

ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ НОВООБРАЗОВАНИЯ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Сулайманов И.Б.

Кафедра хирургической стоматологии.

Кыргызско-Российский Славянский Университет им. Б. Н. Ельцина.

Актуальность поднятой темы обоснована неуклонным ростом заболеваемости и смертности от злокачественных новообразований, несмотря на достаточно высокий уровень жизни в мире, который по мнению ряда авторов и организаций, таких как Международный фонд исследования рака (World Cancer Research Fund International, WCRFI) напрямую связан с заболеваемостью и смертностью онкологических больных. [1] С древних времен лекари, не имеющие полных представлений о течении онкологии занимались изучением этого заболевания, изучение патогенеза опухолей и способов их лечения продолжается и на современных этапах развития медицины. [2]

Онкологический процесс, протекающий в челюстно-лицевой области несомненно имеет свои особенности и занимает особенно место в таком разделе медицины, как онкология. Только осведомленность врачей-стоматологов онкологической настроенностью, их комплексный и своевременный подход к диагностике, лечению и ведению пациента позволят не допустить развития малигнизации (озлокачествления) подозрительного образования, а именно появления у образования таких свойств, как: атипия, гиперплазия, бесконтрольное деление, инфильтративный рост, интоксикация продуктами метаболизма опухоли, полиморфизм и метастазирование.

Также не следует забывать о различиях частоты заболеваемости в зависимости от региона. К примеру 2% в мире, 3% в РФ, 8% в США и 52% в Индии заболеваний слизистой оболочки полости рта составляют злокачественные новообразования. [3]

Цель. Анализ места онкологии в челюстно-лицевой хирургии и стоматологии, выделении особенно важных моментов этой темы и выверке полезной информации для будущих специалистов-стоматологов.

Теории канцерогенеза. На данный момент, в силу отсутствия точной, однозначной и всеобъемлющей доказанной причины, выделяют 4 теории: 1. Полиэтиологическая. Только комплекс этиологических факторов. 2. Вирусно-генетическая. Трансформация клеток в опухолевые при поражении вирусами клеточного генома, предшествующая размножение этих опухолевых клеток. 3. Физико-химическая. Физическое и химическое воздействие веществ. 4. Дисонтогенетическая. Развитие опухоли из эмбриональных клеточно-тканевых смещений и патологически развитых тканей.

Предраковые процессы ЧЛЮ. Причины возникновения предраковых состояний слизистой оболочки полости рта и каймы губ: 1. Экзогенные.

Неблагоприятные метеорологические (холод, солнце, ветер); раздражающая, горячая, острая пища; алкоголь; курение. 2.Эндогенные. Хроническая травматизация, общесоматические нарушения. 3.Дурные привычки. Кусание губ, грызение ногтей и т.д. 4.Профессиональные вредности. Сами предраки могут быть трудно излечиваемые. [4]

Что касается вредных привычек, то значимую роль тут играет зависимость от насвая, особенно в регионе центральной Азии, где она издавна закрепились, и кроме поражения в первую очередь желудка (секреторной функции желез, воспаления слизистой оболочки и увеличения численности *Helicobacter Pylori*), желудочно-кишечного тракта, пагубного воздействия на когнитивные функции зависимого, увеличивает вероятность развития онкологического процесса слизистой оболочки ротовой полости. Особенно в случае наличия зависимости у представителей иных регионов.

Сами же предопухолевые процессы, это: болезнь Боуэна, лейкоплакия, постлучевой стоматит (СОПР), бородавчатый предрак, абразивный преинвазивный хейлит Манганотти, ограниченный кератоз, собственно хейлиты, лейкоплакия, кожный рог (красная кайма губ), пигментная ксеродема, эритроплазия Кейра, болезнь Боуэна, поздние лучевые язвы кожи, туберкулезная волчанка (кожа) и т.д., классифицируемые также на факультативные и облигатные. Обращение внимания на эти и более запущенные патологические процессы благодаря сумме конкретных знаний онкологии составляет понятие онкологическая настороженность.

