

**ВИЩИЙ ДЕРЖАВНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД
УЖГОРОДСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ФАКУЛЬТЕТ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ**

**КАФЕДРА КЛІНІЧНОЇ ОНКОЛОГІЇ, ПРОМЕНЕВИХ МЕТОДІВ
ДІАГНОСТИКИ, АНЕСТЕЗІОЛОГІЇ, ІНТЕНСИВНОЇ ТЕРАПІЇ ТА
МЕДИЦИНИ НЕВІДКЛАДНИХ СТАНІВ**

РАК ГОЛОВИ ТА ШИЇ:

ЕПІДЕМІОЛОГІЯ, КЛІНІКА, ДІАГНОСТИКА, ЛІКУВАННЯ

(методичні рекомендації)

Ужгород – 2011

Установа – розробник:

Кафедра променевих методів діагностики,
клінічної онкології, анестезіології,
інтенсивної терапії, медицини невідкладних
станів УжНУ

Методичні рекомендації для самопідготовки до семінарських занять
лікарів-інтернів за фахом «Клінічна онкологія», «Загальна практика – сімейна медицина»,
«Хірургія»

Тема: РАК ГОЛОВИ ТА ШИЇ:

ЕПІДЕМІОЛОГІЯ, КЛІНІКА, ДІАГНОСТИКА, ЛІКУВАННЯ

Автори: проф. Готько Є.С., доц. Жеро С.В.,
Пригара Д.В., Готько Н.Є., Готько І.Ю.,
Машура Г.Ю., Мельник М.І., Довганич Т.В.,
Цигика Д.Й.

Ужгород – 2011

Методичні рекомендації для самопідготовки до семінарських занять лікарів-інтернів та курсантів за фахом «Клінічна онкологія», «Загальна практика – сімейна медицини», «Хірургія» на курсі «Клінічна онкологія» факультету післядипломної освіти Ужгородського національного університету.

Курс: Клінічна онколог

Тема: Тема: РАК ГОЛОВИ ТА ШИЇ:

ЕПІДЕМІОЛОГІЯ, КЛІНІКА, ДІАГНОСТИКА, ЛІКУВАННЯ

Затверджено на засіданні Вченої Ради факультету післядипломної освіти Ужгородського університету 15 грудня 2011 року, протокол № 5

Автори: проф. Готько Є.С., доц. Жеро С.В.,

Пригара Д.В., Готько Н.Є., Готько І.Ю.,

Машура Г.Ю., Мельник М.І., Довганич Т.В.,

Цигика Д.Й.

Рецензенти:

ЗМІСТ

1. Анатомічні області голови та шиї	5
2. Епідеміологія раку щелепно-лицевої ділянки	5
3. Етіологія та фактори ризику виникнення раку щелепно-лицевої ділянки	6
4. Патологічна анатомія	7
5. Класифікація пухлин голови та шиї	7
6. Клінічні ознаки раку щелепно-лицевої ділянки	8
7. Діагностика раку щелепно-лицевої ділянки	9
8. Рак губи	10
9. Рак язика	10
10. Рак порожнини рота та придаткових пазух	12
11. Рак гортані	13
12. Рак щитовидної залози	16
13. Лікування раку щелепно-лицевої ділянки	21
14. Рекомендована література	22

Анатомічні області голови та шиї

До даної анатомічної групи такі анатомічні структури:

- Губа, порожнина рота
- Глотка: ротоглотка, носоглотка, гортаноглотка
- Гортань: надзв'язкова частина, зв'язкова частина, підзв'язкова частина
- Параназальні синуси
- Слинні залози
- Щитовидна залоза
- Регіонарні лімфатичні вузли

Регіонарними лімфатичними вузлами для всіх відділів голови та шиї за винятком носоглотки і щитовидної залози є лімфатичні вузли шиї, куди входять:

- (1) підборідні
- (2) підщелепні
- (3) глибокі шийні (біля основи черепа близько магістральних судин)
- (4) глибокі шийні (в зоні біфуркації загальної сонної артерії)
- (5) глибокі шийні (по ходу загальної сонної артерії)
- (6) задні шийні вздовж додаткового нерва (**поверхневі** шийні)
- (7) надключичні
- (8) передгортанні та паратрахеальні
- (9) заглоткові
- (10) привушні
- (11) щічні
- (12) заушні та потиличні

Епідеміологія раку щелепно-лицевої ділянки

В Україні захворюваність на рак ротової порожнини становить 8,9 випадків на 100 тис. населення, рак гортані – 5,7, рак губи – 4,1, рак щитоподібної залози – 4,2. Злоякісні пухлини голови та шиї займають близько 11% від усієї онкопатології в чоловіків і приблизно 3,5 у жінок.

