



ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

СОДЕРЖАНИЕ:

- Принципы классификации
- Общие принципы диагностики
- Клиническое обследование
- Лабораторные показатели
- Данные инструментального обследования
- Общие принципы лечения

ПРИНЦИПЫ КЛАССИФИКАЦИИ:

- Классификации новообразований строятся по различным принципам: *по локализации, биологическим признакам, клинико-анатомической распространённости, гистологическому строению, степени дифференцировки и др.*
- *Эти признаки влияют на прогноз заболевания*

ПО КЛИНИЧЕСКОМУ ТЕЧЕНИЮ РАЗЛИЧАЮТ ОПУХОЛИ:

- доброкачественные;
- промежуточные (местнодеструкующие);
- злокачественные

ПРИЗНАКИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ

- медленный рост; отсутствие метастазов;
- экспансивный характер роста;
- наличие капсулы или оболочки, отграничивающей опухоль от окружающих тканей;
- гладкая поверхность; чёткие контуры (границы);
- подвижность при неглубоком залегании в тканях;
- отсутствие изменений в покрывающих опухоль коже и слизистой оболочке;
- отсутствие болей в большинстве случаев;
- отсутствие симптомов интоксикации организма, в связи с чем общее состояние больных не страдает даже при доброкачественных опухолях больших размеров

ПАПИЛЛОМЫ КОЖИ ЛИЦА



ПРИЗНАКИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ:

- прогрессирующий рост; инфильтративный характер роста
- ограниченная подвижность;
- постоянные, нарастающие по интенсивности боли
- появление плотного инфильтрата в основании и по периферии опухоли;
- повторные кровотечения;
- изъязвление покровных тканей (слизистой оболочки, кожи);
- отсутствие чётких границ между злокачественной опухолью и окружающими здоровыми тканями;
- неровные контуры; метастазирование;
- нарушением общего состояния больного вследствие интоксикации организма продуктами жизнедеятельности опухоли, а в поздних стадиях - продуктами её распада. Для терминальных стадий характерна кахексия.

РАБДОМИОСАРКОМА ЯЗЫКА



ПРИЗНАКИ ПРОМЕЖУТОЧНЫХ (МЕСТНОДЕСТРУИРУЮЩИХ) ОПУХОЛЕЙ:

- Под влиянием различных, не всегда ясных факторов, степень дифференцировки опухолей может измениться. В этом случае речь идет о малигнизации (озлокачествлении) доброкачественной опухоли. Ввиду того, что установить чёткие границы между доброкачественными и злокачественными опухолями не всегда возможно, введено понятие о новообразованиях *промежуточной группы*. Примером может служить *ацинозноклеточная опухоль*

КЛАССИФИКАЦИЯ ОПУХОЛЕЙ ПО ТКАНЕВОЙ ПРИНАДЛЕЖНОСТИ:

- 1) эпителиального происхождения;
 - 2) соединительно-тканного происхождения;
 - 3) из нервной ткани;
 - 4) из меланообразующей ткани.
-
- Различное тканевое происхождение опухолей отражено в их номенклатуре

ТРАВМИРОВАННАЯ МЕЛАНОМА КОЖИ ЛИЦА



КЛАССИФИКАЦИЯ НОВООБРАЗОВАНИЙ ПО СТЕПЕНИ ДИФФЕРЕНЦИРОВКИ

КЛЕТОК:

- 1) зрелые (высокодифференцированные);
- 2) незрелые (малодифференцированные и недифференцированные).

ПРОГНОЗ

- Чем менее дифференцирована опухоль, тем злокачественнее ее клиническое течение, выражающееся в быстром темпе роста и метастазирования. Прогноз при таких опухолях неблагоприятен.
- Недифференцированные и низкодифференцированные опухоли в большинстве своём хорошо поддаются лучевому воздействию.
- *Высокодифференцированные опухоли имеют более благоприятный прогноз, но плохо поддаются лучевой терапии иливовсе радиорезистентны.*

КЛАССИФИКАЦИЯ ОПУХОЛЕЙ ПО ПО ЛОКАЛИЗАЦИИ:

- — опухоли кожи лица;
- — опухоли нижней челюсти;
- — опухоли нижней губы;
- — опухоли верхней челюсти;
- — опухоли верхней губы;
- — опухоли слюнных желез;
- — опухоли слизистой оболочки полости рта;
- — опухоли языка

TNM

- В настоящее время в большинстве стран мира принято обозначать распространенность злокачественных опухолей символами TNM. Идея использования системы TNM принадлежит P. Denoix (Франция).
- *Основное правило системы TNM — описание лишь первичных, ранее не леченных злокачественных опухолей.*
- Для оперативных находок существует постхирургическая патогистологическая классификация TNM, обозначаемая pTNM.