Диагностика злокачественных опухолей ЧЛЮ складывается из выяснения анамнеза (жизни, болезни, семейного) и изучения клинической картины (основными и дополнительными методами осмотра). Лечение же составляют хирургический (сопровождающийся абластикой и антибластикой), лучевой и химиотерапевтический методы (основные методы), иммунотерапия, локальная гипертермия, гормонотерапия, магнитотерапия, методы синхронизации деления клеток, баротерапия, гипокситерапия, и т.д. (дополнительные), эффективность которых зависит от стадии развития, гистологии, локализации, степени злокачественности и общесоматического состояния больного.

Рак полости рта составляет 1,5-2% всех злокачественных опухолей. Рак слизистой оболочки полости рта классифицируют по четырем стадиям, локализациям (слизистая оболочка дна полости рта, щеки, твердого и мягкого неба, альвеолярных отростков челюстей), системой TNM и по типу гистологической структуры (интраэпителиальная карцинома, плоскоклеточный рак, веррукозная карцинома, фибросаркома, липосаркома, лимфангиоперицитомы, меланома, зернисто-клеточная опухоль, саркома Капоши, ксантогранулема нейрофиброматоз и др.).

Одни авторы отмечают прочную связь между заболеваниями пародонта и возможным развитием плоскоклеточного рака СОПР [5], другие утверждают, что ключевую роль в развитии плоскоклеточного рака (ПКР) челюстно-лицевой области играют предопухолевые заболевания слизистой оболочки, и в первую

очередь к ним относят красный плоский лишай (КПЛ) [6]. Также в научной литературе имеются данные о взаимосвязи между носительством вируса папилломы человека (ВПЧ) и повышенным риском развития ПКР СОПР. [7]

На примере западных странах и прежде всего США можно наблюдать прямую связь между употреблением орального табака и значительной частотой развития рака полости рта. [8] Известно, что курение более 40 сигарет в день 7-кратно, а потребление в неделю более 800 г крепких спиртных напитков — 6-кратно увеличивает риск развития рака полости рта. Учитывая это, установлено, что у мужчин, которые курят более 40 сигарет в день и выпивают более 800 г крепких спиртных напитков, относительный риск равен 38%. [9] Большинство авторов склоняются к наличию взаимосвязи между неудовлетворительной гигиеной полости рта и повышенным риском развития ПКР СОПР. Острые края зубов или протезов — фактор постоянной травматизации, что также может служить потенциалом для возникновения этого рода рака, а низкий уровень стоматологического статуса приводит к изменению микробиоциноза в полости рта, развитию хронических заболеваний пародонта, что также может стать потенциальным фактором развития ПКР. [10]

Рак из многослойного плоского эпителия красной каймы губы составляет 26% среди опухолей головы и шеи, причем красная кайма верхней губы поражается в 0,9%. Гистология-плоскоклеточный рак (ороговевающий (поздние метастазы) или неороговевающий (ранние метастазы)). Менее злокачествен в отличии от рака СОПР. Формы: папиллярная, бородавчатая (фунгозная), язвенная или язвенно-инфильтративная

В наше время единого мнения об эффективности хирургического вмешательства и лучевой терапии нет, но ряд авторов настаивают на применении только облучения. [11]

Рак челюстей. Рак верхней челюсти-1-4%, нижней-в несколько раз реже.

Виды остеогенных сарком: злокачественная остеобластокластома, хондросаркома. Виды неостеогенных сарком: фибросаркома, миксосаркома, гемангиосаркома, саркома Юинга, гемангиоэпителиома, ретикулосаркома, солитарная миелома. Развиваются из: надкостницы, кортикального слоя, эпителия губчатого вещества костного мозга, одонтогенных структур (одонтогенные опухоли: амелобластические и одонтосаркома фибросаркома).

