-4].

Выбор метода лечения рака губы зависит в основном от распространенности процесса (стадии) и типа роста опухоли. Необходимо учитывать возраст больного и наличие сопутствующей патологии. Лечение заключается в воздействии на первичный очаг и зоны регионарного метастазирования.

При I-II стадиях излечение рака губы может быть достигнуто несколькими методами:

- криогенный,
- лучевой,
- хирургический (применяется при невозможности использования криогенного или лучевого лечения),
- фотодинамическая терапия.

Профилактическая операция на шее при I-II стадиях показана только при отсутствии возможности динамического наблюдения у онколога больных с неблагоприятными факторами прогноза (мужчины молодого возраста, неороговевающий тип плоскоклеточного рака, инфильтративная форма роста).

При III стадии без метастазов в регионарных лимфатических узлах лечение может быть проведено:

- криогенным методом, используя криоаппликацию, криоорошение или их сочетание;
- лучевым методом (сочетанное лучевое лечение в СОД 60-70 Гр). В зону лучевого воздействия включаются зоны регионарного метастазирования;
- химиотерапией (препараты платины, фторурацил, метотрексат, блеомицин).

Профилактическая операция на шее производится по тем же показаниям, что и при I-II стадиях.

Злокачественные опухоли языка. Чаще раковая опухоль возникает на боковой поверхности языка и в области его кончика. У мужчин рак языка встречается чаще, чем у женщин. Предрасполагающими факторами служат механическая травма языка острыми краями разрушенных зубов или неправильно сделанными протезами, термическое и химическое раздражение. Нередко рак языка развивается на месте длительно существовавшей лейкоплакии или механического раздражения слизистой оболочки.

Первоначальными признаками рака служит появление инфильтрата в подслизистом слое или плотное эпителиальное разрастание типа папилломы. Очень быстро четкие контуры опухоли исчезают вследствие распространения ее на ткани дна полости рта, альвеолярного отростка. В период распада опухоли образуется язва с вывороченными краями, кровоточащая при приеме даже мягкой пищи. С распространением опухоли язык теряет способность активно двигаться, затрудняется процесс самоочищения полости рта. Сопутствующая микрофлора усугубляет некроз тканей языка. В связи с этим у таких больных могут возникнуть воспалительные явления, маскирующие основной процесс. У больных появляется резкий, зловонный, гнилостный запах изо рта.

При раке языка сравнительно быстро возникает метастазирование клеток опухоли в поднижнечелюстные, подподбородочные, шейные лимфатические узлы.

Распознавание рака языка на ранней стадии его развития затруднено. Возникновение язвы на языке, тем более на боковой его поверхности, может быть вызвано хронической травмой, чаще острым краем зуба. Поэтому необходимо устранить причину травмы языка. С этой целью либо сглаживают выступающие острые края зуба бором, либо (при значительном разрушении коронки) удаляют зуб. Устранение травмирующего фактора приводит к быстрой и полной эпителизации поврежденных тканей. При злокачественном процессе происходит дальнейшее развитие язвы с появлением плотного инфильтрата. Для исключения туберкулезной или сифилитической этиологии необходимо провести соответствующие исследования, в том числе биопсию [3; 4; 9].

Лечение рака языка сводится к электроэксцизии большей или меньшей части языка с отступом на 2 см от края язвы и инфильтрата. Одновременно производится иссечение клетчатки, лимфатических узлов, поднижнечелюстных слюнных желез в поднижнечелюстной области и в области шеи (фасциально-футлярное иссечение).

Большое значение имеют рентгено- и радиотерапия, применение которых в отдельных случаях бывает достаточным для излечения больных с раком языка. Однако чаще проводят комбинированное лечение. Успех лечения во многом зависит от своевременного

распознавания опухоли и целенаправленного лечения.

Рак слизистой оболочки полости рта. Раковое поражение слизистой оболочки полости рта встречается приблизительно в 1% случаев поражения раком.

Способствуют возникновению рака слизистой полости рта вредные привычки: употребление алкоголя, курение табака, жевание тонизирующих смесей (нас, бетель), профессиональные вредности (контакт с продуктами перегонки нефти, солями тяжелых металлов), плохое состояние зубов (кариес, зубной камень, плохо изготовленные протезы), плохой уход за полостью рта.

К облигатному предраку относят болезнь Боуэна.

Факультативными предраками являются: лейкоплакия, папиллома, послелучевой стоматит, эрозивно-язвенные и гиперкератотические формы красной волчанки и красного плоского лишая.

Злокачественное новообразование может развиваться на слизистой оболочке щек, альвеолярного отростка, мягкого и твердого неба, дна полости рта. Рак слизистой оболочки дна полости рта чаще возникает в области подъязычных валиков или уздечки языка. Рак слизистой оболочки щеки развивается обычно на месте лейкоплакии. Утолщение пораженной лейкоплакией слизистой оболочки, появление трещин, бугристости свидетельствуют о малигнизации процесса. Подтверждением служит также быстрое изъязвление пораженного участка.

По гистологическому строению раковая опухоль слизистой оболочки полости рта относится к плоскоклеточному раку [7; 10].

Клиническое течение раковых опухолей органов полости рта условно можно разделить на три фазы или периода: начальный, развитой и период запущенности.

Начальный период. В это время больные чаще всего отмечают непривычные ощущения в зоне патологического очага. При осмотре полости рта могут быть обнаружены различные изменения: уплотнение слизистой оболочки, уплотнение тканей, поверхностные язвы, папиллярные новообразования, белые пятна и т.д. Боли, которые обычно заставляют обращаться к врачу, отмечаются в начальный период развития рака примерно в 25% случаев. Однако боли связывают с ангиной, заболеванием зубов и т.д. Особенно часто это наблюдается при раке с локализацией в задней половине полости рта и альвеолярного края челюсти.

