

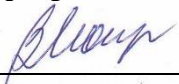
Затверджено

на засіданні кафедри
хірургічної стоматології
та щелепно-лицевої хірургії
Національного медичного університету
Імені О.О. Богомольця
“31” серпня 2022 р.
протокол № 1

Навчальний предмет:

Хірургічна стоматологія

завідувач кафедрою

професор  В.О.Маланчук

**Методичні рекомендації
для викладачів до проведення практичного заняття зі студентами,
IV курсу стоматологічного факультету**

Тема №6

Злоякісні пухлини слинних залоз: гістологічна будова, клінічні форми, диференційна діагностика, лікування. Рак і саркома щелеп: походження та гістологічна будова, класифікація, клініка, диференційна діагностика, лікування, ускладнення і профілактика. Злоякісні пухлини ший. Лімфаденопатія ЩЛД.

Склав: ас. Бойко А.А.

Кількість годин – 4,7 годин

Злоякісні пухлини слинних залоз становлять практичний інтерес за рахунок великої розмаїтості гістологічних форм, складності діагностики й лікування. Це обумовлено різноманітними функціями й особливостями мікроскопічної будови слинних залоз, їхніми топографо-анатомічними відношеннями з навколишніми органами й тканинами. Диференційну діагностику проводять як між різними пухлинами слинних залоз, так і між іншими захворюваннями, що протікають безпосередньо в залозі й навколишніх тканинах. Знання цих питань необхідно для успішного лікування хворих пухлинами слинних залоз. Особливу актуальність мають питання диспансеризації населення зі злоякісними пухлинами слинних залоз.

Онкологічні захворювання займають 2 місце в графі смертності після серцево-судинної патології. Чисельність хворих з онкологією щелепно-лицевої ділянки невпинно зростає. Враховуючи складність діагностики на початко-

вих етапах, пізні звернення громадян за допомогою, тяжкі наслідки лікування, та несприятливий прогноз необхідно чітко знати походження, класифікацію, клінічну картину, діагностику, диференційну діагностику, методи лікування та профілактики даної патології.

2 Результати навчання: **Фахові компетентності**

2.1.1 Студент повинен

- знати основні причини розвитку злоякісних пухлин слинних залоз (α -I);
 - знати класифікацію злоякісних пухлин слинних залоз (α -II);
 - опанувати методику обстеження хворих зі злоякісними пухлинами слинних залоз (α -II);
 - знати клінічні прояви злоякісних пухлин слинних залоз (α -II);
 - навчитися обирати залежно від клінічної ситуації методи рентгенологічного, електрофізіологічного й фізичного обстеження пацієнтів зі злоякісними пухлинами слинних залоз (α -III);
 - навчитися правильно оцінювати результати тих або інших діагностичних методів (α -III);
 - уміти застосовувати сучасні методики лікування залежно від клінічної ситуації (α -III);
 - знати досягнення кафедри в лікуванні злоякісних пухлин слинних залоз (α -III);
 - розвивати творчі здібності в процесі теоретичного та клінічного дослідження проблемних питань хірургічної стоматології (α -IV).
-
- знати походження та гістологічну будову раку та саркоми щелеп ($\alpha - II$)
 - знати клінічну картину, класифікацію, методи діагностики раку та саркоми щелеп ($\alpha - II$);
 - знати основні методи лікування, ускладнення та профілактику раку та саркоми щелеп ($\alpha - III$);

2.1.2 Студент повинен

- розвинення почуття професійної відповідальності за отримання достовірних результатів діагностики злоякісних пухлин слинних залоз;
- розуміння особливого деонтологічного підходу до пацієнтів із злоякісними пухлинами слинних залоз, метою якого є ретельний збір анамнезу та обстеження, проведення диференціальної діагностики для призначення оптимального комплексу лікувальних заходів;
- виховання патріотичних почуттів до НМУ шляхом ознайомлення з досягненнями співробітників кафедри хірургічної стоматології.

2.2 Загальні компетентності

- здатність до клінічного мислення;
- знання та розуміння предметної області та професійної діяльності;

3. Методи навчання

- розповідь, пояснення, навчальна дискусія;
- ілюстрування, демонстрація, індивідуальне спостереження;
- індивідуальне опитування;
- вирішення типових ситуаційних задач;
- вирішення нетипових ситуаційних задач;
- груповий метод по вирішенню завдання (робота в малих групах);

4. Методи контролю

Експрес опитування, бесіда, частково прицільне опитування.

Індивідуальне опитування.

Індивідуальні письмові завдання.

Тестування.

Рішення типових та нетипових задач.

Індивідуальний контроль навичок та їх результатів.

5. Міждисциплінарна інтеграція:

<i>Дисципліни</i>	<i>Знати</i>	<i>Вміти</i>
1.Попередні (забезпечуючи вивчення теми) дисципліни <u>Нормальна анатомія</u>	Анатомічну будову кісток лицевого скелету та м'яких тканин щелеп	Визначити особливості іннервації, кровопостачання, будови щелеп
<u>Патологічна фізіологія</u>	Етіологію, патогенез злоякісних новоутворень щелеп. Етіопатогенетичні механізми розвитку злоякісних новоутворень щелеп (раку та саркоми)	По клінічним та рентгенологічним ознакам визначити вид та стадію злоякісного новоутворення щелеп (раку та саркоми)
1. <u>Рентгенологія</u>	Порядок читання рентгенограм щелепно-лицевої ділянки, рентгенологічні ознаки злоякісних новоутворень щелеп (раку та саркоми)	Прочитати рентгенограму раку та саркоми щелеп
Патологічна анатомія	Морфологічні зміни в органах, системах та тканинах, що виникають при раку та саркомі щелеп	Описати макро- та мікропрепарати уражених кісток при раку та саркомі щелеп
2.Наступні дисципліни – ті, що забезпечує вивчення теми <u>Хірургічна стоматологія та щелепно-ли-</u>	Особливості етіології, патогенезу, класифікації, клінічної картини,	Поставити діагноз, скласти план додаткових обстежень

цева хірургія (інтернатура, клінічна ординатура, магістратура).	діагностики, диференційної діагностики, методів лікування та профілактики злоякісних новоутворень щелеп (раку та саркоми)	та лікування хворих із злоякісними новоутвореннями (раком та саркомою) щелеп.
3. Внутрішньопредметна інтеграція (між темами даної дисципліни).	Особливості етіології, патогенезу, класифікації, клінічної картини, діагностики, диференційної діагностики, методів лікування та профілактики злоякісних новоутворень щелеп (раку та саркоми)	Надати допомогу хворому з онкологічним захворюванням щелеп (раком та саркомою)

V. Зміст теми заняття:

Пухлини слинних залоз є тим розділом клінічної онкології, у якому як і раніше залишається багато невирішених питань. Це стосується буквально кожного випадку, з яким зіштовхуються патоморфологи й клініцисти.

Пухлини слинних залоз займають 1-5% у статистиці онкологічної захворюваності. Протягом багатьох років ці цифри досить стабільні й не мають тенденції до зниження. Етіологічні фактори дотепер залишаються нез'ясованими, хоча можна припустити певний вплив на зміни в залозі запального характеру, аліментарних факторів, гормональних порушень.

Більшість (95%) новоутворень має епітеліальну природу. В 88 % випадків пухлини локалізуються у великих й 12% -у малих слинних залозах. Пухлини малих слинних залоз можуть розвиватися в будь-якій анатомічній частині порожнини рота, однак частіше спостерігаються на твердому піднебінні (65 %), на межі м'якого й твердого піднебіння (12 %), на альвеолярних відростках верхніх щелеп (15%). Досить рідко пухлини малих слинних залоз зустрічаються у верхніх дихальних шляхах: порожнині носа, придаткових пазухах, гортані.

Неепітеліальні доброякісні й злоякісні пухлини слинних залоз становлять близько 3%, причому на частку злоякісних припадає 0,6%. Виявляють злоякісні лімфоми в привушній і підщелепній слинній залозах і так звані вторинні пухлини - метастази злоякісних пухлин інших локалізацій у привушну слинну залозу (меланоми шкіри обличчя й шиї, рака нирки).

Пухлини слинних залоз можуть спостерігатися в різному віці. Відомі випадки гемангіоми й саркоми привушної слинної залози в немовлят. Описано пухлини слинних залоз у старих людей, однак після 70 років ці новоутворення зустрічаються рідко. Звичайно пухлина виявляється у віці 30-60 років, іноді тривалість її розвитку встановити важко, тому що нерідко процес протікає десятиліттями. У чоловіків і жінок пухлини спостерігаються приблизно однаково, хоча іноді відзначається перевага хворих тієї або іншої статі залежно від гістологічної структури пухлини.

**Клініко-морфологічна класифікація
злоякісних пухлин слинних залоз (В.В.Панікаровський)**



**Міжнародна гістологічна класифікація пухлин слинних залоз
(Seifert et al., 1991).**

I. Аденоми:

- 1.Плеоморфна аденома.
- 2.Міоепітеліома (міоепітеліальна аденома).
- 3.Базальноклітинна аденома.
- 4.Аденолімфома.
- 5.Онкоцитома.
- 6.Каналікулярна аденома.
- 7.Жирова аденома.
- 8.Протокова аденома.
- 9.Інвертована протокова папілома.
- 10.Сілоаденома.
- 11.Цистаденома.
- 12.Папілярна цистаденома.
- 13.Муциозна цистаденома.

II. Карциноми:

- 1.Ацинозноклітинна карцинома.
- 2.Мукоепідермоїдна карцинома.
- 3.Аденокістозна карцинома.
- 4.Поліморфна низкодиференційна аденокарцинома.
- 5.Епітеліальноміоепітеліальна карцинома.
- 6.Базальноклітинна аденокарцинома.
- 8.Папілярна аденокарцинома.
- 9.Муциозна аденокарцинома.
- 10.Онкоцитарна карцинома.
- 11.Карцинома слинної протоки.

12.Аденокарцинома.

13.Злоякісна міоепітеліома (міоепітеліальна карцинома).

14.Карцинома в плеоморфній аденомі (злоякісна змішана пухлина).

15.Лусочкоклітинна карцинома.

16.Дрібноклітинна карцинома.

17.Недиференційована карцинома.

18.Інші карциноми.

III. Неепітеліальні пухлини.

IV. Злоякісні лімфоми.

V. Вторинні пухлини.

VI. Некласифіковані пухлини.

VII. Пухлиноподібні ураження:

Сіалоаденоз.

Онкоцитоз.

Некротична слинна метаплазія.

Доброякісне лімфоепітеліальне поразка.

Кіста слинної залози.

Хронічний склерозуючий сіалоаденіт підщелепної залози (пухлина Кю-тнера).

Кістозна лімфоїдна гіперплазія в AIDS.

Клінічні прояви злоякісних пухлин слинних залоз





Пухлини привушних і підщелепний слинних залоз звичайно виникають із одного боку, однаково часто розташовуються праворуч і ліворуч. Найчастіше двостороннє розташування спостерігається при аденолімфомі. Необхідно пам'ятати, що для змішаних пухлин однією з характерних рис є первинна множинність пухлинних зачатків, по поданнях різних авторів складова 48 %. Первинну множинність пухлинних зачатків спостерігають рідко.

Новоутворення великих слинних залоз можуть бути поверхневими або знаходитися в глибині паренхіми залози. У привушній слинній залозі пухлинні вузли частіше розташовуються поза лицевим нервом, ближче до зовнішньої поверхні. Пухлина може виходити також з додаткової частки привушної залози або (дуже рідко) із привушної протоки. У таких випадках вона розташовується в товщі щоки. Пухлини під'язикових слинних залоз зустрічаються вкрай рідко.

Ступінь злоякісності й клінічний перебіг ракових пухлин слинних залоз у край варіюють і залежать значною мірою від своєї складної гістологічної будови. Часто ці пухлини досить рано інфільтрують лицевий нерв, викликаючи парез або параліч м'язів, нижню щелепу, соскоподібний відросток скроневої кістки, поширюючись потім під основу черепа, проростають у шкіру або в ротову порожнину. Метастази можуть поширюватися лімфогенно й гематогенно, інтенсивність метастазування при різних злоякісних пухлинах неоднакова. Мукоепідермоїдні пухлини привушної слинної залози звичайно дають метастази в найближчі регіонарні лімфатичні вузли. Аденоїднокістозні карциноми відрізняються більше вираженими інфільтративними властивостями й гематогенним метастазуванням, частіше в легені. Аденокарциноми слинних

залоз метастазують у регіонарні лімфатичні вузли й віддалені органи. При злоякісних пухлинах привушної слинної залози метастазування у внутрішні органи відбувається звичайно у випадку розповсюдженого характеру новоутворень. При раках підщелепної слинної залози метастазування настає значно раніше, ніж при раку привушної слинної залози.

Злоякісні новоутворення, що розвилися на фоні змішаних пухлин, як і всякий рак, мають здатність частіше метастазувати у регіонарні лімфатичні вузли.

На відміну від більших слинних залоз серед пухлин малих слинних залоз переважають злоякісні (77,7%); 47,9% з них становлять аденокістозні карциноми.

Регіонарними лімфатичними вузлами для слинних залоз є поверхневі й глибокі яремні лімфатичні вузли ший.

Гістогенез пухлин слинних залоз продовжує вивчатися й уточнюватися. Найбільше число прихильників має епітеліальна теорія походження новоутворень. Багато дослідників вважають, що джерелом розвитку всіх компонентів пухлини служить епітелій диференційованої слинної залози.