Реконструкция костной ткани на примере одонтогенной миксомы. Для одонтогенной миксомы типичным расположение-тело нижней челюсти. На верхней челюсти типичными местами локализации опухоли становятся скуловая кость, альвеолярный отросток и часто верхнечелюстной синус. [12] Известно, что микрохирургическая реконструкция в данном случае не оправдана. [13] Выполнение сегментарной резекции нижней челюсти приводит к выраженным косметическим (из-за изменения контуров нижней зоны лица) и функциональным проблемам (из-за нарушения речи, акта жевания, глотания), что значительно снижает качество жизни пациентов. [14]

При дефекте подбородочного отдела нижней челюсти необходимо применение реконструктивной пластины с кожно-мышечным лоскутом либо ревааскуляризованных костных трансплантатов, а при протяженных дефектах-малоберцового трансплантата. Для моделирования костного трансплантата достаточно интраоперационного использования шаблона, измерения размера и формы макропрепарата либо применения реконструктивной пластины. [15] После удаления опухолей рекомендовано восстановление дефектов верхней челюсти с использованием внутрикостных имплантатов, служащих опорой для протезов-обтураторов. Применение скуловых имплантатов обеспечивает полноценную функциональную и эстетическую реабилитацию онкологических пациентов даже в случае обширных дефектов верхней челюсти. [16]

Опухолоподобные образования челюстей. К ним относятся: остеодисплазия, деформирующий остоз (болезнь Педжета), херувизм, болезнь Олбрайта, дизостозы, остеодистрофии.

Рак слюнных желез составляет 3% опухолей головы и шеи. Различают рак в зависимости от локализации, гистологии и по системе TNM. По данным одних исследователей, среди заболевших преобладают женщины (72,9%) [17], по данным других – мужчины (65,7%) [18].

Злокачественные новообразования орофарингеальной области.

В 2018 г. в мире было зарегистрировано более 700 тыс. новых случаев злокачественных новообразований орофарингеальной области, из них 1 /3 составили случаи рака ротоглотки. [19] Зафиксирован неуклонный рост заболеваемости орофарингеальным раком, которая, по данным Международного агентства по изучению рака (International Agency for Research on Cancer), увеличилась более чем на 20 % за 5 лет. [20] Диагностика, лечение и реабилитация больных раком орофарингеальной области на сегодняшний день не имеет четкого алгоритма ведения пациента на этапах лечебно-диагностического процесса. [21]

Доля ВПЧ-ассоциированного плоскоклеточного рака слизистой оболочки ротовой полости и глотки выше в странах с толерантным отношением к сексу. Можно с уверенностью сказать, что рост общей заболеваемости орофарингеальным раком достоверно связан с увеличением числа случаев ВПЧ-ассоциированного поражения глотки. [22,23] Пациенты с ВПЧ-отрицательным орофарингеальным раком составляют особую группу больных с неблагоприятным прогнозом, нуждающуюся в оптимизации алгоритма лечения, применении наиболее современных и, возможно, более агрессивных методов консервативного и хирургического лечения. [24] В клинической практике высокую эффективность показал чресшейный наружный доступ в ходе хирургического вмешательства. [25]

Злокачественные новообразования языка. 50-60% опухолей ротовой полости и 5% общей онкологической заболеваемости. Гистология-95% как плоскоклеточный рак. Наиболее часто встречается у пациентов в возрасте от 60

до 64 лет и в 2 раза чаще у мужчин. [26] Дополнительно классифицируется на начальный, развитой и запущенный.

Остаются актуальными поиск, разработка, внедрение и сравнительный анализ существующих методик реконструкции полости рта и языка с учетом возможностей современной медикаментозной, анестезиологической поддержки, наличием качественного питания, широкого спектра средств и методик улучшающих заживление органов и тканей при реконструкции и ранее проведенных специальных методов лечения. [27]

Злокачественные новообразования кожи ЧЛО.

По данным SkinCancerFoundation, в США каждый год заболеваемость раком кожи превышает суммарный показатель злокачественных опухолей молочной железы, простаты, лёгкого, толстой кишки. [28,29] Доказано, что средняя 5-летняя выживаемость больных меланомой на поздних стадиях не превышает 18%, а медиана продолжительности жизни — 7,8 месяца. 10-летняя выживаемость больных меланомой кожи в группе больных со степенью инвазии по Бреслоу $\leq 0,5$ мм находится в диапазоне 82—97%. [30]