TNM

- T — (*tumor* — опухоль) характеризует распространенность первичного очага. Для этого применяются следующие символы: T0, T1, T2, T3, T4;
- N — (*nodulus* — узел) характеризует состояние зон регионарного метастазирования. Символы N0, N1, N2, N3, Nx;
- M — (*metastasis* — метастаз) характеризует наличие или отсутствие отдалённых метастазов. Символы M0, M1, Mx;

ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ НОВООБРАЗОВАНИЙ ЧЕЛЮСТНО- ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ:

- В настоящее время различают следующие уровни диагностики злокачественных опухолей: **сверхранняя, ранняя, своевременная, поздняя.**

СВЕРХРАННЯЯ ДИАГНОСТИКА-

- это пренатальное распознавание опухоли (например, облигатные предраковые процессы, такие, как пигментная ксеродерма, болезнь Боуэна, эритроплазия Кейра).
- Основной метод диагностики связан с анализом хромосомного состава (идиограмм) клетки, т.е. установлением генетического маркёра заболевания. В связи со сложностью методы сверхранней диагностики пока не внедрены в клиническую практику.

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА

- злокачественных опухолей относится к начальным стадиям процесса, когда уже произошла трансформация нормальной клетки в злокачественную и началось размножение опухолевых элементов.
- Наиболее часто ранняя диагностика возможна при опухолях эпителиального происхождения. Вначале рост идёт внутри эпителия, не вовлекая базальную мембрану, отделяющую опухолевый комплекс от подлежащей ткани. Это, так называемый, рак на месте (*carcinoma in situ*) или интраэпителиальный рак, который может быть верифицирован морфологически. В этой фазе опухоль не дает метастазов и в случае ее обнаружения больной может быть вылечен навсегда.

СВОЕВРЕМЕННАЯ ДИАГНОСТИКА-

- обнаружение новообразования при его распространённости, соответств. T1-2, N0, M0.
- В этой стадии относительно благоприятный прогноз определяет возможность радикального лечения вследствие сравнительно небольшой первичной опухоли и отсутствия регионарных и отдалённых метастазов.

ПОЗДНЯЯ (НЕСВОЕВРЕМЕННАЯ) ДИАГНОСТИКА

- Обнаружение злокачественной опухоли, соответствующей по распространённости T3—4 в сочетании с регионарными метастазами (N1, 2, 3), либо меньшей распространённости, но с отдалёнными метастазами (M1).
- Прогноз у этой группы больных часто неблагоприятен из-за сложности или невозможности радикального лечения.

ОНКОЛОГИЧЕСКАЯ НАСТОРОЖЕННОСТЬ

- знание симптомов предраковых заболеваний, их лечение и предупреждение;
- знание симптомов злокачественных опухолей в ранних стадиях и их лечение;
- знание принципов организации онкологической помощи, что позволяет своевременно направить больного с подозрением на злокачественную опухоль по назначению
- тщательное соблюдение схемы обследования больного для исключения возможного онкологического заболевания;
- при неясной клинической картине следует всегда помнить о возможности нетипичного стертого проявления опухоли.

КЛИНИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА: РАССПРОС

1) Сбор жалоб:

повышенная утомляемость,

сонливость,

снижение работоспособности, аппетита,

извращение вкуса

неясные, необычные ощущения в области пораженного органа

Эти симптомы заболевания злокачественной опухолью в начальном периоде её развития получили название *синдрома малых признаков А.И. Савицкого*.

Ихорозные, кровянистые выделения

характерны для онкологических заболеваний.

Особенно тщательно врач должен обследовать больных, страдающих различными **хроническими заболеваниями**: хронические трещины, язвы на коже лица, красной кайме губ, слизистой оболочке полости рта, хейлиты, стоматиты и т.д.

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

- В анамнезе онкологического больного отмечается непрерывное нарастание количества и тяжести симптомов. Присоединением воспалительного компонента (например, при язвенных формах рака полости рта или нижней губы), симптомы злокачественной опухоли затушёвываются, в результате диагностика значительно осложняется.