Клініка. Клінічний перебіг пухлин привушних слинних залоз залежить від виду новоутворення, локалізації, поширеності процесу. Серед епітеліальних новоутворень слинних залоз ацинозноклітинна пухлина становить 1,5 %. Спостерігається тільки в жінок і тільки в привушній слинній залозі. Тривалий долікарський період дозволяв припускати доброякісний характер пухлини. Частіше ацинозноклітинна пухлина добре відмежована від навколишніх тканин, однак при мікроскопічному дослідженні виявляються ознаки інфільтративного росту. Походження пухлини цього виду зв'язують із серозними клітинами ацинусів слинних залоз. Деякі автори розглядають ацинозноклітинну пухлина як варіант аденокарциноми. Відповідно до сучасних морфологічних досліджень і клінічних спостережень, ацинозноклітинну пухлина варто розглядати як злоякісну, що характеризується інфільтративним ростом, схильну до рецидивів і метастазів. Спостерігали метастази рецидивної ацинозноклітинної пухлини в легені.

Мукоепідермоїдна пухлина становить, за нашим даними, 10,2% всіх пухлин слинних залоз. Частіше спостерігається в жінок (3:1) у віці 40-60 років. Найбільш частим місцем виникнення пухлини є привушна слинна залоза, де ця пухлина зустрічається в 6 разів частіше, ніж у малих слинних залозах. Середня тривалість долікарського періоду становить 3 роки при локалізації пухлини в привушній залозі й 8,5 мес - у малих слинних залозах.

Клінічний плин мукоепідермоїдної пухлини звичайно мало відрізняється від плину «змішаної» пухлини, особливо при доброякісному варіанті. Запідозрити мукоепідермоїдну пухлину можна тільки по невеликій набряклості, фіксації шкіри над новоутворенням, по деякому обмеженню рухливості, відсутності чіткої межі. Найбільш злоякісні форми мукоепідермоїдної пухлини протікають із болями. Ці пухлини нерухливі, інфільтрують шкіру, як правило, щільні, хворобливі при обмацуванні. Іноді спостерігаються свищі з відокрем-

люваним, що нагадує густий гній. У таких випадках пухлини звичайно проростають у нижню щелепу, у рідких випадках вони досягають величезних розмірів.

Перебіг мукоепідермоїдних пухлин багато в чому залежить від ступеня диференціювання клітин (мало-, помірно- й добре диференційовані типи). Частіше зустрічаються помірно й добре диференційовані типи, такий пухлинний процес протікає більш довгостроково, але й у цих хворих спостерігалися метастази й летальні исходи. Будь-якому типу будови мукоепідермоїдної пухлини властиві такі симптоми, як біль, відсутність зміщуваності, інфільтрація шкіри. Злоякісний перебіг відзначається в 30 % хворих, метастазування в регіонарні лімфатичні вузли зустрічається при пухлинах всіх морфологічних типів. Малодиференційовані мукоепідермоїдні пухлини радіочутливі, майже у всіх випадках у пухлинах виявляються мікроскопічні ознаки дії променевої терапії.

На розрізі мукоепідермоїдні пухлини не мають часточкової будови, вони сіро-білого кольору, іноді із сіро-рожевими ділянками. Визначаються кісти різного розміру й порожнини розпаду, заповнені розм'яклого речовиною або частіше гноєм.

Аденокістозні карциноми (циліндроми) серед всіх хворих, що спостерігалися нами, пухлинами слинних залоз відзначені в 13,5 % пацієнтів. На відміну від інших видів новоутворень ці пухлини частіше розвиваються в малих слинних залозах, за даними різних авторів, в 47-65 % випадків. Циліндрома однаково часто спостерігається в чоловіків і жінок. У деяких хворих клінічна картина нагадує перебіг змішаної пухлини, в інших хворих протікає з болями, паралічем мимічної мускулатури, мало зміщується при пальпації, має щільну консистенцію. Ці обставини, а також локалізація в різних областях верхніх дихальних шляхів, у порожнині рота й великих слинних залоз характеризують циліндрому як пухлина із укрив різноманітним клінічним перебігом. Можна сказати, що в кожного хворого на циліндрому слинної залози особлива клінічна картина.

Циліндрома має щільну капсулу, майже завжди спаяну з навколишніми тканинами. На розрізі пухлина не відрізняється від саркоми, іноді на деяких ділянках визначається ледь помітну часточкову будову. Слід зазначити, що макроскопічно змішані пухлини, циліндроми, мукоепідермоїдні пухлини важко помітні, що ставить хірургів у скрутний стан.

Метастазування циліндроми в регіонарні лімфатичні вузли спостерігається в 6-9% випадків. Для циліндроми більш характерно гематогенне метастазування, що спостерігається в 45% хворих. Частіше метастази розвиваються в легенях і кістках, іноді вони з'являються дуже рано й, домінуючи в клінічному перебігу, приводять до масивних руйнувань.

При зіставленні морфологічної будови цистаденоїдних карцином із клінічними даними виявлений чіткий взаємозв'язок між варіантами будови пухлини й перебігом захворювання. Аденокістозні карциноми всіх трьох варіантів (кріброзний, змішаний і солідний) мають інфільтративні властивості й мають

тенденцію до росту уздовж оболонок нерва. Солідна будова пухлини є несприятливою прогностичною ознакою й, як правило, свідчить про швидко прогресуючий перебіг захворювання з раннім летальним результатом. Цистаденоїдні карциноми радіочутливі.

Аденокарциноми слинних залоз становлять 5,9% всіх епітеліальних новоутворень, головною особливістю яких, як і аденокарцином інших локалізацій, є формування залозистих і папілярних структур. Однак у пухлин цієї групи відсутні ознаки, характерні для інших злоякісних пухлин слинних залоз, у складі яких можуть зустрічатися залозисті структури. Неоднорідність аденокарцином пояснюється розмаїтістю типів клітин, що становлять пухлину, і їхніх структурних взаємин. В 30% хворі пухлини локалізуються в порожнині рота, у малих слинних залозах; серед хворих переважають чоловіки.

Недиференційовані раки слинних залоз становлять 3,9% всіх епітеліальних пухлин, локалізуються переважно в великих слинних залозах, серед хворих переважають жінки старше 50 років.

Епідермоїдна карцинома зустрічається в 2% випадків епітеліальних пухлин слинних залоз, частіше в жінок і в осіб 40 років, локалізується переважно в привушній і підщелепній слинних залозах.

Звичайно хворі вказують на короткий період з моменту виявлення пухлини, хоча один з варіантів будови недиференційованих карцином характеризується більш тривалим перебігом. Більше 50% хворих недиференційованими раками гинуть від прогресування пухлинного процесу в строк від 8 міс до 14 років. Для пухлин всіх трьох форм - криброзної, змішаної й солідної - характерна щільність і безболісність, відсутність чітких границь. У більшості випадків зміщуваність пухлини в початковому періоді не порушена, видимо, через збережену зміщуваність самої слинної залози. Однак іноді з розвитком пухлини майже одночасно відзначаються червоність шкіри й інфільтрація підшкірної клітковини, вушної раковини, що швидко поширюється на нижню щелепу й під основу черепа. У міру росту пухлини зміщуваність її починає обмежуватися; приєднання болю в області слинної залози, а також інфільтрації шкіри й ураження лицевого нерва свідчать про злоякісність новоутворення. З навколишніх тканин найбільше часто в процес утягується шкіра. Ураження м'язів і кісток спостерігається при запущеному раку. Іноді виразка шкіри над пухлиною може симулювати рак шкіри. Нерідко в процес залучаються лицевий і інший нерви.

M.Strong і T. Noseworthy (1986) описують при епідермоїдному раці підщелепної слинної залози тріаду симптомів: геміанестезія, геміатрофія, втрата смакової чутливості половини язика.

Рецидиви пухлин виникають в 40-50 % випадків, метастази в регіонарних лімфатичних вузлах спостерігаються в 50 % хворих, звичайно на стороні ураження й досить рідко бувають двосторонніми. Іноді метастази ростуть значно швидше первинної пухлини. Віддалене метастазування спостерігається в легені, кістці, однак рідше, ніж при циліндромі. Описано метастази аденокарциноми в шкіру голови.

Макроскопічна картина злоякісних пухлин, так само як і мікроскопічна, різна. Межі пухлини в більшості випадків не виражені, на розрізі малюнок частіше однорідний або шаруватий. Іноді визначаються множинні дрібні або одиночні великі кісти.

Карциноми в плеоморфній аденомі, тобто виниклі шляхом перетворення змішаних пухлин у рак по своєму перебігу, відрізняються від первинно злоякісних пухлин насамперед більш тривалим анамнезом. Період існування таких змішаних пухлин становить більше 4 років. Середній період розвитку рака зі змішаної пухлини звичайно перевищує 10 років, за нашим даними, - 12,5 років. Чим довше існують змішані пухлини, тим більше шансів їх малігнізації. Причини таких явищ не ясні. Оскільки в даних випадках новоутворення більші, то при інфільтративному росту, що почався, вони дуже швидко стають неоперабельними. Пухлини проростають соскоподібний відросток або зовнішній слуховий прохід, нижню щелепу, проникають під основу черепа. У ряді випадків метастази в шийних лімфатичних вузлах відсутні. Частота перетворення змішаної пухлини в рак, на думку різних авторів, коливається від 3,6 до 30%.

Таким чином, в одних випадках клінічний перебіг злоякісних пухлин слинних залоз нагадує таке доброякісних новоутворень і на ранніх стадіях дані пухлини є інкапсульованими. В інших випадках із самого початку пухлина проявляється винятковою агресивністю й різноманітною симптоматикою. Біль і односторонній парез або параліч мимічної мускулатури - звичайні ознаки злоякісної пухлини. Параліч мимічних м'язів слугує несприятливою ознакою, що свідчить про проростання раку в одну або кілька гілок лицевого нерва, що вказує на агресивність пухлини. Розвивається цей симптом або непомітно, повільно або раптово, іноді він передуює виявленню пухлини привушної слинної залози.

Ступінь поширеності первинної злоякісної пухлини привушних, підщелепних, під'язичної слинних залоз визначається відповідно до Міжнародної класифікації ВІЗ (1989).

Примітка: всі категорії підрозділяються: а) немає місцевого поширення, б) є місцеве поширення. Місцеве поширення клінічно або макроскопічно означає інвазію шкіри, м'яких тканин, костей, нервів. Тільки один мікроскопічний прояв місцевого поширення не є приводом для класифікації.

Клінічна класифікація

Т - Первинна пухлина.

Тх - Недостатньо даних для оцінки первинної пухлини.

ТЕ - Первинна пухлина не визначається.

Т1 - Пухлина 2 см або менше у найбільшому вимірюванні.

Т2 - Пухлина більше 2 див, але не більше 4 див у найбільшому вимірі.

Т3 - Пухлина 4 см, але не більше 6 см у найбільшому вимірюванні.

Т4 - Пухлина 6 см у найбільшому вимірюванні.

N - Регіонарні лімфатичні вузли.

M - Віддалені метастази.

Ступінь поширення регіонарних і віддалених метастазів позначається по загальних принципах для ракових пухлин голови й шиї.

Групування по стадіях

I	T1a	N0	M0
	T2a	N0	M0
II	T1b	N0	M0
	T2b	N0	M0
	T3a	N0	M0
III	T3b	N0	M0
	T4a	N0	M0
	будь-яка T (крім T4b)	N1	M0
IV	T4b	будь-яка N	M0
	будь-яка T	N2, N3	M0
	будь-яка T	будь-яка N	M1

Висновок.

T1 < 2 см, Категорії підрозділяються:

T2 < 4 см, а) немає поширення;

T3 < 6 см, б) є поширення.

T4 > 6 см,

N1 - одиничний на стороні ураження < 3 см,

N2 - одиничний на стороні ураження < 6 см, множинні на стороні ураження < 6 см, по обидва боки, на протилежній стороні < 6 см,

N3 > 6 см.

Метастатичні пухлини привушної залози заслуговують поглибленого клінічного вивчення, тому що первинні злоякісні новоутворення розташовуються в різних областях голови й шиї й мають різноманітну морфологічну будову. Крім того, метастази можуть розвинути в лімфатичних вузлах усередині паренхіми привушної залози й в околожелезистих лімфатичних вузлах. Мікроскопічно це звичайно меланома або плоскоклітинний рак, інші види новоутворень (саркома й ін.) зустрічаються рідко. Найчастіше метастазують у привушну залозу меланоми з первинною локалізацією в області шкіри голови і юшка. Майже в 80 % випадків метастазування відбувається в лімфатичні вузли навколо залози. Найчастіше метастазами у привушну слинну залозу супроводжують метастази в глибоких шийних лімфатичних вузлах.

Окрему групу становлять пухлини, що локалізуються в глотковому відростку привушної слинної залози, спостерігаються вони не часто. Злоякісні новоутворення супроводжуються болями. Пухлина, незважаючи на повільний перебіг, досить швидко інфільтрує слизову оболонку глотки - утвориться виразка, що розпадається, з неприємним запахом. Потім пухлина проростає навколишні тканини, лицевий нерв. Звичайно такі хворі звертаються до лікаря, коли пухлини вже неоперабельні.

Пухлини підщелепної слинної залози розташовуються у відповідному анатомічному трикутнику шиї й трохи частіше спостерігаються в чоловіків. У підщелепній області розвиваються метастази в лімфатичних вузлах, запальні процеси й збільшення підщелепної слинної залози через камені в її протоці або

в товщі. Ці обставини сильно утрудняють діагностику первинних пухлин даної локалізації.

Клінічний перебіг пухлин малих слинних залоз укр. різноманітно й залежить насамперед від їхньої локалізації (тверде або м'яке піднебіння, щока, язик, верхньощелепна пазуха, порожнина носа).

Діагностика пухлин слинних залоз представляє значні складності. Різноманіття морфологічних форм і варіантів будови в межах одного гістологічного виду викликає труднощі в інтерпретації пухлин слинних залоз. Питання долікарської морфологічної діагностики дуже важливий, тому що саме від виду новоутворення в першу чергу залежить вибір лікувальної тактики. Таким чином, основна проблема діагностики - це рішення питання про злоякісність процесу. Передопераційний висновок про доброякісність або злоякісність процесу, а також про те, чи є дане ущільнення новоутворенням, обґрунтовується декількома методами. Як і раніше найбільш достовірні результати гістологічного дослідження, однак такі дані одержують тільки після видалення пухлини або під час операції шляхом термінового мікроскопічного дослідження.