Показатели заболеваемости базально-клеточной карциномой (базалиомой) значительно различаются: от низких в регионах с незначительным уровнем инсоляции, до крайне высоких в странах с жарким климатом. В Австралии в 2012 г. заболеваемость базалиомой составила 336,0 на 100 тыс. населения у мужчин и 251,0 на 100 тыс. населения у женщин. [31] В Испании и Новой Зеландии данный показатель у лиц обоих полов достигает 195,5 и 299 на 100 000 соответственно. [32] Рекомендован ежегодный осмотр врачом-дерматовенерологом, который следует дополнять ежемесячным самообследованием. [33]

1.Группа крайне высокого риска включает лиц со следующими признаками: I фототип кожи и возраст старше 45 лет, II фототип кожи и возраст старше 65 лет, рыжие волосы, меланома в семейном анамнезе, более 10 меланоцитарных невусов или более 10 диспластических невусов, меланома в анамнезе, рак кожи в анамнезе или более 20 солнечных кератозов. 2.К группе высокого риска относят пациентов со следующими признаками: I фототип кожи и возраст 25—45 лет, II фототип кожи и возраст 45—65 лет, III фототип кожи и возраст старше 65 лет, голубые глаза, рак кожи в семейном анамнезе, множественные эпизоды солнечных ожогов в анамнезе. 3.Группа умеренного риска включает лиц с I—V фототипом кожи, возраст старше 45 лет, множественные. [34]

Исследования доказали важное этиопатогенетическом значении в развитии рака кожи совокупности различных факторов как внешней, так и внутренней среды. [35] Так, например, серьезным достижением молекулярной биологии стало понимание участия Hedgehog-сигнального пути в канцерогенезе базальноклеточного рака. Повреждения данного сигнального пути выявляются при некоторых врожденных дефектах и разных типах опухолей, в том числе и при раке кожи. [36] Так как невозможно гарантировать

больному определенного срока жизни после операции, задача хирурга заключается в скорейшем восстановлении утраченной формы и функции для того, чтобы человек полноценно прожил оставшееся для него время. [37]

Базальноклеточный рак (базалиома, базоцеллюлярный рак Кромпехера, Basalcellerithelioma, Rodentcarcinoma) кожи относится к числу наиболее распространенных опухолей человека, составляя до 75% всех эпителиальных немеланомных новообразований кожи. Это местно-деструктивная, медленно распространяющаяся опухоль, которая редко метастазирует, возникает из эпидермиса или волосяных фолликулов и в которой периферические клетки похожи на клетки базального слоя эпидермиса (ВОЗ). [38]

По результатам проведенного исследования можно убедиться в разнообразии течения злокачественного процесса челюстно-лицевой области, в важности каждой его особенности и малейшей врачебной манипуляции для пациента.

Выводы. Причину часто выяснить не удастся, но ранняя диагностика зависящая главным образом от онкологической настороженности врачей-стоматологов и профессиональный подход являются важнейшими составляющими своевременного предотвращения озлокачествления и развития опухолевого процесса. [39] Необходимо считать показатели своевременной диагностики рака одним из основных критериев деятельности стоматологической службы. [40]

Литература.

1. Ахмадова М.А., Сойхер М.И., Чуянова Е.Ю. Онконастороженность в практике врача-стоматолога // Медицинский алфавит. 2016. Т. 2, №9. С. 6-9.
2. Кистенева О. А., Нестеренко А. В., Былдина А. И. Онкология в истории медицины. 2017. С. 92-93.
3. Гажва С.И., Степанян Т.Б., Горячева Т.П. Распространенность стоматологических заболеваний слизистой оболочки полости рта и их диагностика. 2014.
4. Angela C. Chi, Terry A. Day, Brad W. Neville, Oral cavity and oropharyngeal squamous cell carcinoma-an update, CA // A Cancer Journal for Clinicians. – 2015. – 65(5). – P. 401-410.
5. Laprise C., Shahul H.P., Madathil S.A., Thekkepurakkal A.S., Castonguay G., Varghese I. Periodontal diseases and risk of oral cancer in Southern India: Results from the HeNCe Life study. *Int. J. Cancer.* 2016; 139 (7): 1512–9.
6. Cao J., Jin J.Q., Deng D.J., Liu H.W. Determination of human papillomavirus in oral leukoplakia, oral lichen planus and oral squamous cell carcinoma. *Beijing Da Xue Xue Bao.* 2016; 48 (1): 84–8.
7. Khot K.P., Deshmane S., Choudhari S. Human Papilloma Virus in Oral Squamous Cell Carcinoma – The Enigma Unravelling. *Chin. J. Dent. Res.* 2016; 19 (1): 17–23.