ИСТОРИЯ ЖИЗНИ:

- Необходимо знать о **смене условий работы**, т.к. вредные воздействия, имевшие место много лет назад, могут создавать почву для развития опухоли (рак слизистой оболочки ротовой полости, языка у шоферов, рак кожи и губ у работников сельского хозяйства, рабочих горячих цехов, химических производств).

Большое значение в возникновении рака полости рта и губ имеют **вредные привычки**: курение, злоупотребление алкоголем, острой, горячей пищей, держание во рту посторонних предметов.

- При обследовании необходимо учитывать **наследственность, национальные обычаи** (жевание бетеля и наса часто приводит к раку дна полости рта), **место постоянного проживания больного** (в жарких районах с чрезмерной инсоляцией гораздо чаще встречается рак кожи лица и губ).

ОСМОТР.

- **Изменение кожных покровов.** Обычно больные с злокачественными новообразованиями полости рта, челюстей, а в далеко зашедших стадиях и при раке кожи лица и губ — **бледные, кожа у них сухая, с характерным желтушно-серым оттенком.**
- Больные часто **вялы, угнетены.**
- При поражении опухолью покровных тканей (кожа, слизистая оболочка), доступных для исследования органов (губы, язык, дно полости рта, нёбо, щеки), осмотр является одним из основных методов обследования. При этом необходимо определить **асимметрию органа, цвет покровных тканей как в области опухолевого очага, так и вокруг него, вид и размеры новообразования, его локализацию, близость к жизненно важным органам**(например, при раке верхней челюсти путем внешнего осмотра можно обнаружить асимметрию лица, сглаженность носогубной складки, экзофтальм).

ПЛОСКОКЛЕТОЧНЫЙ РАК КОЖИ ЛИЦА



РАК НИЖНЕЙ ГУБЫ



РАК ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ



ПАЛЬПАЦИЯ:

- получают сведения о **расположении опухоли, её размерах**, которые могут оказаться большими, чем при осмотре за счёт опухолевой инфильтрации окружающих тканей.
- Пальпаторно определяют **консистенцию, болезненность, подвижность опухоли, взаимосвязь с соседними анатомическими образованиями.**
- После пальпации первичной опухоли исследуют **зону регионарного метастазирования.** Определяют количество, локализацию, консистенцию, подвижность, болезненность **регионарных лимфоузлов** и на основе полученных данных судят об их поражении злокачественной опухолью (метастаз).

-
- Далее продолжают обследование больного последовательно по органам и системам, применяя **осмотр, пальпацию, аускультацию**. При этом необходимо быть внимательным, чтобы не пропустить возможных признаков отдалённых метастазов (лимфоузлы ниже ключиц, печень, селезёнка, желудок, кости скелета и т.д.).

ЛАБОРАТОРНЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ

- ❑ **Отклонение** большинства лабораторных показателей характерно **при значительной распространённости** опухолевого процесса, когда имеет место нарушение равновесия между опухолью и организмом.
- ❑ Следует учитывать и такие **отягощающие** нарушения, как **генетические, иммунологические, гормональные**, на фоне которых возникает и развивается опухоль.
- ❑ Опухоль может выделять ряд веществ, приводящих к различным изменениям в организме (*паранеопластический синдром*).

ОБЩИЙ АНАЛИЗ КРОВИ

- На ранней стадии: количество эритроцитов, тромбоцитов, лейкоцитов соответствует **норме.**
- Позже: **анемии и дефицит эритроцитов, лимфоцитопения, эозинофилия, моноцитоз.**
- Лучевая и химиотерапия также неблагоприятно отражаются на картине периферической крови, приводя, как правило, к ***лейкопении и тромбоцитопении.***

БИОХИМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ:

- При запущенных формах злокачественной опухоли в плазме крови повышается содержание мочевины, при метастазах в кости — кальция в сыворотке крови.
- Осадочная реакция на рак (ОРР) основана на качественном изменении белков сыворотки крови у онкобольных, в частности, появлении белка, условно названного нерастворимым. Он является γ -глобулином.
- У онкологических больных выявлено увеличение в сыворотке крови гексокиназы. В более поздних стадиях повышается и уровень аденозинтрифосфатазы (АТФ).
- Установлено, что с момента появления рака, в моче возникает большее или меньшее количество полиаминов.