У діагностиці пухлин слинних залоз основне значення має клінічний перебіг. Аналіз скарг, історії захворювання часто допомагає правильно визначити вид новоутворення. Огляд і пальпація дають уявлення про консистенцію й хворобливість пухлини, її розмірах і зміщеності, чіткості меж, характер поверхні, відношення до навколишніх тканин і органів (шкіри, слизової оболонки, вушній раковині, соскоподібному відростку, нижній щелепі, глотці). Пальпація дозволяє судити про глибину розташування пухлини, тому що пухлина може локалізуватися поверхово або в товщі слинної залози, або в глотковому відростку. При огляді ротової порожнини й ковтки визначають ступінь відкриття рота, стан лицевого нерва й мимічної мускулатури.

Пальпацію регіонарних лімфатичних вузлів на шії варто робити з різних сторін (це ставиться до більшості злоякісних пухлин голови й шії). Попереду визначають стан підщелепних лімфатичних вузлів, застосовуючи бімануальний спосіб. Для обмацування лімфатичних вузлів, розташованих над ключицею, у нижнього полюса привушної залози, уздовж внутрішньої яремної вени, у зовнішнього краю трапецієподібного м'яза краще стати зі спини хворого. Позаду вдається краще пропальпувати й визначити величину, консистенцію й рухливість лімфатичних вузлів.

В основі діагностики пухлин слинних залоз повинні лежати клінічні дані. Однак ґрунтуватися тільки на характері клінічного перебігу недостатньо, тому що різні по походженню й будові пухлини, особливо привушної залози, мають подібний клінічний перебіг. Тому необхідно використовувати спеціальні методи діагностики.

Провідним методом долікарської діагностики пухлин слинних залоз є цитологічний. Метод цитологічної діагностики пунктів з використанням методики Днк-проточної цитометрії дозволив у більш ніж 80 % випадків диференціювати пухлинні й непухлинні процеси, доброякісні й злоякісні новоутворення, судити про тканинну належність пухлини. Злоякісність процесу вда-

лося встановити в 92 % вивчених цитограм, а в 91 % хворих правильно визначити гістологічну форму пухлини. Оцінка різних кількісних співвідношень і варіантів взаєморозташування міжклітинної речовини й клітин дозволяє судити про змішану пухлину, циліндроме, мукоепідермоїдної пухлини. Пункція новоутворення безпечна й безболісна, займає мало часу. Вірогідність висновку залежить від досвіду цитолога. Матеріал може бути взятий у поліклінічних умовах. Цитологічне дослідження пунктата пухлини й збільшених шийних лімфатичних вузлів є обов'язковим у плані діагностичних заходів.

Для уточнення характеру й топографії новоутворення застосовують рентгенологічне дослідження привушних і підщелепних слинних залоз (рентгенографія черепа й контрастна рентгенографія - сіалографія, метод контрастування слинних проток). Рентгенограму оцінюють по характеру наповнення проток і малюнку тіні паренхіми залози. При доброякісних пухлинах структура проток не змінюється, протоки відтискуються пухлиною. Новотвір на знімках виявляється у вигляді дефекту наповнення проток і тканини залози. При злоякісних пухлинах сіалограми вкрай різноманітні: визначаються дефекти наповнення проток, що утворилися в результаті руйнування тканини слинної залози. У тих випадках, коли ні клінічний, ні цитологічний методи не дозволяють поставити діагноз, а таких хворих, за даними А. У. Мінкіна й співавт. (1993), 31%, доцільно використовувати метод прямого й сполученого контрастування великих слинних залоз. Це дозволяє точніше оцінювати стан залози, пухлини й зон регіонарного лімфовідтоку. Метод полягає в сполученні традиційної сіалографії й прямого введення контрастної речовини в слинну залозу й пухлину. Інформативність методу 98,9%, чутливість при виявленні раку великих слинних залоз 96,7%, а для доброякісних утворень - 98,3% .

Деякі автори рекомендують використовувати комп'ютерну томографію, що дає більше точне уявлення про топографію, розміри й поширення пухлини. На їхню думку, цей метод дозволяє проводити диференціальну діагностику між солідними й кістозними пухлинами. Комп'ютерну томографію доцільно застосовувати при рішенні питання про операбельність пухлини, якщо клінічно є підозра на поширення новоутворення до підстави черепа або залучення кісткових структур у пухлинний процес (це не завжди виявляється звичайним рентгенологічним методом).

У цей час як уточнюючий метод діагностики як первинної пухлини, так і зон регіонарного метастазування застосовують ультразвукове дослідження (УЗД). Особливу значимість УЗД має в діагностиці «прихованих» регіонарних метастазів при непальпуємих лімфатичних вузлах. За допомогою УЗД можна розпізнати пухлини 5-6 мм у діаметрі, включаючи пухлини інтра- і екстрагландулярної локалізації. Добре видні утворення, що містять рідину, папілярні розростання в кістозних порожнинах. При злоякісних пухлинах виявляються збіднена ехоструктура, нечіткі контури й негомогенність патологічного утворення.

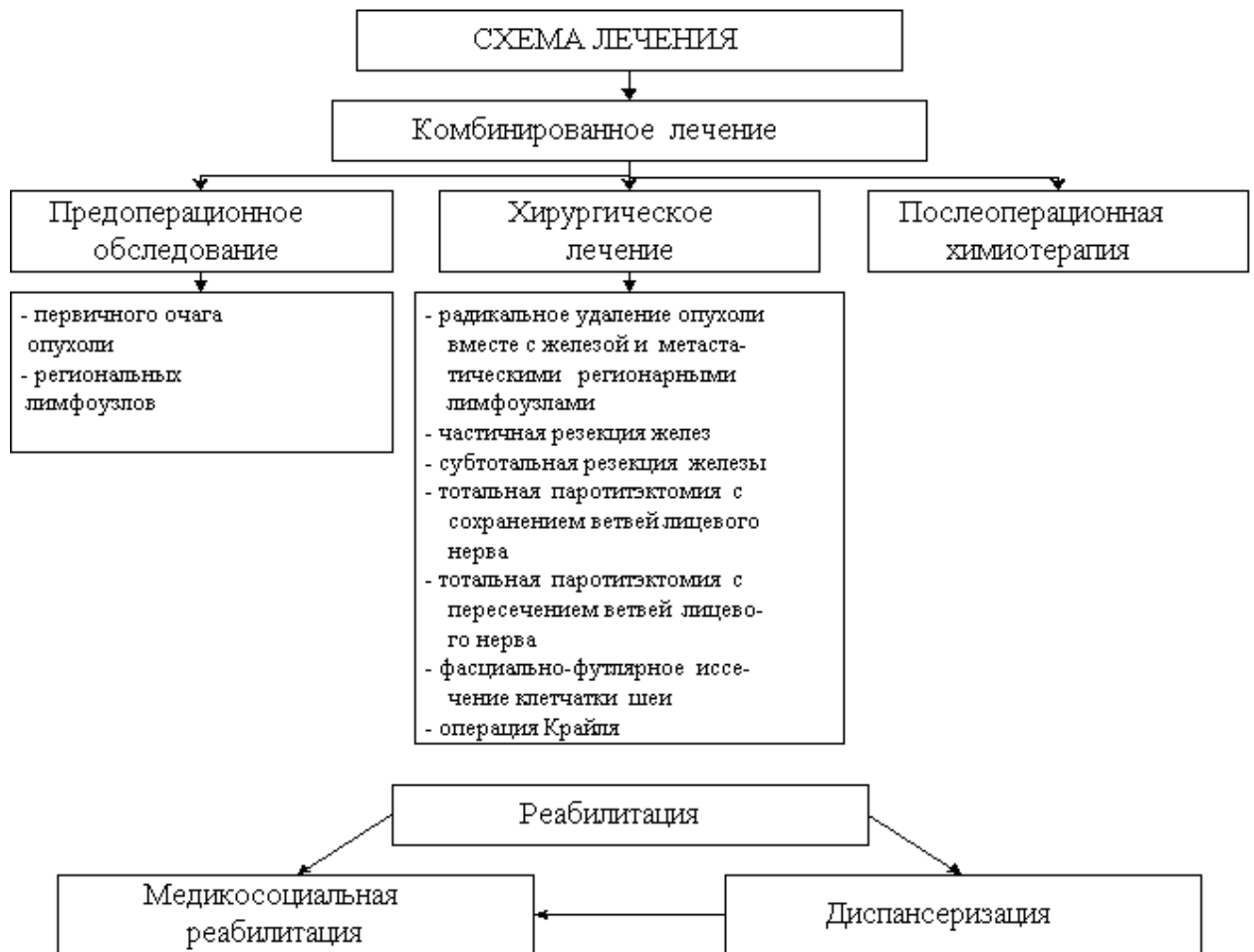
Диференціальну діагностику звичайно доводиться проводити між різними пухлинами слинних залоз і інших захворювань, що протікають безпосередньо в залозі й поруч із нею. Частіше доводиться диференціювати з кістами,

запальними процесами й туберкульозом. За перебігом ці процеси подібні між собою й з новоутвореннями. При поверхневому розташуванні кісти розпізнаються легко, при глибокому - варто провести цитологічне дослідження пунктата й ехографію (УЗД). При хронічних запальних захворюваннях у диференціальній діагностиці з пухлинами допомагають рентгенологічний метод і ехографія. Туберкульоз привушної слинної залози (переважно інкапсульовані форми) клінічно й рентгенологічно не відрізняються від доброякісної пухлини, і тільки цитологічне дослідження дозволяє диференціювати ці захворювання.

При пухлинах привушних і підщелепних слинних залоз диференціальний діагноз часто доводиться проводити з різними патологічними процесами, що протікають поруч із залозою: хронічним лімфаденітом різного походження й пухлинами ший. У складних випадках допомагають цитологічний, рентгенологічний і ультразвуковий методи. Виконання біопсії є відповідальною процедурою, що вимагає індивідуального підходу, зробити її можна тільки під час операції (при сумнівах у діагнозі). Техніка біопсії повинна відповідати вимогам абластики. Варто вдосконалювати цитологічний метод дослідження, тому що він дає можливість з'ясувати справжню природу пухлини до операції й на підставі цього виробити раціональний план лікування.

Помилки в діагностиці пухлин слинних залоз досить часті, тому що хворі в основному звертаються по допомогу до хірургів, стоматологів, оториноларингологів, невропатологів, терапевтів і досить рідко - до онкологів. Первинний діагноз не підтвердився в 60%, помилковий діагноз у стаціонарі був поставлений в 10% випадків. Діагностичні помилки при новотворах слинних залоз у великій кількості випадків обумовлені рядом причин: недостатнім, а часом неправильним трактуванням анамнезу, подібним клінічним перебігом різних пухлин, ігноруванням сучасних методів діагностики.

Лікування злоякісних пухлин слинних залоз



Лікування. Основними факторами, що визначають вибір лікувальної тактики, слугують морфологічна структура пухлини й ступінь поширеності пухлинного процесу.

Тактика лікування **злоякісних пухлин** в основному визначається ступенем диференціювання, розмірами й локалізацією пухлини. Так, при пухлині T1, повільному темпі росту, високому ступеню диференціювання можливо тільки хірургічне лікування в обсязі паротидектомії. При пухлинах більшого розміру й менш диференційованих провідним методом лікування є комбінований із променевою терапією на першому етапі й операцією - на другому.

Дальньодистанційну гамма-терапію проводять у передопераційному періоді. При доброякісному перебігу лікування завершується паротидектомією зі збереженням гілок лицевого нерва, при злоякісному перебігу лікування проводять по методу, описаному нижче.

Комбінованому методу лікування підлягають також аденокарцинома, епідермоїдна й недиференційована карцинома, рак із «змішаної» пухлини. Лікування краще починати з передопераційної дальньодистанційної гамма-терапії на апараті Гут-3 - 400 - 1 або на потужніших установках. Гамма-терапію варто проводити з осередковою сумарною поглиненою дозою 50-60 Гр. Опромінювати регіонарні лімфатичні вузли необхідно в тому випадку, якщо є або підозрюються метастази. Під впливом опромінення пухлина часто значно зменшується.

Після опромінення роблять операцію (приблизно через 3 тиж). Оперативне втручання може вважатися радикальним, якщо привушну слинну залозу, уражену пухлиною, видаляють у єдиному блоці з регіонарними лімфатичними вузлами з урахуванням особливостей лімфообігу ший. Проводити післяопераційне опромінення після радикальних операцій немає необхідності.

При поширеності первинної пухлини T 1-T2, коли на ший є одиночні, невеликі і зміщатися метастази, що, необхідно робити повну паротидектомію (без збереження лицевого нерва) у єдиному блоці із тканинами, «уносимими» при фасціально-футлярному висіченні шийної клітковини. У цих випадках, крім блоку тканин, які звичайно видаляють при фасціально-футлярному висіченні шийної клітковини, у зону тканин, що видаляються, включають зовнішню яремну вену з навколишньою їй клітковиною, поверхневими лімфатичними вузлами й судинами. При раку привушної залози T3 і множинних або малорухливих метастазах на ший роблять видалення єдиним блоком привушної залози (відступити на 1-2 см від її країв) разом з лицевим нервом і м'якими тканинами ший по методу Крайля. Шийну клітковину висікають у межах нижнього краю нижньої щелепи, середньої лінії ший, ключиці й переднього краю трапецієподібного м'яза. Видаленню підлягають підшкірний м'яз ший, грудино-ключично-сосцевидний м'яз, підщелепна слинна залоза, внутрішні й зовнішня яремні вени, зовнішня сонна артерія, заднє черевце двочеревцевого м'яза, шилопід'язикового й лопатно-під'язикового м'яза.