8. Mehanna H, Sasieni. Trends in head and neck cancer in England from 1955 to 2011 and projections up to 2025 // *Oral Oncol.* – 2015. - 51(4). – P. 341–348.
9. Song H, Wan Y, Xu YY: Betel quid chewing without tobacco: a meta-analysis of carcinogenic and precarcinogenic effects // *Asia Pac J Public Health.* – 2015. - 27 (2). – P. 47-57.
10. Кочурова Е.В., Муханов А.А., Кудасова Е.О., Утюж А.С., Юмашев А.В. Особенности стоматологического статуса у пациентов с плоскоклеточным раком органов полости рта. *Russian Journal Of Dentistry.* 2017; 21(2). С. 117-120.
11. Borrego M., Pimentel D., Rebelo I. A retrospective assessment of spinocellular carcinomas of the lip treated by roentgenotherapy // *Acta Med. Port.* 2012. Vol. 10, No. 1. P. 47–51.
12. Connor MP, Neilson M, Schmalbach CE. Maxillary myxoma: A case report and review. *Ear Nose Throat J.* 2015;94(6):E1–3.
13. Prithviraj D.R., Vashisht R., Bhalla H.K. From maxilla to zygoma: a review on zygomatic implants. *J Dent Implant* 2014;4:44–7.
14. L.B. Harrison et al. Head and neck cancer. A multidisciplinary approach. Wolters Kluwers, 2014.
15. Кротопов М.А., Соболевский В.А., Диков Ю.Ю., Яковлева Л.П., Ходос А.В., Гаврищук П.А. Реконструкция подбородочного отдела нижней челюсти при опухолях челюстно-лицевой области и слизистой полости рта. Злокачественные опухоли. 2019;9(2):35–44.
16. Епифанов С.А., Поляков А.П., Мордовский А.В., Дорохин Д.В., Маторин О.В., Ребрикова И.В., Верещагина Н.В. Удаление опухоли верхней челюсти с одномоментной установкой внутрикостных скуловых имплантатов. *HEAD and NECK tumors 2’2019.* С. 88-94.
17. Taghavi N, Sargolzaei S, Mashhadiabbas F, Akbarzadeh A, Kardouni P. Salivary gland tumors: a 15-year report from Iran. *Turk Patoloji Derg.* 2016;32(1):35–9. doi: 10.5146/tjpath.2015.01336.
18. Gill MS, Muzaffr S, Soomro IN, Kayani N, Hussainy AS, Pervez S, Hasan SH. Morphological pattern of salivary gland tumours. *J Pak Med Assoc.* 2001;51(10):343–6.
19. Ferlay J., Soerjomataram I., Dikshit R. et al. Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. *Int J Cancer* 2015;136(5):E359–86. DOI: 10.1002/ijc.29210.
20. Bray F., Ferlay J., Soerjomataram I. et al. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin* 2018;68(6): 394–424. DOI: 10.3322/caac.21492.
21. Zhang, X. Combined submandibular gland flap and sternocleidomastoid musculocutaneous flap for postoperative reconstruction in older aged patients with oral cavity and oropharyngeal cancers / X. Zhang, F. Liu. X. Lan et al. // *World J. Surg. Oncol.* 201. N12. P. 259. Published online 2014 Aug 15. doi: 10.1186/1477-7819-12-259.