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ

- Исходные данные получают при обычной **рентгенографии** в нескольких проекциях. Она позволяет определить локализацию, форму, размеры опухолевого очага, степень деструкции костной ткани, наличие патологического перелома.
- **Томография** осуществляется после обычной рентгенографии. Выбираются наиболее выгодные проекции и плоскости томографических срезов. Можно получить дополнительную информацию о локализации, распространённости, характере границ патологического очага. Выявляются небольшие деструктивные очаги, невидимые на обычных рентгенограммах, облегчается дифференциальная диагностика опухолевых и неопухолевых процессов.

-
- Информативна **контрастная рентгенография**. Для контрастирования в онкостоматологии чаще всего применяют йодолипол, которым можно заполнять полостные образования: верхнечелюстные синусы, протоки слюнных желез, кистозные полости при радикулярных, фолликулярных кистах челюстей, врождённых срединных и боковых кистах шеи. Предварительно необходимо сделать обычную рентгенограмму.
 - Контрастная рентгенограмма позволяет четко определять форму, размеры, контуры новообразования, взаимоотношения его с окружающими органами, выявлять дефекты наполнения, например, при опухолях гайморовых пазух, слюнных желез, деформацию, смещение, обрыв протоков последних.

-
- **Ангиография** — контрастное исследование кровеносных и лимфатических сосудов. Оно подразделяется на **флебо- и ангиографию**.
 - Применяется также **контрастная лимфография**. По типу ветвления сосудов, их деформации, смещению, целостности и расположению можно судить о наличии новообразования и косвенно — о его форме, размерах, локализации. К прямым признакам поражения лимфоузлов метастазами относятся дефекты наполнения, изменение формы узлов, тотальное замещение узла опухолевой тканью и отсутствие в связи с этим накопления контраста.

-
- ▣ **Электрорентгенография** — сущность ее в получении изображения не на рентгеновской плёнке, а на селеновой пластинке с последующим проявлением и переносом изображения на бумагу. На снимках отчётливо изображаются контуры новообразования и окружающих его мягких тканей.

ПРЕИМУЩЕСТВА КТ ПЕРЕД ОБЫЧНОЙ РЕНТГЕНОГРАФИЕЙ

- — возможность получения изображения всех видов тканей (костной, хрящевой, мышечной, жировой и т.д.);
- — позволяет увидеть изображение не только исследуемого органа, но и других органов и тканей, находящихся на данном уровне ("срезах"), определить их форму, величину, топографо-анатомические взаимоотношения;
- — можно сложить изображение поперечных срезов и получить продольное изображение органов;
- — даёт возможность увеличения в несколько раз патологического очага и проведения точных измерений исследуемой области;
- — даёт чёткое изображение тканей при различии их плотности в 15—20%, тогда как обычная рентгенография — при разнице плотностей, не превышающей 0,5%;
- — позволяет судить об эффективности лечения;
- — помогает получить изображение опухоли, размеры которой не превышают несколько миллиметров (не исключены ложноположительные результаты).

РАДИОНУКЛИДНАЯ ДИАГНОСТИКА

- Метод широко используется для диагностики метастатического поражения регионарных лимфоузлов. При исследовании с помощью радиоактивного технеция пораженные лимфоузлы не поглощают изотоп в отличие от интактных (негативная сцинтиграфия), поэтому метастатические лимфоузлы на сцинтиграмме не видны в отличие от нормальных. Обратная картина имеет место при использовании радиоактивного галлия цитрат. Этот РФП, наоборот, поглощается метастатическими узлами, в результате чего на сцинтиграмме они хорошо просматриваются в отличие от нормальных (позитивная сцинтиграфия). Радионуклидная диагностика может применяться также для выявления новообразований придаточных пазух носа, слюнных желез.

ЭХОГРАФИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ НОВООБРАЗОВАНИЙ

- неспецифичны и основывать заключение только на данных УЗИ ошибочно.
- К достоинствам метода следует отнести безвредность исследования (возможность многократного повторения его), дешевизну и простоту в эксплуатации установок, не требующих специального помещения, возможность получения изображений разнообразных сечений тела в отличие от стандартных при компьютерной томографии, возможность наблюдать механические движения органов (пульсацию сосудов, дыхательные экскурсии), исключается необходимость применения контрастных средств, чувствительность метода превышает 90%.