Головні етапи проведення радикальної операції із приводу раку привушної слинної залози. Розрізи шкіри, використововувані нами при операціях із приводу раку привушної слинної залози, наведені нижче (мал.3). Після мобілізації шкірних клаптів і розсічення фасцій по середній лінії ший розріжуть на рівні верхнього краю ключиці від грудини до трапецієподібного м'яза поверхневий м'яз ший, другу фасцію й ніжки грудино-ключично-соскоподібного м'яза. Мобілізують клітковину бічного трикутника ший разом з п'ятою фасцією. Перев'язують і перетинають внутрішню яремну вену. Зовні уздовж переднього краю трапецієподібного м'яза розсікають фасції. Виділивши клітковину ший до рівня розвилки сонної артерії, перев'язують і перетинають зовнішню сонну артерію. У соскоподібного відростка перетинають грудино-ключично-сосцевидний м'яз, шилопід'язиковий м'яз і заднє черевце двочеревцевого м'яза. На цьому рівні перев'язують і перетинають внутрішню яремну вену. Відокремлюють від нижньої щелепи й вушної раковини інфільтровану пухлиною привушну слинну залозу. Операцію завершують видаленням тканин підщелепного трикутника, зовнішньої сонної артерії й широким висіченням привушної слинної залози. Після висічення зазначених тканин необхідно по можливості здійснити пластику лицевого нерва, наприклад, шляхом пересадження одного з нервів ший.

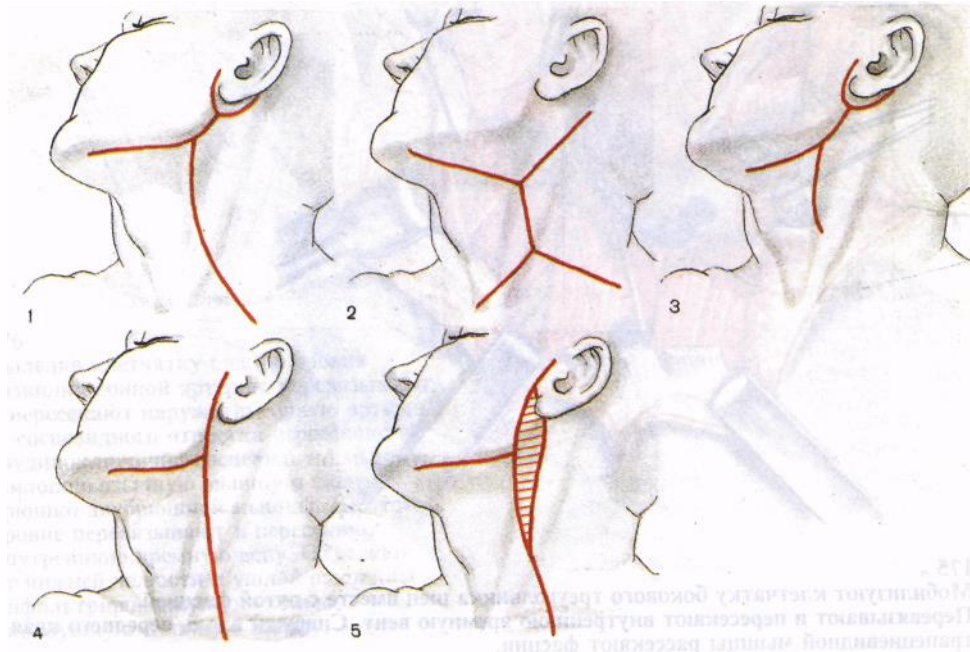


Рис.3 Розрізи шкіри, використовувані нами при операціях із привушної слинної залози.

1- за Кларком;

2- за Мартіном;

3- за Пьєтрантоні;

4- за Брауном;

5- за Нанесом: у блок тканин, що видаляються, включають шкірний клапоть, під яким розташовується зовнішня яремна вена із супровідними лімфатичними судинами.

Більшість злоякісних пухлин слинних залоз радіорезистентні. Пошук засобів і способів, що підсилюють протипухлинну активність променевого впливу, виявив позитивне значення штучної гіпертермії. Вивчення в нашій клініці ролі терморадіотерапії (гіпертермія + радіотерапія) показало переваги останньої перед однією радіотерапією. Виражена регресія пухлини після терморадіотерапії відзначена в 71%, а після радіотерапії - тільки в 40% хворих. Проведення терморадіотерапії по радикальній програмі при значному ефекті передопераційної дози опромінення дозволяє одержати в деяких хворих повну резорбцію пухлини. Найбільш чутливої до даного способу лікування виявилася аденокістозна карцинома. Гарний ефект зареєстрований у хворих, у яких розмір пухлини не перевищував 4 см. Використання терморадіотерапії на першому етапі комбінованого лікування дозволило розширити показання до збереження лицевого нерва при пухлинах привушної слинної залози у випадку відсутності ознак ураження нерва. Спостереження за хворими протягом 2 років показало абластичність таких операцій.

Для поліпшення результатів лікування пухлин привушної слинної залози деякі фахівці рекомендують проводити післяопераційну променеву терапію електронами 10215 MeV на первинне вогнище й регіонарні зони з ураженої сторони в СОД 50-76 Гр: 5-літня виживаність при такому способі лікування становить 69 %. У літературі описаний позитивний досвід комбінованого лікування злоякісних пухлин привушної слинної залози з використанням інтраопераційного опромінення ложа залози й при показаннях - шийі. М. Moushmov (1992) відзначає гарні результати лікування: 90 % 5-літня виживаність і відсутність серйозних ускладнень.

Поліморфні аденоми підщелепної слинної залози лікують звичайно хірургічно. Операції не становлять труднощів, тому що підщелепний футляр висікає разом з підщелепною слинною залозою. Змішані пухлини під'язичної й малих слинних залоз органів порожнини рота видаляють зі збереженням капсули.

Злоякісні новоутворення підщелепної слинної залози підлягають комбінованому лікуванню. При відсутності метастазів у регіонарних лімфатичних вузлах проводять дальнодистанційне гамма-опромінення первинного вогнища, а потім здійснюють фасціальну-футлярну висічення шийної клітковини разом з пухлиною. При метастазах у шийних лімфатичних вузлах у зону опромінення варто включати відповідну половину шийі й дальнодистанційну гамма-терапію проводити декількома полями. Сумарна доза обумовлена розмірами пухлини й числом полів опромінення. Операцію проводять через 3 тижні після закінчення опромінення. При рецидивах злоякісних пухлин підщелепної слинної залози часто доводиться збільшувати обсяг тканин, що висікаються, нерідко удаючись до резекції нижньої щелепи або тканин дна порожнини рота.

Злоякісні пухлини малих слинних залоз органів порожнини рота й верхньощелепної пазухи варто лікувати за тими ж принципами, що й рак слизової оболонки порожнини рота й порожнини носа із додатковими пазухами. Однак треба врахувати, що при злоякісних пухлинах малих слинних залоз метастазування в регіонарні лімфатичні вузли спостерігається значно рідше, ніж при плоскоклітинному раці слизової оболонки порожнини рота. Тому висічення шийної клітковини в цих випадках роблять при наявності метастазів або підозрі на них.

Післяопераційний період у більшості хворих після радикальних операцій із приводу злоякісних пухлин слинних залоз протікає гладко. Однак резекція внутрішньої яремної вени й травматизація блукаючого нерва повинні враховуватися під час і після операції в плані профілактики шоку й зниження внутрічерепного тиску.

При запущених формах злоякісних пухлин слинних залоз за показниками може бути використана променева терапія, що зменшує біль, що супроводжують запальні процеси й пухлинну активність. Спостерігали хворих, у яких подібні новоутворення під впливом «паліативної» променевої терапії ставали операбельними.

Лікарський, гормональний і хіміохірургічний методи лікування злоякісних пухлин слинних залоз поки не застосовуються й продовжують вивчатися. У нашій практиці лише метотрексат у деяких хворих раком більших слинних залоз викли-

кав значну регресію пухлини. Аналогічного протипухлинного ефекту нерідко можна домогтися при регіонарному використанні сарколізину. Американські онкологи застосовують хіміотерапію в якості ад'ювантного лікування або самостійного методу при розповсюджених пухлинах (T4). Використовують цисплатин, адріаміцин, 5-фторурацил (моно- або поліхіміотерапія).

Віддалені результати лікування доброякісних пухлин слинних залоз гарні. Майже всі пацієнти вертаються до своїх колишніх занять. Часто парези окремих м'язів, що зберігаються в перші тижні після операції, через 4-7 міс зменшуються й зникають.

Рецидиви після лікування «змішаних» пухлин привушної слинної залози спостерігаються, за даними різних авторів, в 1, 5-35 % випадків (у великих спеціалізованих клініках США - в 5 %) і виникають частіше протягом перших 2 років. Ми спостерігали рецидиви тільки після хірургічного лікування рецидивних «змішаних» пухлин в 3 % випадків. За даними американських хірургів, повторні рецидиви після видалення рецидивних «змішаних» пухлин варто очікувати в 25 % випадків. Ця цифра говорить про велику відповідальність хірурга, що робить першу операцію.

Віддалені результати лікування злоякісних пухлин слинних залоз у загальному несприятливі. При мукоепідермоїдних пухлинах прогностичне значення тривалості долікарського періоду нами не встановлено. Прогноз залежить від варіанта будови пухлини. Місцеві рецидиви спостерігаються приблизно в 40% хворих при всіх варіантах будови. Обумовлено це тим, що названі новоутворення часто діагностуються як змішані пухлини й лікуються, природно, нерадикально. Метастази в лімфатичних вузлах шії рідше спостерігаються при добре диференційованому варіанті будови пухлини (9%), частіше при помірковано (37%) і ще частіше при малодиференційованому (50%) варіанті. Відповідно кількість летальних випадків становить 10, 27 і 60%. Установлено, що прогноз погіршується при мукоепідермоїдних пухлинах, що містять «вільну» слиз і не мають лімфоплазмочитарної інфільтрації.

При аденокістозних карциномах (циліндромах) виникли місцеві рецидиви в 40%, метастази в регіонарних лімфатичних вузлах - в 6,6%, метастази в легенях і костях - в 44% пацієнтів, умерли 25,5% хворих. Однак прогноз багато в чому залежить від варіанта гістологічної будови циліндроми. При кріб-розному варіанті віддалені метастази спостерігаються в 34,2%, летальність - в 29%, при солідному варіанті - відповідно в 100 і 90% випадків.

Прогноз при аденокарциномі й інших видах карцином слинних залоз, у тому числі малігнізованих «змішаних» пухлинах, приблизно однаковий. Лікування спостерігається в 20-25 % пацієнтів (за даними різних авторів). Працездатність у деяких хворих через кілька місяців відновлюється, однак у багатьох пацієнтів вона знижується через параліч м'язів і набряку обличчя. Результати лікування трохи покращилися після застосування комбінованого методу лікування з використанням терморадіотерапії на першому етапі й сучасних радикальних операціях - на другому. Рецидиви спостерігаються в 40-44 %, метас-

тази в регіонарних лімфатичних вузлах - в 47-50 % випадків. Результати лікування злоякісних пухлин підщелепної слинної залози гірше, ніж результати лікування рака привушної слинної залози.

По питанню лікування доброякісних пухлин думки різних авторів єдиний: хірургічний метод є ведучим. Для доброякісних новоутворень (крім «змішаної» пухлини привушної слинної залози) адекватною операцією є енуклеація пухлини без ушкодження капсули. Змішані пухлини привушної слинної залози також підлягають хірургічному лікуванню, однак обсяг операції залежить від розмірів пухлини. При пухлинах, що локалізуються в поверхневій частині залози, роблять резекцію частини залози, субтотальную резекцію (видалення поверхньої частки залози) у площині розташування гілок лицевого нерва. При локалізації процесу в глибокій частині залози, під гілками лицевого нерва, виконують паротидектомію зі збереженням лицевого нерва. Такий підхід до лікування гарантує подальший безрецидивний перебіг.

Великий внесок у розробку лікувальної тактики й хірургічної техніки операцій із приводу пухлин слинних залоз, у тому числі «змішаної» пухлини, внесли роботи, виконані в клініці (А.И. Пачес, Н.В. Белоусова й ін.). При виконанні операції ми рекомендуємо виходити з наступних принципових положень.

Оперувати треба під наркозом, щоб вільно маніпулювати з гілками лицевого нерва в незмінених тканинах. Місцева анестезія не створює умов, у край необхідних для хірургічного втручання, і значно утрудняє орієнтацію в затоплених новокаїном тканинах.

З огляду на, що капсула змішаної пухлини не завжди цільна й тканина новоутворення прилягає безпосередньо до паренхіми слинної залози, необхідно видалити пухлину разом з навколишньою здоровою тканиною залози.

Операцію варто починати з оголення в сосцевидному відростку основного стовбура лицевого нерва й вести виділення в напрямку основних гілок. Оголювати «змішану» пухлину досить небезпечно через можливість перетинання гілок лицевого нерва.

Для здійснення операцій потрібно чітко знати анатомію лицевого нерва й взаємовідносини його з навколишніми тканинами. Описано багато варіантів розподілу лицевого нерва. Наприклад, R. A. Davis пропонує 6 варіантів розподілу (мал. 1).