В начальный период развития рака органов полости рта целесообразно выделять три анатомические формы: а) язвенную; б) узловатую; в) папиллярную.

Развитой период. В это время появляются многочисленные симптомы. Прежде всего, почти всех больных беспокоят боли разной интенсивности, хотя иногда, даже при больших размерах опухолей, боли могут отсутствовать. Боли становятся мучительными, имеют

локальный характер или иррадиируют в ту или иную область головы, чаще в соответствующее ухо, височную область. У многих больных усиливается саливация в результате раздражения слизистой оболочки продуктами распада опухоли. Типичным симптомом является зловонный запах изо рта – спутник распада и инфицирования опухоли.

В развитой период рака слизистой оболочки полости рта мы выделяем две анатомические формы: 1) экзофитная форма (папиллярная – опухоль грибовидной формы с бляшковидными или папиллярными выростами; язвенная – наличие язвы с краевым валиком активного опухолевого роста, несмотря на увеличение ее размеров, она все же остается поверхностной, а опухолевый валик как бы отграничивает процесс) и 2) эндофитная форма (язвенно-инфильтративная – язва на массивном опухолевом инфильтрате). Язвы часто принимают вид глубоких щелей; инфильтративная форма характеризуется диффузным поражением органа. Слизистая оболочка при этих новообразованиях не изъязвляется [8].

Период запущенности. Рак слизистой оболочки полости рта, быстро распространяясь, разрушает окружающие ткани и должен быть отнесен к тем опухолям, которые мы считаем исключительно агрессивными и злокачественными.

Лечение больных раком слизистой оболочки полости рта можно условно разделить на два этапа: лечение первичного очага и лечение регионарных метастазов.

I этап – лечение первичного очага. Для лечения первичного новообразования используют лучевой, комбинированный и хирургический методы.

Лучевой метод. Один из самых распространенных методов лечения рака слизистой оболочки полости рта и ротоглотки. Он применяется у 88,7% больных с опухолями органов полости рта, причем у 72,4% – в качестве самостоятельного метода. Он признан главным в лечении на ранних стадиях развития опухолей [3; 8].

Чаще всего используется дистанционная гамма-терапия, реже внутриволостная и их сочетание.

II этап – тактика воздействия на зоны регионарного метастазирования.

Выполняют фасциально-футлярное иссечение клетчатки шеи и операцию Крайля. С целью предотвращения развития регионарных метастазов ряд радиологов используют элективное облучение зон регионарного лимфатического оттока.

При заболевании III стадии используют метод комбинированного лечения рака. Данный метод используется как ведущий при местнораспространенном раке. Основным компонентом является операция, ее объем должен соответствовать степени распространения первичной опухоли, форме ее развития и ее гистологической структуре.

Заключение

Ранняя диагностика злокачественных новообразований челюстно-лицевой области зависит главным образом от онкологической настороженности врачей-стоматологов и их знаний, дальнейшей тактики в отношении больного. При профессиональном подходе, внимательности к пациенту, содействии с врачами-онкологами можно своевременно предотвратить развитие опухолевого процесса и озлокачествления.

### Список литературы

1. Данилина Т.Ф., Сафронов В.Е., Жидовинов А.В., Гумилевский Б.Ю. Клинико-лабораторная оценка эффективности комплексного лечения пациентов с дефектами зубных рядов // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Медицина. – 2008. - № 8. - С. 351-355.
2. Жидовинов А.В. Исследование локальных адаптационных реакций при лучевой терапии пациентов с дефектами челюстно-лицевой области со съёмными ортопедическими конструкциями // Современные проблемы науки и образования. – 2015. - № 6. - URL: <http://www.science-education.ru/ru/article/view?id=23058>.
3. Жидовинов А.В., Михальченко Д.В., Слетов А.А., Локтионова М.В. Лечение и реабилитация пациентов с объемными дефектами нижней челюсти // Клиническая стоматология. - 2016. - № 2. – С. 63–66.
4. Иорданишвили А.К. Заболевания, повреждения и опухоли челюстно-лицевой области. – Букинистич. изд. – М. : Медицина, 2007.
5. Каприн А.Д., Старинский В.В., Петрова Г.В. Злокачественные новообразования в России в 2015 году (заболеваемость и смертность). – М. : МНИОИ им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИРЦ» Минздрава России, 2017.
6. Неробеев А.И. Радиохирургический метод лечения в челюстно-лицевой и косметической хирургии. – М. : Медицина, 2005.
7. Осинский С., Ваупель П. Микрофизиология опухолей: Проект «Новая книга». - Киев, 2009.
8. Чиссов В.И., Александрова Л.М., Бутенко А.В. Научные основы и перспективы развития клинической онкологии // Вестник Росздравнадзора. - 2010. - № 4. - URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/nauchnye-osnovy-i-perspektivy-razvitiya-klinicheskoy-onkologii> (дата обращения: 08.11.2016).
9. Mikhalchenko D.V., Siryk S.V., Zhidovinov A.V., Orekhov S.N. Optimization of the selection of provisional structures in the period of osseointegration in dental implants // International Journal Of Applied And Fundamental Research. – 2016. – № 4.



10. Mikhalchenko D.V., Siryk S.V., Zhidovinov A.V., Orehov S.N. Improving the efficiency of the development of educational material medical students through problem-based learning method in conjunction with the business game // International Journal Of Applied And Fundamental Research. – 2016. – № 4.