ТЕРМОГРАФИЯ

- Нормальное термографическое изображение представляет собой мозаику полутоновых черно-белых или цветных участков в зависимости от уровня поверхностных температур. В норме температурное распределение на поверхности тела человека характеризуется строгой симметричностью относительно срединной линии. Обнаружение асимметрии температурного рисунка и лежит в основе диагностики большинства патологических процессов.
- Злокачественные новообразования различных локализаций проявляются на термограммах патологической гипертермией, что объясняется рядом причин:
 - — более высоким уровнем обменных процессов (метаболический фактор);
 - — повышенной интенсивностью деления клеток;
 - — преобладанием анаэробного гликолиза;
 - — повышенным кровотоком;
 - — формированием аномальных сосудов.

ЭНДОСКОПИЯ

- В челюстно-лицевой хирургии эндоскопический метод применяется при подозрении на новообразование придаточных пазух носа.
- Можно визуально оценить характер патологических изменений в органах и тканях, определить локализацию, форму, размеры опухоли, анатомические границы её распространения,
- Наряду с осмотром может быть осуществлена прицельная биопсия, а также фото— и киносъёмка.

ИММУНОДИАГНОСТИКА.

- Относительно надёжным показателем иммунного статуса организма является количество циркулирующих Т— и В-лимфоцитов. Количество функционально активных Т-клеток у онкологических больных снижается в соответствии с тяжестью процесса. При стойких ремиссиях оно возвращается к норме, вновь снижаясь при рецидиве и прогрессировании заболевания. Однако, оценивая результаты иммунодиагностики, следует помнить её относительность.
- Широкое распространение получают методы иммуноморфологического анализа биопсийного или секционного материалов. С помощью антител к различным компонентам наружной мембраны или цитоплазмы клеток уточняются гистогенез опухоли, степень её дифференцировки, начальные этапы инвазии.

МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

- абсолютно необходимый этап обследования онкологического больного, даже при отсутствии у врача сомнений в наличии новообразования.
- Тканевая принадлежность опухоли определяет характер лечения больного.
- Прижизненное морфологическое исследование подозрительных на новообразование тканей может быть осуществлено в виде цитологической диагностики (исследование клеточного состава патологического материала) и в виде гистологической диагностики биоптата, (методом исследования тканевого среза).

РАК ЯЗЫКА



БИОПСИЯ

- **метод получения ткани живого организма для морфологического исследования с диагностической целью.**
- .—-инцизионная биопсия — иссекается только часть новообразования (при этом размеры иссекаемого фрагмента должны быть не меньше 1,0x1,0 см, иначе возникают трудности в трактовке морфологической картины для патологоанатома);
- — эксцизионная биопсия — иссекается вся опухоль. Этот вид биопсии применяется при небольших новообразованиях;
- — трепанобиопсия, с высверливанием части костных и хрящевых объектов;
- — пункционная биопсия — выполняется специальными иглами (например, игла Пятницкого), позволяющими получить столбик ткани. Применяется при глубоко расположенных новообразованиях. Этот вид биопсии можно использовать для морфологического исследования увеличенных лимфатических узлов.

ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ И ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ

- Существуют следующие методы лечения новообразований:
 - — хирургический;
 - — лучевой;
 - — лекарственный (химиотерапия).
- Два последних метода лечения могут быть объединены в понятие "консервативная терапия".

ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ НОВООБРАЗОВАНИЯ

- *подвергаются в основном хирургическому лечению, принцип которого заключается в полном удалении опухолевого узла с покрывающей его оболочкой (экскохлеация, вылущивание).*
- Сложности хирургической техники при удалении подобных новообразований в основном связаны с локализацией.
- Некоторые доброкачественные новообразования могут быть излечены лучевым методом (геменгиомы век).

ЛЕЧЕНИЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВОООБРАЗОВАНИЙ

- **стремление к полному удалению первичного очага в границах здоровых тканей, ликвидации метастазов, подавление возможности возобновления опухолевого роста.**
- **Метод лечения зависит от местных и общих критериев заболевания.**
- **К *местным критериям* относятся: локализация и анатомо-физиологические нарушения в органе, пораженном опухолью, стадия опухолевого процесса, наличие регионарных и отдаленных метастазов, клинический тип роста опухоли, гистологическое строение и степень анаплазии опухоли.**
- **К *общим критериям* заболевания относятся: состояние общего и противоопухолевого иммунитета, возраст больного, характер сопутствующих заболеваний, функциональное состояние жизненноважных органов.**

ХИРУРГИЧЕСКИЙ МЕТОД

- В основе хирургии рака лежат два принципа: абластика и антибластика
- Различают следующие хирургические вмешательства по поводу злокачественных опухолей:
 1. **Радикальные операции — это операции, удовлетворяющие принципам абластики и антибластики;**
 2. **Паллиативные и симптоматические операции, не удовлетворяющие принципам абластики и антибластики.**

СПЕЦИАЛЬНЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ.