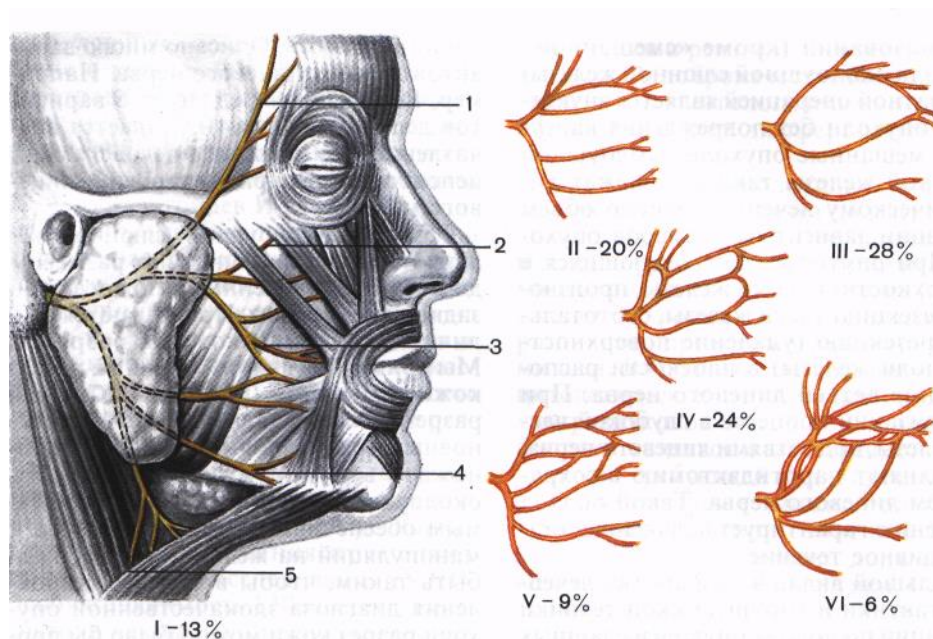


Рис.1 Варіанти (I-VI) будови лицевого нерва (по Davis і співавт.):

1 - скронева гілка; 2 - вилична гілка; 3 - щічна гілка; 4- крайова нижньощелепна гілка; 5- шийна гілка.

Цифри - частота різних варіантів у відсотках.

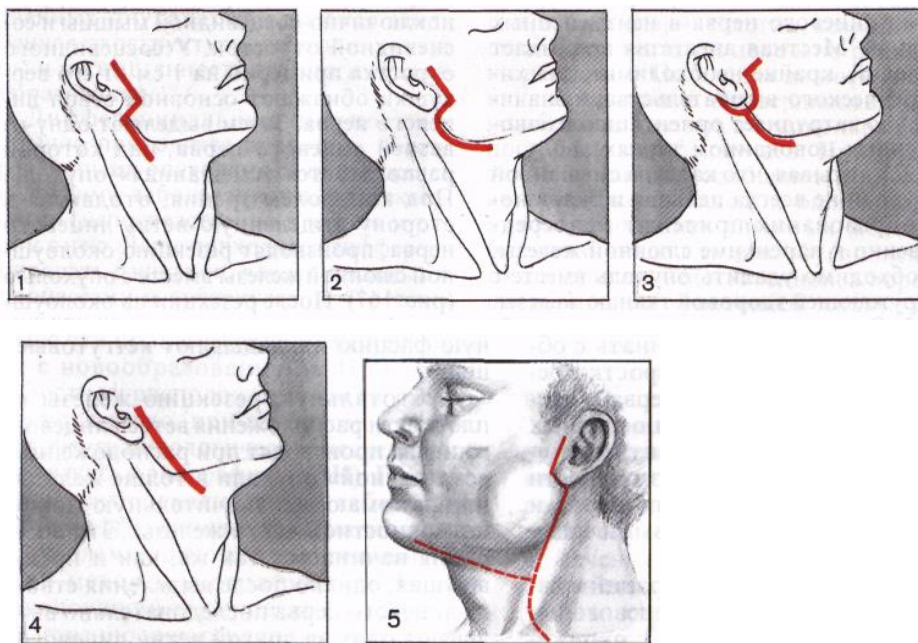


Рис.2 Варіанти розрізів шкіри при хірургічному лікуванні змішаних пухлин привушної слинної залози.

1 - Редона; 2 - Ковтуновича; 3 - Мартінаа; 4 - Систрункаа; 5 - варіант, прийнятий в ОНЦ РАМН.

Резекція привушної слинної залози показана при пухлинах розміром до 2 см, розташованих у полюсах або задньому краї залози. Пропонуються різні варіанти шкірних розрізів. Застосовують видозмінений розріз шкіри по Редону (мал.

2). Шкірний розріз повинен задовольняти двом основним вимогам: 1) він повинен оголювати всю зовнішню поверхню привушної слинної залози й тим самим забезпечувати огляд та маніпуляції на залозі; 2) він повинен бути таким, щоб у випадку встановлення діагнозу злоякісної пухлини розріз шкіри можна було б продовжити для висічення шийної клітковини. Після мобілізації шкірних клаптів і оголення зовнішньої поверхні привушної слинної залози розсікають привушну фасцію в нижнього полюса й заднього краю залози й мобілізують задній край залози. Оголюють передній край грудино-ключично-соскоподібного м'яза й соскоподібного відростка. У соскоподібного відростка приблизно на 1 см від його верхівки оголюють основний стовбур лицевого нерва. Потім виділяють одну з гілок лицевого нерва, над якою розташовується «змішана» пухлина. Під контролем зору, відсуваючи убік виділену гілку лицевого нерва, роблять резекцію привушної слинної залози разом з пухлиною. Після резекції на привушну фасцію накладають кетгутові шви.

Субтотальну резекцію залози в площині розташування гілок лицевого нерва роблять при розташуванні «змішаної» пухлини в товщі залози або поверхневої частини, що займає значну долю залози. Ця операція починається так само, як і попередня, однак після виділення стовбура лицевого нерва послідовно виділяють одну за іншою гілки лицевого нерва й у площині їхнього розташування висікають тканину залози разом з пухлиною. При виділенні гілок лицевого нерва варто прагнути якнайменше порушувати їхнє кровопостачання. Якщо ж змішана пухлина розташовується в області основного стовбура лицевого нерва, то з метою попередження ушкодження або травматизації нерва операцію потрібно починати з периферії гілок лицевого нерва.

Паротидектомія зі збереженням гілок лицевого нерва показана при «змішаних» пухлинах більших розмірів, рецидивах, у тому числі багатовузликових, а також при «змішаних» пухлинах глоткового відростка слинної залози. Спочатку, після попередньої перев'язки зовнішньої сонної артерії, роблять субтотальну резекцію залози в площині оголених гілок нерва. Гілки лицевого нерва піднімають і під ними роблять виділення й висічення глибокої частини привушної слинної залози в єдиному блоці з пухлиною.

Резекцію глоткового відростка привушної слинної залози роблять при розташуванні «змішаної» пухлини в глотковому відростку й вибуханні її в глотку. Розріз шкіри проводять у підщелепній області, відступивши на 2 см від нижнього краю нижньої щелепи й паралельно останньому від підборідної області до соскоподібного відростка. Перев'язують зовнішню сонну артерію. Для широкого доступу до «змішаного» пухлині, розташованої парафарингеально, потрібно видалити підщелепну слинну залозу. Оголюють нижню поверхню пухлини, глибоку частку привушної слинної залози. Тупим шляхом пухлину відокремлюють від стінки глотки, основи черепа й інших навколишніх тканин. Пухлину виводять у рану й роблять резекцію глоткового відростка привушної слинної залози.

Рецидиви «змішаної» пухлини привушної слинної залози також підлягають хірургічному лікуванню. Неодмінною умовою радикальності операції повинне бути висічення в єдиному блоці привушної слинної залози й рецидивної

пухлини з навколишніми тканинами й шкірою, де раніше маніпулював хірург. Паротидектомію роблять зі збереженням гілок лицевого нерва.

Спеціально потрібно підкреслити, що диференційований підхід до вибору операції залежно від розмірів і локалізації «змішаної» пухлини привушної залози дозволяє уникнути ушкодження лицевого нерва. Ми не попереджаємо хворих про можливість перетинання лицевого нерва, але говоримо про розвиток тимчасового парезу мимічної мускулатури. У хірургії «змішаних» пухлин привушної слинної залози, у тому числі багатьох злоякісних пухлин, велике значення потрібно надавати виявленню, виділенню й захисту лицевого нерва.

Операції із приводу «змішаної» пухлини слинних залоз звичайно протікають без ускладнень. У післяопераційному періоді або через кілька місяців іноді буває тимчасовий парез мимічних м'язів особи, що пов'язане з порушенням кровообігу й розвитком ішемії нерва. Ступінь виразності й тривалості парезу залежить від типу поділу лицевого нерва і його розвитку (калібр стовбура й гілок), взаємини пухлини й гілок лицевого нерва, що передусе лікування й стану тканин залози, обсягу хірургічного втручання й віку пацієнта. Парез мимічних м'язів, що спостерігається приблизно в 5 % випадків після первинних операцій, значно частіше (в 28 %) відзначається після повторних операцій. Звичайно в строк від 2 тиж до 2 міс функції гілок лицевого нерва відновлюються. У деяких хворих парез мимічних м'язів обличчя триває до 6 міс. У цих випадках потрібно проводити терапію вітамінами групи В, масаж, мимічну гімнастику.

Можливе утворення точкового слинного свища. Він звичайно закривається самостійно при тугому бинтуванні.

Через 3-4 міс після операції в деяких хворих (2 %) відзначається поява крапель поту й гіперемії в області привушної слинної залози під час прийому їжі. У літературі це описують як *синдром Фрея*, синдром вушно-скроневого нерва, біля-скроневого гіпергідроз. Після прийому їжі перераховані симптоми зникають. Синдром Фрея розвивається в результаті ушкодження під час операції гілок вушно-скроневого нерва, порушення регенерації парасимпатичних волокон і передачі збудження на симпатичні волокна. Рекомендується змазувати шкіру привушної області 3% скополаміновою маззю. Явища гіпергідрозу ліквідуються протягом 2-3 тиж.

Рак – злоякісна пухлина епітеліальної природи.

Саркома - злоякісна пухлина сполучнотканниної природи. Рак верхньої щелепи зустрічається в 1-2 % від числа всіх злоякісних пухлин. Хворіють чоловіки і жінки, переважно у віці 40-60 років. Клінічні прояви раку верхньої щелепи значною мірою залежать від локалізації пухлини та напрямку основного росту пухлини за її межі, тому для чіткого уявлення місця виникнення пухлини і її клінічної картини було рекомендовано умовними площинами поділити верхню щелепу на 4 основні відділи (сектори або фрагменти): верхньозадньовнутрішній, верхньозадньозовнішній, нижньопередньовнутрішній, нижньопередньозовнішній.

Для пухлин нижньопередньовнутрішнього сектора характерні слизисто-гнійні або гнійно-кров'яністі виділення з носа, утруднення дихання відповідною половиною носа, пухлина є видимою при передній риноскопії і доступною для біопсії. Пізніше наростає деформація обличчя і верхньої щелепи внаслідок руйнування передньої стінки верхньощелепної пазухи, переднього відділу твердого піднебіння, коміркового відростка верхньої щелепи. Пухлина поширюється на м'які тканини, носогубна складка згладжується.

Пухлини нижньопередньозовнішнього сектора проявляються болем, розхитуванням зубів, деформацією коміркового відростка і задніх відділів верхньої щелепи. Після руйнування задньої стінки верхньої щелепи і проростання пухлини в підскроневу та крилопіднебінну ямку виникає контрактура нижньої щелепи внаслідок проростання пухлини в жувальні м'язи.

Пухлини задньовверхньовнутрішнього сектора діагностують частіше у пізніх стадіях, бо їх важко оглянути і дослідити. Коли пухлина проростає носові ходи, то спочатку виявляються ускладнення носового дихання, кров'яністі виділення з порожнини носа і пухлину можна побачити у верхньозадніх відділах носа. Після проростання пухлиною порожнини очної ямки вона призводить до зміщення очного яблука вперед і латерально, при руйнуванні пухлиною слезового каналу виникає слезотеча.

Пухлини задньовверхньозовнішнього сектора спочатку спричиняють порушення чутливості шкіри в зоні розгалуження під очною ямкою нерва, потім зумовлюють екзофтальм і зміщення ока у внутрішні відділи очної ямки, що супроводжується диплопією, набряком повік. При збільшенні пухлини з'являються асиметрія і деформація обличчя. З розвитком пухлини посилюється біль, який стає інтенсивним і виснажливим, приєднується головний біль, контрактура нижньої щелепи внаслідок проростання пухлиною жувальних м'язів.

Розрізняють чотири стадії раку верхньої щелепи:

1 стадія - пухлина обмежена гайморовою пазухою, деструкції її кісткових стінок немає, метастазів немає.

2 стадія - пухлина в межах гайморової пазухи, відзначають вогнищеву деструкцію стінок пазухи. Можливі поодинокі метастази в лімфовузлах (у задніх або бічних лімфовузлах глотки).

3 стадія – пухлина вийшла за межі кісткових стінок пазухи, проникає в порожнину рота, носа, у решітчастий лабіринт, в очну ямку, крило-піднебінну ямку, зумовлює деформацію або руйнування твердого піднебіння, очного яблука і обмеження його руху. Є метастази в лімфовузлах під нижньощелепної ділянки чи ший.

4 стадія – пухлина поширюється далеко за межі гайморової пазухи, проростає шкіру обличчя, переходить на виличну кістку, іншу верхню щелепу, росте в носову порожнину, очну ямку, крило-піднебінну ямку. Виражені нерухомі або

такі, що розпадаються, метастази в підщелепній ділянці і на шиї, можливі віддалені метастази.

Диференційну діагностику проводять із хронічним гайморитом, хронічним остеомієлітом, врослою у верхньощелепну пазуху кореневою кістою, епулідом, остеомою, амелобластомою, одонтомою, фібромою, туберкульозом, сифілісом та актиномікозом.

Для діагностики злоякісної пухлини верхньощелепної пазухи застосовують класичні загально клінічні і додаткові методи. Нині обов'язковим є такі методи обстеження: класичні укладки для рентгенологічного дослідження альвеолярного відростка і всієї верхньої щелепи із верхньощелепною пазухою (у носопідборідній проекції, панорамна рентгенографія верхньої щелепи), КТ і МРТ кісток середньої ділянки обличчя, вивчення віртуальних 3Д моделей і створення стереолітографічних моделей кісток лицевого черепа, консультації хворого у оториноларинголога, окуліста, невропатолога, імунолога (після імунограми), інших фахівців. Вкрай важливими є пункція новоутворення, радіоізотопне дослідження, біопсія, і патоморфологічне вивчення препарату.