22. Tsai S.C., Huang J.Y., Lin C. et al. The association between human papillomavirus infection and head and neck cancer. *Medicine (Baltimore)* 2019;98(7):e14436.
23. Farsi N.J., Rousseau M.C., Schlecht N. et al. Aetiological heterogeneity of head and neck squamous cell carcinomas: the role of human papillomavirus infections, smoking, and alcohol. *Carcinogenesis* 2017;38(12):1188–95. DOI: 10.1093/carcin/bgx106.
24. Геворков А. Р., Бойко А. В., Поляков А. П. и др. ВПЧ-отрицательный рак ротоглотки как отдельная прогностически неблагоприятная нозологическая форма, требующая новых подходов к лечению (клиническое наблюдение). *Опухоли головы и шеи* 2019;9(2):71–80.
25. Roux M., Dassonville O., Ettaiche M. et al. Transoral-transcervical oropharyngectomy without mandibulotomy, associated to fasciocutaneous radial forearm free-flap reconstruction, for oropharyngeal cancer: postoperative course, oncologic and functional results, and prognostic factors. *Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis* 2017;134(2):71–6. DOI: 10.1016/j.anorl.2016.11.004. PMID: 27914910.
26. Cancer Facts & Figures 2016. Atlanta: American Cancer Society; 2016. Available at: <https://www.cancer.org/research/cancer-facts-statistics/all-cancer-factsfigures/cancer-facts-figures-2016.html>. Accessed Sept. 13, 2017.
27. Rubio-Correa, I. Functional reconstruction after subtotal glossectomy in the surgical treatment of an uncommon and aggressive neoplasm in this location: Primary malignant melanoma in the base of the tongue / I. Rubio-Correa, D. Manzano-Solo-deZaldívar, M. Moreno-Sánchez et al. // *J. Clin. Exp. Dent.* 2014. October 1; V. 6(4). P. e452-455.
28. Rogers H.W., Weinstock M.A., Feldman S.R., Coldiron B.M. Incidence estimate of nonmelanoma skin cancer (keratinocyte carcinomas) in the US population, 2012. *JAMA Dermatol.* 2015; 151(10): 1081—6.
29. Telfer N.R., Colver G.B., Morton C.A. Guidelines for the management of basal cell carcinoma. *Br. J. Dermatol.* 2008; 159: 35—48.
30. Vecciato A., Zonta E., Campana L., Dal Bello G., Rastrelli M., Rossi C.D. et al. Long-term Survival of Patients With Invasive Ultra-thin Cutaneous Melanoma. A Single-center Retrospective Analysis. *Medicine (Baltimore)*. 2016; 95(2): e2452.
31. Leiter U., Eigentler T., Garbe C. Epidemiology of skin cancer. *Adv. Exp. Med. Biol.* 2014; 810(120): 40—3.
32. Brougham, N. Changing incidence of nonmelanoma skin cancer in New Zealand / N. D. Brougham, E. R. Dennett, S. T. Tan // *ANZ J. Surg.* – 2011 Sep. – Vol. 81, N 9. – P. 633–636.
33. Shellenberger R., Nabhan M., Kakaraparthi S. Melanoma screening: A plan for improving early detection. *Ann. Med.* 2016; 48(3): 142—8.
34. Sinclair R. Skin checks. *Aust. Fam. Physician.* 2012; 41(7): 464—9.

35. BLINCK—A diagnostic algorithm for skin cancer diagnosis combining clinical features with dermatoscopy findings / P. Bourne [et al.] // *Dermatol. Pract. Concept.* – 2012 Apr. – Vol. 2, N 2. – P. 12.

36. Correlation of Global MicroRNA Expression With Basal Cell Carcinoma Subtype / C. Heffelfinger [et al.] // *G3 (Bethesda).* – 2012 Feb. – Vol. 2, N 2. – P. 279–286.

37. Stott-Miller, M. History of diabetes and risk of head and neck cancer: a pooled analysis from the international head and neck cancer epidemiology consortium / M. Stott-Miller, C. Chen, S.C. Chuang et al. / *Cancer Epidemiol. Biomarkers Prev.* 2012. V. 21(2). P. 294-304. doi: 10.1158/1055-9965.EPI-11-0590.

38. Basal cell carcinoma with a skip lesion on the nose after repeated cryotherapy / N. Nakai [et al.] // *J. of Dermatology.* – 2010 Apr. – Vol. 37, N 4. – P. 390–392.

39. Михальченко Д.В., Жидовинов А.В. Виды злокачественных новообразований челюстно-лицевой области и современные способы их лечения. *Современные проблемы науки и образования.* – 2016. – № 6.

40. Скрипникова Т.П., Богашова Л.Я., Соколова Н.А. Онконастороженность в стоматологии. *Український стоматологічний альманах.* 2013. С. 39-42.