- ▣ **Криохирургический метод** основан на разрушении патологического очага путем замораживания. Деструкция клеток при этом обусловлена дегидратацией их в процессе образования клеточного льда и повреждении кристаллами льда клеточных структур, прекращением кровообращения в замороженной ткани. В онкологии метод применяется с 70-х годов.

СПЕЦИАЛЬНЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ.

- ▣ **Лазерная терапия** в онкологии. Механизм действия лазерного излучения досконально не изучен, но установлено, что при воздействии его на биологические объекты возникают термические, ультразвуковые, электрохимические, фотохимические и другие эффекты.
- ▣ Морфологическими исследованиями установлено, что по ходу луча в тканях возникают изменения, напоминающие электрокоагуляционный некроз. Для кумулирования воздействия лазерного излучения применяются витальные красители. Наиболее выраженный противоопухолевый эффект отмечен при применении лазера в сочетании с цитостатическими препаратами, лучевой терапией.

СПЕЦИАЛЬНЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ.

- При воздействии **УЗ большой интенсивности** в клетках нарушаются вплоть до полного прекращения, обменные процессы, ионизируется тканевая жидкость, понижается или прекращается тканевое дыхание. Это и было использовано для лечения **УЗ злокачественных опухолей**. В настоящее время уже созданы терапевтические **УЗ-установки** и **УЗ-скальпели**. Имеются попытки излечения этим методом рака губы, кожи, гортани, но клинического материала еще очень мало.

ЛУЧЕВОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ

- Применяется как самостоятельный метод, так и в сочетании с хирургическим и химиотерапевтическим методами.
- В отношении к хирургическому методу она может быть предоперационной, интраоперационной и послеоперационной.

ЛУЧЕВОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ

- ▣ Облучение может быть **наружным** (близкофокусным, когда источник расположен на расстоянии 1,5—25 см от поверхности облучения; д а л ь н е д и с т а н ц и о н н ы м при расстоянии от 30 см до 4 м и к о н т а к т н ы м, когда источник излучения находится на облучаемой поверхности) и **внутренним**.
- ▣ **Наружное** облучение проводится с помощью рентгено-телегаммаустановок, бетатрона, циклотрона, линейного ускорителя.
- ▣ **Внутреннее облучение бывает в н у т р и т к а н е в ы м и** внутриполостным. В первом случае источник находится в опухоли или ране после ее удаления, во втором — в полости, например, гайморовой.
- ▣ Если применяется наружное и внутритканевое облучение у одного больного, то речь идет о **сочетанной лучевой терапии**. Например, у больного раком корня языка проведена дистанционная гамма-терапия. По окончании курса в остаточную опухоль внедрены радиоактивные иглы.

ЛУЧЕВОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ

- При превышении толерантности возникают радионекрозы кожи, хрящей, костей. Этим определяется необходимость фракционирования суммарной очаговой (курсовой) дозы. Обычно за сеанс больной получает 2—2,5 гр ежедневно в течение 4—6 недель. СОД при предоперационном курсе составляет 40—45 гр, при радикальной программе облучения, когда больше не предусматривается никакого лечения, СОД увеличивается до 60—70 гр.

ЛУЧЕВОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ

- Кроме отмеченных осложнений у больных наблюдаются радиоэпителииты, трофические язвы, общая слабость, потеря аппетита, головные боли и головокружения, лейко- и лимфопения, тромбоцитопения. Поэтому требуется постоянный контроль состояния периферической крови и коррекция путем назначения гемостимулирующих препаратов, переливание крови и ее компонентов, назначение витаминов, дезинтоксикационная терапия, симптоматическое лечение.

ХИМИОТЕРАПИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ

- Дополняет оперативный и лучевой методы лечения. Как самостоятельный метод применяется при невозможности радикального излечения больного.
- Цитостатики блокируют отдельные звенья биохимических механизмов роста и деления клеток. Некоторые препараты блокируют обменные процессы аминокислот (метотрексат), РНК и ДНК (фторурацил), синтез пиримидиновых нуклеотидов, нарушают белковый обмен, тормозят митозы, вызывают хромосомные изменения и гибель клеток (колхамин). Чем больше масса опухоли, тем менее эффективна химиотерапия. Избирательная чувствительность современных химиопрепаратов недостаточна.

ПРОТИВООПУХОЛЕВЫЕ ПРЕПАРАТЫ

- — **алкилирующие**, которые замещают атом водорода в опухолевой клетке, нарушая ее жизнедеятельность (цисплатин);
- — **антиметаболиты** — являются ингибиторами клеточных ферментов (метоксат);
- — **алкалоиды** (препараты растительного происхождения) — приводят к денатурации клеточных белков и остановке митоза (винкристин, получаемый из барвинка розового);
- — **противоопухолевые антибиотики** — продукты жизнедеятельности грибов — подавляют синтез нуклеиновых кислот (оливомицин);
- — **гормональные препараты** — стероидные гормоны, проникая в клеточные ядра, нарушают синтез нуклеиновых кислот.
- При проведении лечения одним химиопрепаратом говорят о монохимиотерапии, несколькими — полихимиотерапии

ХИМИОТЕРАПИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ

- Для введения химиопрепаратов в организм используют **пероральный, внутривенный, внутриартериальный регионарный, эндолимфатический** пути.
- При химиотерапии наблюдаются следующие осложнения: **тошнота, рвота, диаррея, анорексия, стоматит, алопеция, геморрагический синдром, анемия, тромбоцитопения, лейкопения, гепатит, нефрит, дерматит.**

ХИМИОТЕРАПИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ

- **Противопоказания к химиотерапии:**
выраженное истощение больного, диссеминация опухолевого процесса, особенно с метастазами в головной мозг, печень, почки, надпочечники, исходное угнетение гемопоэза (менее 3 тыс. лейкоцитов, 100 тыс, тромбоцитов), патология сердечно-сосудистой системы, активный туберкулез, значительные размеры опухоли.

-
- Так как этиология злокачественных новообразований остается невыясненной, различные методы лечения направлены на различные патогенетические звенья опухолевого процесса.
 - Взятые порознь, существующие методы противоопухолевой терапии не дают в большинстве случаев стойкого клинического эффекта, о причинах чего говорилось выше. Поэтому в настоящее время наиболее широкое применение нашли схемы **комбинированного и комплексного лечения** больных, что позволяет получать лучшие отдаленные результаты. Сочетание двух видов противоопухолевой терапии носит название комбинированного лечения, всех трех видов — комплексного. Последовательность, виды применяемого лечения подбираются

СИМПТОМАТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

- ▣ *больных злокачественными новообразованиями* проводится примерно в 23,3% случаев (IV клиническая группа) первичной диагностики запущенного рака и примерно столько же переходит в IV клиническую группу в процессе лечения. Таким образом, в симптоматическом лечении нуждаются около 50% больных злокачественными опухолями. Эти больные не подлежат специальному лечению и забота о них возлагается на врачей общей лечебной сети (онкостоматологических больных курируют хирурги-стоматологи поликлиник).

СИМПТОМАТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

- При запущенном опухолевом процессе наблюдается **белковый дефицит** в организме, ведущий к снижению защитных функций печени. Углеводный обмен нарушается в сторону анаэробного гликолиза. Наступает **энергетическое голодание**. Нарушение водно-электролитного обмена приводит к **задержке воды в тканях, появлению отеков**. Замедляется регенерация гемоглобина, уменьшается объем циркулирующей крови (косвенные признаки: **брадикардия, гипотензия, бледность, снижение основного обмена**). Усиливающаяся интоксикация приводит к **потере аппетита, повышенной утомляемости, апатии**.

СИМПТОМАТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

- В лечении инкурабельных больных необходимо применение дезинтоксикационных средств, переливания крови, плазмы или эритроцитарной массы, витаминов группы В, аскорбиновой кислоты, анаболических гормонов (неробол, тестостерон), липотропные средства (липокаин, холин, метионин), а для стимуляции защитных сил организма показаны: пирогенал, зимозан, дибазол, женьшень, элеутерококк, пантокрин, обезболивающие препараты.