Важливими ознаками пухлини є асиметрія і деформація кісток лицевого черепа – верхньої щелепи, схилу носа та вилицевої кістки, коміркового відростка, піднебіння, дистонія, розхитування та випадіння зубів, зміщення очного яблука, інфільтрація м'яких тканин, у ділянці іклової ямки і нижньочнамячкового краю, наявність пухлини в порожнині носа і носовій частині глотки (це виявляють при передній і задній риноскопії), наявність горбистої пухлини чи виразки. При метастазах пухлини визначаються щільні, частіше неболючі піднижньощелепні, привушні, шийні, і надключичні лімфовузли, які потім стають нерухомими і зливаються в конгломерати. Можливі порушення цілістності стінок очної ямки і рухомості очного яблука.

Діагноз підтверджують даними морфологічного дослідження пунктату із гайморової пазухи або біоптату пухлини.

Лікування. Складна анатомічна будова середньої зони обличчя, біля якої розташовані численні життєво важливі анатомічні структури - очна ямка, основа і порожнина черепа тощо, обмежують можливості проведення обширних онкологічних операцій без ризику щодо радикальності втручання, вимог абластики та антибластики. Зазначене зумовлює необхідність часто застосовувати комбіноване лікування – передопераційне опромінення (до 50 Гр), хіміотерапію з наступною операцією через 3-4 тижня.

Видаляють верхню щелепу з внутрішньоротового доступу (при більш локальних процесах) або після розтину шкіри обличчя за Вебером, Кохером, та інш., - при поширених процесах, необхідності видалення ока, втручанні на основі черепа тощо. У таких випадках попередньо перев'язують зовнішню сонну артерію. За потреби одночасно проводять видалення регіонарних мета-

стазів (операція Крайля, Пачеса). В.С. Процик для лікування раку верхньої щелепи застосовує внутрішньоартеріальну хіміотерапію, телегамматерпію, електрорезекцію верхньої щелепи з закладанням в післяопераційну порожнину аплікатора з голками кобальту 60.

Хворі після операції часто потребують щелепно-лицевого протезування ектопротезами, їм призначають другу групу інвалідності, військовослужбовців комісують.

Рак нижньої щелепи

Рак нижньої щелепи може бути первинним (ураженню відразу підпадає щелепа) або вторинним, коли пухлина поширюється на щелепу з прилеглих м'яких тканин. Клініка залежить від місця початку малігнізації і в якому напрямі вона розвивається: якщо вона почалася із середини тіла кістки, то рано з'являється біль з іррадіацією у вуха і скроню, виникає стовщення нижньої щелепи, парастезія нижньої губи. При ураженні кута і гілки щелепи рано виникає обмежене відкривання рота, у підборідному відділі ранніми ознаками є горбистість та вздуття підборіддя, швидке інфільтрування м'яких тканин.

Якщо пухлина починається зі слизової оболонки або ясен, то з'являється виразка із грибоподібними розростаннями, зуби швидко розхитуються, іноді випадають, інфільтрат поширюється на дно порожнини рота, язик, губу, щоку.

При поширенні пухлини на прилеглі до щелепи тканини виникає асиметрія обличчя, через руйнування нижньої щелепи пухлиною може виникнути її резорбційний (патологічний) перелом. У разі приєднання до пухлини запального процесу близько до жувальних м'язів спостерігається обмеження рухомості нижньої щелепи, порушується жувальна функція. Прі рості пухлини в глибину кісткової тканини відбувається резорбція коренів прилеглих зубів, а при рості пухлини в нижньощелепний канал виникає симптом Венсана. Регіонарні метастази в лімфатичні вузли значно погіршують стан хворого.

На рентгенограмах визначається деструкція кісткової тканини з нечіткими краями по центру або по краю щелепи, розширення періодонтальних щілин навколо зубів, деструкція кортикальної пластинки та губчастої речовини, розширення нижньощелепного каналу тощо.

Діагностика. Діагноз встановлюють після обстеження хворого. Потрібне цитологічне дослідження пунктату з пухлинного вогнища, а при проростанні альвеолярного відростка і виразкуванні пухлини – виконують цитологічне дослідження мазків – відбитків та інцизійну біопсію.

Лікування. Частіше застосовують комбінований метод лікування у декілька етапів:

1. етап – дистанційна гамма-терапія на пухлину щелепи і регіонарні лімфатичні вузли, внутрішньоартеріальна регіональна хіміотерапія;
2. етап – хірургічний. Його проводять через 3-4 тижні після хіміотерапії і променевої терапії – виконують резекцію або екзаартикуляцію ураженої частини нижньої щелепи, а потім - фасціально-футлярну лімфаденектомію або за наявності регіонарних метастазів операцію Крайля.

Після закінчення операції щелепно-лицевий хірург відновлює, за можливості, цілістність нижньої щелепи та інших анатомічних утворень, через які виконувався оперативний доступ.

Хворим із давніми стадіями призначають паліативну променеву терапію (до 70 Гр) і внутрішньоартеріальну хіміотерапію цитостатиками.

Перед видаленням пухлини нижньої щелепи заздалегідь готують ортопедичні конструкції (шина Ванкевич тощо) для утримання в правильному положенні нижньої щелепи і м'яких тканин. Після резекції значної частини нижньої щелепи і жувальних м'язів годування хворого кілька тижнів здійснюють через носо-стравохідний зонд.

Реконструктивно-відновні операції (кісткову пластику) з метою усунення дефектів нижньої щелепи після операції, променевої і хіміотерапії, доцільно виконувати через 10-12 міс. і більше після видалення пухлини, коли настане поліпшення стану м'яких тканин і для майбутнього кісткового ложа.

Остеосаркома

Це високозлоякісна пухлина, що характеризується утворенням кістки або остеїду пухлинними клітинами. Зустрічається найчастіше до 50 % серед інших первинних кісткових злоякісних новоутворень щелеп.

Остеосаркома дає навіть у початковій стадії гематогенні метастази в легені, що іноді виявляють раніше, ніж первинну пухлину. Здебільшого уражує чоловіків молодого й середнього віку. Переважно локалізується в нижній щелепі.

Клінічна картина. Нерідко появі пухлини передують травми. Виникає обмежена болюча пухлина на зовнішній поверхні тіла щелепи або альвеолярного відростка. Зуби в межах пухлини висунуваються, стають рухомими. Новоутворення збільшується швидко, з'являється вибухання і з боку порожнини рота. Пальпаторно пухлина нерухома, щільної консистенції, слизова оболонка над нею розтягується, стає блідою, видно розширену судинну сітку. Інтенсивний біль турбує вночі, виникає парестезія відповідних ділянок. У пізній стадії за-

хворювання пухлина досягає великого розміру. Можливий резорбційний (патологічний) перелом щелепи. Регіонарні лімфатичні вузли не збільшуються. Визначаються слабкість, втрата апетиту.

Фібросаркома

Фібросаркома спостерігається приблизно в 1,3 % хворих з кістковими новоутвореннями, переважно в осіб середнього віку. У щелепових кістках розрізняють центральну й периферичну (періостальну) форми, але в занедбаних випадках розмежувати їх буває неможливо.

Клінічні прояви залежать від локалізації і поширеності пухлини. У разі розвитку периферійної фібросаркоми визначають наявність щільно-еластичної пухлини, що росте назовні від кістки й тісно з нею спаяна. Пухлина росте досить швидко (протягом декількох місяців), виникає деформація обличчя. При ураженні верхньої щелепи (найчастіша локалізація) звужується очна щілина, піднімається основа крила носа, згладжується носо-губна складка. Ураження нижньої щелепи спричинює вибухання щоки й піднижньощелепної ділянки відповідного боку.

Центральна фібросаркома, розвиваючись у глибині щелепи, виявляється у більш пізніх стадіях, коли пухлина виходить за межі щелепи. Зуби в межах пухлини стають рухомими, зміщуються пухлинною тканиною, що збільшуються. Слизова оболонка над нею бліда, розтягнута, виражується лише в пізніх стадіях хвороби. Болючі відчуття при фібросаркомі неінтенсивні. Пухлина метастазує гематогенним шляхом частіше в легені. Центральна фібросаркома перебігає більш злоякісно, ніж периферійна, рано дає метастази.

Рентгенологічна картина периферійної фібросаркоми не відповідає клінічним проявам: за наявності великої пухлини відзначаються незначні кісткові зміни у вигляді остеолітичного крайового вогнища, але може проектуватися м'якотканний компонент пухлини із щільними включеннями. При центральній локалізації відзначається більша деструкція кістки за типом остеолізу без чітких меж.

Остаточний діагноз фібросаркоми ґрунтується на клініко-рентгенологічних і морфологічних даних. Для цього проводять відкриту біопсію, тому що не завжди вдається одержати пунктат для цитологічного дослідження.

Фібросаркому диференціюють від фіброми, гігантоклітинної пухлини, остеогенної саркоми. **Макроскопічно** пухлинна тканина щільна, сіро-білого кольору.

Мікроскопічно визначають злоякісну пухлину, що характеризується утворенням пухлинними клітинами проміжних пучків колагенових волокон. Розрізняють високодиференційовану фібросаркому, в якій виявляються лише деяке підвищення мітотичної активності й клітинний поліморфізм, і недиференційовану, прогноз якої гірший.

Лікування полягає в резекції щелепи з прилеглими тканинами. Променева терапія малоефективна. При радіочутливій пухлині проводять передопераційну променеву терапію.

Прогноз несприятливий

VI. План та організаційна структура заняття

№ п/п	Основні етапи заняття, їх функції та зміст	Навчальні цілі в рівнях засвоєння	Методи контролю і навчання	Матеріали методичного забезпечення: контролю, наочності, інструктивні	Розподіл часу
1	2	3	4	5	6
1 2	ПІДГОТОВЧИЙ ЕТАП <u>Організаційні заходи</u> <u>Постановка навчальних цілей та мотивація</u>	<u>Навчальні цілі заняття:</u> - знати основні причини розвитку злоякісних пухлин слинних залоз (α-I); - знати класифікацію злоякісних пухлин слинних залоз (α-II); - опанувати методику обстеження хворих зі злоякісними пухлинами слинних залоз (α-II); - знати клінічні прояви злоякісних пухлин слинних залоз (α-II); - навчитися обирати залежно від клінічної ситуації методи рентгенологічного, елек-трофізіологічного й фізичного обстеження пацієнтів зі злоякісними пухлинами		<u>Актуальність теми:</u> Злоякісні пухлини слинних залоз становлять практичний інтерес за рахунок великої розмаїтості гістологічних форм, складності діагностики й лікування. Це обумовлено різноманітними функціями й особливостями мікроскопічної будови слинних залоз, їхніми топографо-анатомічними відношеннями з навколишніми органами й тканинами. Диференційну діагностику проводять як між різними	5 хв.

		слинних залоз (α-III); • навчитися правильно оцінювати результати тих або інших діагностичних методів (α-III); • уміти застосовувати сучасні методи лікування залежно від клінічної ситуації (α-III); • знати досягнення кафедри в лікуванні злоякісних пухлин слинних залоз (α-III); • розвивати творчі здібності в процесі теоретичного та клінічного дослідження проблемних питань хірургічної стоматології (α-IV). • знати походження та гістологічну будову раку та саркоми щелеп ($\square$ – II) • знати клінічну картину, класифікацію, методи діагностики раку та саркоми щелеп ($\square$ – II); • знати основні методи лікування, ускладнення та профілактику раку та саркоми щелеп ($\square$ – III);		пухлинами слинних залоз, так і між іншими захворюваннями, що протікають безпосередньо в залозі й навколишніх тканинах. Знання цих питань необхідно для успішного лікування хворих пухлинами слинних залоз. Особливу актуальність мають питання диспансеризації населення зі злоякісними пухлинами слинних залоз. Онкологічні захворювання займають 2 місце в графі смертності після серцево-судинної патології. Чисельність хворих з онкологією щелепно-лицевої ділянки невпинно зростає. Враховуючи складність діагностики на початкових етапах, пізніше звернення громадян за допомогою, тяжкі наслідки лікування, та несприятливий прогноз необхідно чітко знати походження, класифікацію, клінічну	
--	--	---	--	--	--

				картину, діагностику, диференційну діагностику, методи лікування та профілактики данної патології.	
3	1. Визначення раку і саркоми 2. Статистика захворюваності на рак і саркому щелеп 3. Причини розвитку раку і саркоми щелеп 4. Класифікація раку і саркоми щелеп 5. Патологічна анатомія раку і саркоми щелеп 6. Клінічна картина, діагностика, та диференційна діагностика. 7. Методи лікування, ускладнення, прогноз та профілактика захворювання 8. Класифікація злоякісних пухлин слинних залоз. 9. Клінічна характеристика злоякісних пухлин більших і малих слинних залоз. 10. Принципи й методи діагностики злоякісних пухлин більших і	I II II III IV	Індивідуальне усне опитування теоретичного матеріалу (теоретична співбесіда) ($\alpha - I-II$). Рішення типових задач II рівня. Програмований контроль (тести II рівня). Письмові теоретичні роботи.	Таблиці, муляжі, слайди, препарати. Орієнтовні питання. Типові ситуаційні задачі, тести II рівня. Типові та нетипові ситуаційні завдання, тести II рівня.	25 хв.

	малих слинних залоз залежно від клінічної стадії пухлинного процесу. 11. Сучасні принципи комбінованого лікування злоякісних пухлин слинних залоз. 12. Диспансеризація й реабілітація хворих зі злоякісними пухлинами слинних залоз. 13. Деонтологічні аспекти при лікуванні хворих зі злоякісними пухлинами слинних залоз.				
4	ОСНОВНИЙ ЕТАП <u>Формування професійних вмінь та навичок:</u> 1. Самостійний прийом та курація хворих у хірургічному відділенні стоматологічній поліклініці та щелепно-лицевому стаціонарі. 2. Визначення додаткових методів обстеження	III III III III III	Практичний тренінг. Нетипові клінічні задачі, алгоритми, інструкції. Тестування. Професійний тренінг. Самостійна курація хворого.	Хворі, хірургічний інструментарій, лікарські препарати, амбулаторні та стаціонарні медичні картки, рентгенограми хворих, результати додаткових методів дослідження пацієнтів, алгоритми, нетипові ситуаційні завдання. Тести III рівня.	80 хв.

	3. Проведення диференціальної діагностики злоякісних новоутворень щелеп та слинних залоз. 4. Проведення біопсії 5. Визначення методу лікування. 6.			Інструкції, імітаційні завдання.	
5.	КЛЮЧНИЙ ЕТАП Контроль та корекція рівня професійних вмінь та навичок.	III	Індивідуальний контроль навичок та їх результатів	Хірургічний інструментарій, лікарські препарати, амбулаторні та стаціонарні медичні картки, рентгенограми хворих, результати додаткових методів дослідження пацієнтів, нетипові ситуаційні завдання. Тести II та III рівня. Інструкції, імітаційні завдання.	25 хв.
6	Підведення підсумків практичного заняття		Аналіз та оцінка результатів клінічної та теоретичної частини заняття, рішень нетипових задач.		
7	Домашнє завдання (основна і додаткова література по темі).			Орієнтована карта для самостійної роботи з літературою за наступною темою.	

VII. Матеріали методичного забезпечення заняття

Контрольні питання.

1. Класифікація злоякісних пухлин слинних залоз.
2. Клінічна характеристика злоякісних пухлин більших і малих слинних залоз.
3. Принципи й методи діагностики злоякісних пухлин більших і малих слинних залоз залежно від клінічної стадії пухлинного процесу.
4. Сучасні принципи комбінованого лікування злоякісних пухлин слинних залоз.
5. Диспансеризація й реабілітація хворих зі злоякісними пухлинами слинних залоз.
6. Деонтологічні аспекти при лікуванні хворих зі злоякісними пухлинами слинних залоз.
7. Визначення раку і саркоми
8. Статистика захворюваності на рак і саркому щелеп
9. Причини розвитку раку і саркоми щелеп
10. Класифікація раку і саркоми щелеп
11. Патологічна анатомія раку і саркоми щелеп
12. Клінічна картина, діагностика, та диференційна діагностика.
13. Методи лікування, ускладнення, прогноз та профілактика захворювання.

VII.1. Матеріали контролю для підготовчого етапу заняття (питання): Контрольні питання (I рівень)

1. У якій анатомічній ділянці розташовується привушна слинна залоза?
 - A. У підщелепному трикутнику.
 - B. У сонному трикутнику.
 - C. У позадущелепній ямці.
 - D. У підборідному трикутнику.
 - E. У щічній ділянці.
2. Де відкривається устя головної вивідної протоки привушної слинної залози?
 - A. В ділянці м'якого піднебіння.
 - B. В ділянці твердого піднебіння.

- С. На слизовій оболонці щоки в проекції коронки першого моляра верхньої щелепи.
- D. На слизовій оболонці дна порожнини рота.
- Е. На слизовій оболонці нижнього склепіння порожнини рота.

3. З яким нервом не анастомозує n.facialis?:

- A. - вушно-скроневим нервом;
- В. -виличним нервом;
- С. *під'язиковим нервом;*
- D. -щічним нервом;
- Е. -блукаючим нервом.

4. У хворого Н., 48 років, діагностована пухлина лівої привушної слинної залози. Додатково є супутнє захворювання щитовидної залози. Разом з лікарем якої спеціальності в першу чергу вирішується питання обстеження хворого на догоспітальному етапі?

- A. Терапевтом.
- В. Хірургом.
- С. Невропатологом.
- D. Ендокринологом.
- Е. Фтизіатром.

5. Хворому Р., 65 років, виставлений попередній діагноз: аденокарцинома правої привушної слинної залози. Які методи дослідження необхідно використовувати для остаточної постановки діагнозу?

- A. Радіоізотопне дослідження.
- В. Термографія.
- С. Пункційна біопсія, інцизійна біопсія.
- D. Рентгенографія, термографія.
- Е. Ехографія, УЗД.

6. Хворий Л., 40 років, прооперований із приводу злоякісної пухлини

щелепно-лицьової ділянці. Післяопераційний період проходив без ускладнень. Виписаний із клініки в задовільному стані. Чи бідує хворий надалі диспансерному спостереженні?

- A. У диспансерному спостереженні немає необхідності.
- B. Диспансерне спостереження протягом 1 місяця.
- C. Диспансерне спостереження протягом 3-х місяців.
- D. Диспансерне спостереження протягом 1 року.
- E. Диспансерне спостереження протягом 3-х років.

7. Ложе піднижньощелепної залози обмежено зсередини:

- A. діафрагмою дна порожнини рота й підборідно-під'язиковим м'язом;
- B. *діафрагмою дна порожнини рота й під'язично-язичним м'язом;*
- C. -діафрагмою дна порожнини рота й щелепно-під'язичним м'язом;
- D. діафрагмою дна порожнини рота й двочеревцевого м'язом;

внутрішньою поверхнею тіла нижньої щелепи. E. Гострий гнійний лімфаденіт.

8. Які розрізняють варіанти клінічного плину мукоепідермоїдної пухлини слинних залоз?

- A. Доброякісний.
- B. Злоякісний.
- C. Напівзлоякісний.
- D. Доброякісний і злоякісний.
- E. Доброякісний, злоякісний і напівзлоякісний.

9. Синонім циліндроми:

- A. Аденокарцинома.

В. Плеоморфна аденома.

С. Мукоепідермоїдна пухлина.

Д. Аденокістозна карцинома.

Е. Епідермоїдна карцинома.

10. Карциноми слинних залоз розвиваються з:

А. Строми протоків.

В. Епітелію протоків.

С. Кровоносних судин.

Д. Лімфатичних судин.

Е. Нервових стовбурів.

VII.2. Матеріали методичного забезпечення основного етапу заняття:
Професійні алгоритми, щодо оволодіння навичками та вміннями:

№ п/п	Завдання	Вказівки	Примітки
1	2	3	4
1.	Провести курацію хірургічного стоматологічного хворого	В ході обстеження виявити: 1.Скарги пацієнта; 2.Особливості анамнезу захворювання; 3.Особливості анамнезу життя; 4.Патологічні зміни покривних тканин	Звернути увагу на: 1. Характер, інтенсивність та тривалість болю, чинники, що сприяють збільшенню болю; 2. Тривалість захворювання та особливості його розвитку, лікувальні засоби, що отримав хворий до звернення до лікаря; 3. Перенесені загальні, інфекційні, алергічні захворювання, наявність травматичних пошкоджень або лікування з приводу пухлин у хворого або у його родичів;

		щелепно-лицевої ділянки; ицевої ділянки; 5.Патологічні зміни кісток щелепно-лицевої ділянки 6.Патологічні зміни твердих тканин зубів; 7.Патологічні зміни тканин пародонту;	4. Колір, тургор шкіри та червоної облямівки губів, наявність первинних або вторинних елементів поразки; 5. Анатомічну форму, місця зрощення кісток, патологічну рухливість, біль, симптоми “сходинки” при пальпації кісток обличчя; 6. Наявність дефектів коронкової та пришийкової частини зубів, зміни кольору емалі, біль при зондуванні порожнини зубу, при температурних подразненнях, характер відділень з порожнини зубу; 7. Ступінь патологічної рухливості зубів, огоління коренів, зміни положення зубів, наявність патологічних пародонтальних кишень та характер відділень з них, наявність зубних відкладень, біль при перкусії зубів;
		8. Патологічні зміни слизової оболонки порожнини рота.	8.Колір, вологість, консистенцію тканин, наявність первинних або вторинних елементів поразки, дефектів цілісності, характер відділень з нориць або ран.
2	Провести диференційну діагностику злоякісних пухлин щелеп та визначити план лікування	1.Провести рентгенологічну діагностику злоякісних пухлини щелеп. 2.Провести сцинтиграфічне та радіоізотопне дослідження злоякісних пухлини щелеп. 3. Визначити наявність метастазів в сусідні органи та тканини 4. Провести імунологічне та імуногістохімічне дослідження. 5.Провести біопсію новоутворення 6.Після отримання результатів додаткового обстеження (рентгенологічної діагностики,	1.Можливо використати стандартні рентгенограми (укладки – носо-лобова, носопідборідна, рентгенограма придаточних пазух носа, нижньої щелепи в боковій проекції за Гейнішем, ортопантомограма) або КТ-3Д (комп'ютерна томографія з 3-Д візуалізацією). 2. Визначити накопичення радіоактивних речовин в кістковій тканині щелеп та інших тканинах. 3. Можливо використання як рентгенологічного так і сцинтиграфічного дослідження. 4. Визначити стан основних показників імунітету (Т-хелпери, Т-супресори, Т-кіллери) та онкомаркери крові. 6.В залежності від виду та поширеності пухлини застосовують: хірургічний метод, опромінення, хіміотерапія, або комбінований.

		сцинтиграфічного та радіоізотопного дослідження, імунологічного та імуногістохімічного дослідження, даних біопсії) визначити план лікування.	5. Під місцевою інфільтраційною або провідниковою анестезією (розчин ультракаїну 4 % 4 мл) проводимо розтин слизової оболонки та окістя над новоутворенням, відсепаровуючи цей клапоть, кістковими кусачками беремо фрагмент кістки на біопсію, додатково беремо фрагмент слизово-окістного клаптя. Рана ушивається поліамідом або кетгутом. Призначається стандартний курс антибактеріальної терапії. 6. В залежності від виду та поширеності пухлини застосовують: хірургічний метод, опромінення, хіміотерапія, або комбінований.
3	Здійснити лікарські призначення хворому та оформити медичну документацію лікаря-стоматолога	1. За показами призначити анальгетики, антибіотики, препарати, що зменшують набряк тканин. 2. Призначити догляд за раною та заходи індивідуальної гігієни порожнини рота; 3. Зафіксувати у медичній картці стоматологічного хворого дані обстеження пацієнта, діагноз, план лікування з обґрунтуванням знеболення, протокол оперативного втручання, схему премедикації, післяопераційний епікриз та лікарські призначення хворому. 5. Оформити протокол оперативного	1. Оформити рецепт з урахуванням віку, загального стану хворого та супутніх захворювань; 2. Їжа не повинна викликати больові почуття у хворого, кровотечу та не пошкоджувати тканини операційної рани; 3. Призначають антисептичні препарати для полоскання порожнини рота та іригації рани. 4. При оформленні медичній картці, "Листка щоденного обліку роботи лікаря хірурга-стоматолога" дотримуватись вимог наказу № 302 МОЗ України. 6. При оформленні документів експертизи непрацездатності хворого дотримуватись вимог наказу № 455 МОЗ України.

		втручання у операційному журналі. 6.Зафіксувати відвідування пацієнта у "Листі щоденного обліку роботи лікаря хірурга-стоматолога" та оформити документи експертизи непрацездатності хворого.	
--	--	---	--

VII.3. Матеріали контролю для заключного етапу заняття:

Задачі II рівня (типові).

Завдання 1. Хворий К., 68 років, госпіталізований у щелепно-лицьове відділення з попереднім діагнозом: змішана пухлина лівої привушної залози. Проведено біопсію. Патогістологічний діагноз: карцинома в поліморфній аденомі. До якої групи по класифікації В.В. Панікоровського належить даний вид пухлини?

- A. Класифіковані.
- B. Епітеліальні.
- C. Неепітеліальні.
- D. Сполучні.
- E. Лімфогенні.

Завдання 2. Хворий М., 63 років, скаржиться на біль у правій привушно-жувальної ділянці, що прогресує асиметрію особи, що помітив місяць назад. При огляді визначається парез м'язів обличчя праворуч. Поперед мочки вуха із цієї ж сторони є пухлинний вузол без чітких меж, розміром до 5 см у діаметрі. Шкіра над ним синюшна, напружена. Збільшено шийні лімфовузли праворуч. Відкривання рота обмежене до 2,5 см. Із протоки правої привушної слинної залози слина не виділяється. На що варто звернути увагу при зборі анамнезу?

- A. На відсутність слини із протоки залози.
- B. На обмежене відкривання рота.
- C. На наявність збільшених лімфовузлів ший.
- D. На парез м'язів обличчя праворуч.
- E. На прогресуючу асиметрію обличчя, парез м'язів обличчя праворуч, обмежене відкривання рота, збільшені лімфовузли ший праворуч.

Завдання 3. Хворому зі злоякісною пухлиною привушної слинної залози показане оперативне лікування в умовах щелепно-лицевого стаціонару. Діагноз підтверджений морфологічним дослідженням. Намітьте заходу щодо підготовки хворого до операції в стоматолога на догоспітальному етапі.

- A. Провести передопераційну медикаментозну підготовку, санацію порожнини рота.
- B. Санацію порожнини рота, загальне обстеження хворого.
- C. Дослідити функцію привушної слинної залози.
- D. Провести пункцію пухлини.
- E. Провести відкриту біопсію.

Тести II рівня:

1. Кровопостачання піднижньощелепної залози здійснюється за рахунок наступних артерій:
 - A. -лицевою артерією;
 - B. -внутрішньої сонної артерії;
 - C. -верхньощелепної і лицевої артерій;
 - D. *лицевої, язичної й підпідборідної артерій;*
 - E. -лицевої, язичної й щитовидної артерій.
2. Які артерії проходять через товщу привушної залози ?:
 - A. *зовнішня сонна артерія з її гілками (поверхневої скроневої й верхньощелепної артеріями);*
 - B. *лицева артерія;*
 - C. *внутрішня й зовнішня сонна артерія з її гілками (поверхневої скроневої й верхньощелепної артеріями);*
 - D. *лицева артерія й внутрішня сонна артерія;*
 - E. *лицева артерія й зовнішня сонна артерія з її гілками (поверхневою скроневою й верхньощелепною артеріями).*
3. Привушна залоза - це:
 - A. - *альвеолярна слинна залоза;*
 - B. - *альвеолярна, а місцями трубчасто-альвеолярна слинна залоза;*
 - C. -*трубчасто-альвеолярна слинна залоза;*
 - D. -*трубчаста слинна залоза;*

Тести III рівня:

1. Які варіанти розрізів шкіри не застосовуються при хірургічному лікуванні пухлин привушної слинної залози?
 - A. Редона;
 - B. Ковтуновича;
 - C. Мартіна;
 - D. *Неймана-Заславського;*
 - E. *Калдуел-Люка.*
2. Синонімами аурико-темпорального синдрому є?
 - A. *синдром Фрея;*

В. синдром вушно-скроневого нерва;

С. біляскроневий гіпергідроз;

Д. синдром Марфана;

Е. синдром Костена

3. Які причини розвитку аурико-темпорального синдрому?:

А. ушкодження лицевого нерва;

В. порушення регенерації парасимпатичних волокон;

С. порушення передачі збудження на симпатичні волокна;

Д. неповне видалення тканини слинної залози;

Е. ушкодження під час операції гілок вушно-скроневого нерва.

4. До гілок лицевого нерва не належать:

А. скронева гілка;

В. крайова нижньощелепна гілка;

С. привушна гілка;

Д. шийна гілка;

Е. лобова гілка

5. Пацієнтові зі злякисним новоутворенням привушної слинної залози планується загальне знеболення із приводу оперативного втручання. Які з перерахованих питань не перебувають у компетенції лікаря-анестезіолога?

А. Підбор анестетика для конкретного хворого

В. Розташування пацієнта на операційному столі, вікові, полові параметри хворого, локалізація й вид патологічного процесу, тривалість і травматичність оперативного втручання

С. Вікові, статеві параметри хворого, локалізація й вид патологічного процесу, тривалість і травматичність оперативного втручання

Д. Оптимальний вибір оперативного доступу до патологічного вогнища з обліком вікових, полових параметрів хворого, тривалості й травматичності оперативного втручання

Е. Оптимальний вибір оперативного доступу до патологічного вогнища й анестетика, що забезпечить адекватне знеболювання.

Ситуаційні задачі.

Завдання 1. Хворий И., 65 років, скаржиться на біль у лівій привушно-жувальної ділянці, на прогресуючу асиметрію особи, що помітив місяць назад. При огляді: парез м'язів ліворуч. Поперед мочки вуха є інфільтрат без чітких розмірів 6х6 см. Шкіра над ним синюшна, натягнута. Збільшено шийні лімфовузли. Із протоки лівій привушної слинної залози слина не відділяється. Виставлено попередній діагноз - карциному лівій привушної слинної залози. Які зміни на сіалогамі слинної залози спостерігаються при карциномі?

А. Деформація й фрагментація проток, скупчення рентгенконтрастної маси в залозі у вигляді плям.

- В. Скупчення рентгенконтрастної маси в паренхімі залози у вигляді «грон винограду».
- С. Деформація проток при збереженні їхньої безперервності.
- Д. Звуження всіх проток, паренхіма залози не визначається.
- Е. Рентгенконтрастна маса в залозі не визначається.

Завдання 2. У хворого С., 58 років, після клінічного й цитологічного дослідження виставлений діагноз: мукоепідермоїдна пухлина лівої привушної слинної залози. Функція лівого лицевого нерва не порушена, регіонарні лімфоузли не визначаються. Хворий одержав курс променевої терапії на первинне вогнище пухлинного процесу. Показано хірургічне лікування первинного вогнища. Який варіант хірургічного лікування показаний хворому?

- А. Екскохлеація пухлини.
- В. Часткова резекція залози.
- С. Субтотальна резекція залози зі збереженням гілок лицевого нерва.
- Д. Тотальна резекція залози з перетинанням головного стовбура лицевого нерва.
- Е. Операція Крайля.

Ситуаційні задачі

1. У хворого, 64 років, рак верхньої щелепи, пухлина виходить за межі верхнещелепної пазухи, у порожнину носа, метастази в лімфатичні вузли піднижньощелепної ділянки. Оберіть метод лікування:

- А. хіміотерапія
- В. хірургічне лікування
- С. паліативне лікування
- Д. променева терапія
- Е. комбіноване лікування

2. У хворого, 47 років, новоутворення в правій підщелепній ділянці, свербить та значно збільшилось за останній час, кулеподібної форми, розміром до 1,5 см, чорного кольору, блискуче. Який попередній діагноз можна встановити?

- А. меланома шкіри
- В. пігментний невус
- С. базаліома шкіри
- Д. Рак шкіри
- Е. Шкірний ріг

3. У хворого, 72 років, пухлина бічної поверхні носа наявна 4 роки, збільшується, поверхня її вкрита кірками, після зняття яких ерозії кровоточать. Інфільтрація прилеглих тканин відсутня. Який попередній діагноз?

- А. Папілома
- Б. Базальноклітинний рак
- С. Плоскоклітинний роговіючий рак
- Д. Плоскоклітинний нероговіючий рак
- Е. Кератоакантома

4. У хворого, 30 років, пухлина половини нижньої щелепи, рухомість зубів, інтенсивний біль. Пухлина з'явилася 2 місяці тому після травми, дуже швидко збільшилась. Набряк м'яких тканин у ділянці нижньої щелепи, пухлина нерухома, щільноеластичної консистенції, проростає прилеглі тканини. На рентенограмі - періостальні нашарування на нижній щелепі неправильної форми з нерівними контурами. Поставте діагноз:

- А. Рак нижньої щелепи
- Б. Остеома
- С. фіброзна дисплазія
- Д. хондрома
- Е. Остеосаркома

5. У хворого, 64 років, на слизовій оболонці бічної поверхні язика кра-тероподібно виразка неправильної форми з піднятими у вигляді валика

щільними краями, помірно болюча під час пальпації. Дно вкрите фібринозним нальотом, кровоточить. Який метод дослідження необхідний для встановлення діагнозу:

- A. Інцизійна біопсія
- B. Пункційна біопсія
- C. Трепанобіопсія
- D. Аспіраційна біопсія
- E. Ексцизійна біопсія

6. У пацієнта, 65 років, біль в язиці, болісне ковтання. На боці кореня язика – виразка 3 см, навколо неї індурація без чітких меж. Який імовірний діагноз?

- A. нома
- B. Трофічна виразка язика
- C. Туберкульозна виразка
- D. Рак кореня язика
- E. Сибірка

7. Який метод лікування показаний хворому з діагнозом: рак бічної поверхні середньої третини язика, T1, N1, M0:

- A. Перед-та післяопераційна гамматерапія, половинна електроексцизія язика та фасціально-футлярне висічення клітковини ший та лімфовузлів.
- B. Половинне електровисічення язика, післяопераційна гамматерапія
- C. Внутрішньотканинне опромінення язика радіоактивними голками, хіміотерапія.
- D. Кріодеструкція ракової пухлини язика, післяопераційна гамматерапія
- E. Половинне електровисічення язика, післяопераційна хіміотерапія

8. У хворого, 64 років, кров'янисті виділення з лівої половини носа та рухомість зубів верхньої щелепи, протягом 2 років постійний ниючий

біль у ділянці лівої верхньої щелепи. Очна щілина зліва ширша, ніж справа, екзофтальм. Альвеолярний відросток деформований, 25, 26, 27 зуби рухомі, слизова оболонка синюшного кольору. Який діагноз найвірогідніший?

А. Хронічний остеомієліт верхньої щелепи

В. Рак верхньої щелепи

С. Кіста лівої верхнещелепної пазухи

Д. Холестеотома лівої верхньої щелепи

Е. Лівобічний хронічний гайморит

9. У хворого, 58 років, плоскоклітинний рак правої привушної слинної залози 3 ступеня. Укажіть метод лікування?

А. Передопераційна гамматерапія, радикальне видалення пухлини разом із залозою, операція Крайля.

В. Телегамматерапія, радикальне видалення пухлини із залозою

С. Введення цитостатика в систему сонної артерії (регіонарна хіміотерапія)

Д. Симптоматичне лікування, перевязка зовнішньої сонної артерії.

Е. Радикальне видалення пухлини із залозою.

10. У чоловіка, 56 років, рак привушної залози T2, N0. Який метод лікування?

А. Хіміотерапія

В. Видалення лімфовузлів

С. Променева терапія

Д. комбінований метод

Е. Хірургічне видалення новоутворення

VII. 4. Матеріали методичного забезпечення самопідготовки студентів:
Орієнтовна карта для організації самостійної роботи студентів з навчальною літературою

Основні завдання	Вказівки	Від-по-віді
1	2	3
Вивчити: Принципи сучасних біологічних методів лікування злоякісних пухлин слинних залоз	Перерахувати методи лікування пухлин слинних залоз, біологічні принципи терапії злоякісних пухлин.	
Поняття й принципи хірургічної онкології	Перелічити принципи хірургічної онкології, видалення злоякісних пухлин слинних залоз.	
Принципи хіміо-, гормоно- і імунотерапії пухлин слинних залоз	Перелічити й дати характеристику хіміо-, гормоно- і імунотерапії пухлин слинних залоз	
Препарати для фармакотерапії доброякісних і злоякісних пухлин слинних залоз	Перелічити препарати для терапії пухлин слинних залоз, виписати рецепти, знати показання й протипоказання, ускладнення терапії	
Променева терапія пухлин слинних залоз, дози опромінення	Дати характеристику променевої терапії, назвати дози опромінення, які застосовуються при різних стадіях захворювання	
Визначення раку і саркоми	Дати визначення поняттям рак і саркома	
Статистика захворюваності на рак і саркому щелеп	Перелічити особливості захворюваності раком і саркомою щелеп	
Причини розвитку раку і саркоми щелеп	Перелічити причини розвитку раку і саркоми щелеп	
Класифікація раку і саркоми щелеп	Дати класифікацію раку і саркоми щелеп за стадіями, формами, гістологічною будовою та локалізацією пухлини	
Патологічна анатомія раку і саркоми щелеп	Перелічить макроскопічні та мікроскопічні ознаки раку та саркоми щелеп	
Клінічна картина, діагностика, та диференційна діагностика	Описати клінічну картину та провести діагностику раку та саркоми щелеп, провести диференційну діагностику раку та саркоми щелеп	
Методи лікування, ускладнення, прогноз та профілактика захворювання	Перелічити методи лікування та профілактики захворювання, основні ускладнення, дати прогноз.	

VII.5. Матеріали після аудиторної самостійної роботи:

<i>Основні завдання</i>	<i>Вказівки</i>	<i>Відповіді</i>
Написати реферат на тему «Диференційна діагностика раку та саркоми щелеп»;	Описати клінічну картину та провести діагностику раку та саркоми щелеп, провести диференційну діагностику раку та саркоми щелеп	
Виготовити таблицю «Класифікація раку та саркоми щелеп».	Дати класифікацію раку і саркоми щелеп за стадіями, формами, гістологічною будовою та локалізацією пухлини	

VIII. Література

а) навчальна основна література:

1. Маланчук В.О., Копчак А.В. Доброякісні пухлини та пухлиноподібні ураження щелепно-лицевої ділянки та шиї. – К.: Видавничий дім «Асканія», 2008. – 320 с.
2. Бернадский Ю. И. Основы челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. – Витебск: Белмедкнига, 1998.– 416 с.
3. Хірургічна стоматологія та щелепно-лицева хірургія: підручник; у 2 т. – Т.1 / В.О.Маланчук, О.С.Воловар, І.Ю.Гарляускайте та ін..- К.: ЛОГОС, 2011. – 672 с.

додаткова:

1. Краевский Н.А., Смольяников А.В. Руководство по патолого-анатомической диагностике опухолей человека.-М.:Медицина, 1982.-511 с.
2. Пачес А.И. Опухоли головы и шеи.-М.: Медицина, 1983.- 416 с.
3. Федяев И.М., Байриков И.М, Белова Л.П., Шувалова Т.В. Злокачественные опухоли челюстно-лицевой области.- М.: Медицинская книга, Н. Новгород: Изд-во НГМД, 2000.- 160 с.
4. Рабухина Н.А. Рентгендиагностика заболеваний челюстно-лицевой области. – Москва: «Медицина», 1993. - 369с.
5. Черенков В.Т. Клиническая онкология (руководство для студентов и врачей).- М., 1999.- 381 с.
6. Шаргородский А.Г., Руцкий Н.Ф. Доракчественные и злокачественные опухоли мягких тканей и костей лица. – Москва: ВУНМЦ, 1999.-192 с.
7. Злокачественные опухоли челюстно-лицевой области / И.М. Федяев, И.М. Байриков, К.П. Белова, Т.В. Шувалова. - М.: Медицинская книга; Н.Новгород: Издательство «НГМА», 2000. - С.67-83.
8. Скаун М.П., Посохова К.А. Основы фармакології з рецептурою. - Тернопіль: Укрмедкнига, 1999. - С.418-421.
9. Кабанов Б. Д., Ермолаев И. И., Воробьев Ю. И., Александров Н. М. Лечение злокачественных опухолей челюстно-лицевой области. - М.: Медицина. - 1978. 343 с.
10. Матякин Е. Г., Неробеев А. И., Плотников Н. С. Принципы пластического замещения тканей у больных с опухолями головы и шеи//Стоматология. - 1990. -Т. 69, № 1.С. 38-42.

б) наукова література

Довідник по стоматології. Під ред. члена-кор. РАМН проф. В.М. Безрукова, М.: Медицина, 2011. - 656 с.

в) методична література

- 1.Методические разработки по практическому курсу хирургической стоматологии/Под ред. проф.Ю.И. Бернадского, ч.1.-Киев,1979.
2. Мілерян В.Є. Методичні основи підготовки та проведення навчальних занять в медичних ВУ-Зах /Методичний посібник.- Київ, 2003.-80 с.