Рак голови та ший характеризується високою агресивністю. Незважаючи на те, що це пухлини візуальної локалізації, більшість пацієнтів на момент діагностики мають регіонарні (43%) або віддалені метастази (10%). Летальність до року з моменту діагностики становить для раку ротової порожнини 52,2%, в гортані – 38,4%, щитоподібної залози – 12,9%, губи – 6,8%.

Захворюваність зростає з віком, особливо після 50 років. Чоловіки хворіють у 3-4 рази частіше. Однак у зв'язку з поширенням куріння у жінок це співвідношення постійно змінюється. Так, якщо в 60-тих роках пропорція захворюваності серед чоловіків і жінок становила 15:1, то в кінці 90-их – 4,5:1.

В Азії (Китаї, Індії), Північній Африці та в регіонах за полярним колом захворюваність на рак органів голови та ший значно вища, що пов'язано з національними особливостями дієти, курінням та вірусоносійством (EBV).

Протягом тривалого часу рак голови і ший залишається місцево поширеною хворобою, і тому виправданий агресивний терапевтичний підхід. Поява в останні роки різноманітних реконструктивних методик дозволяє добитися стійкого вилікування.

Етіологія та фактори ризику

1. Тютюн. У курців пухлини голови та ший виникають у шість разів частіше, ніж в тих, хто не палить.
2. Алкоголь є фактором ризику для виникнення пухлин глотки та гортані. Для тих, хто палить і вживає алкоголь, ці фактори ризику діють синергічно.
3. Інсоляція. Ультрафіолетові сонячні промені є фактором ризику в розвитку раку губи приблизно в третини пацієнтів.
4. Виробничі фактори: пил у деревообробній промисловості (рак слизової носа); нікель (рак гайморових пазух); іонізуюче випромінювання (рак щитоподібної залози).

5. Віруси. Доведено патогенетичну роль вірусу Епштейн-Бара (EBV) в розвитку назофарингеальних карцином.
6. Дієта, яка містить вітамін А, В-каротин, L-токоферол, зменшує ризик розвитку раку голови та шиї.

Патологічна анатомія

Пухлини голови та шиї переважно ектодермальні - плоскоклітинні карциноми різного ступеню диференціювання. Низького ступеня диференціювання - епідермальні карциноми, лімфоепітеліоми і карциноми перехідних клітин зазвичай розташовуються в зоні носоглотки, мигдалин, нижньої частини глотки і мобільної частини мови.

Неепідермоїдні ПУХЛИНИ становлять 10% випадків раку голови і шиї і виникають з ділянок залозистої ТКАНИНИ. У слинних залозах можуть бути змішані ПУХЛИНИ і циліндроклітинні карциноми, слизистоепідермоїдні та ацінарноклітинні карциноми. Аденокарциноми можуть виникати в носі, гайморових пазухах або носоглотці. Лімфоми зустрічаються в носоглотці, носових ходах і на мигдалинах. Саркоми виникають в гайморових пазухах та в нижній щелепі.

Класифікація пухлин голови та шиї

У системі TNM критерій T, що позначає протяжність первинної пухлини, в силу специфічних особливостей різний для кожного місця локалізації пухлини, тоді як N однаковий для всіх видів злоякісних пухлин голови та шиї, окрім раку щитовидної залози. Критерій M відповідає загальним правилам класифікації і не потребує особливих коментарів.

Класифікація пухлин голови та шиї за станом регіонарних лімфатичних вузлів (N):

N_x - регіонарні лімфатичні вузли не доступні оцінці;

N₀ - немає ураження регіонарних лімфатичних вузлів;

N1 - метастази в окремі лімфатичні вузли до 3 см у найбільшому вимірі з одного боку;

N2 - метастази окремі (N2a) або множинні (N2b) лімфатичні вузли більше 3 см, але не більше 6 см з одного боку, або білатерально ураження лімфатичних вузлів не більше 6 см у найбільшому вимірі (N2c);

N3 - метастази в лімфатичні вузли більше 6 см у найбільшому вимірі.

Зокрема, TNM-6 (2002) для кожної локалізації раку органів голови та шиї:

- Класифікація раку губи та ротової порожнини (коди МКХ-0 C00-C02-06,) за системою TNM-6 (2002)
- Класифікація раку глотки (МКХ-0 C01-C05.1,C09, C10.0, 2, C11-13) за системою TNM-6 (2002)
- Класифікація раку гортані (МКХ-0 C32.0,1,2,C10.1) за системою TNM-6 (2002)
- Класифікація раку носової порожнини і параназальних синусів (МКХ-0 C31.0,1) за системою TNM-6 (2002)
- Класифікація раку слинних залоз (МКХ-0 C07,C08) за системою TNM-6 (2002)
- Класифікація раку щитовидної залози (МКХ-0 C73) за системою TNM-6 (2002).

Клінічні ознаки раку щелепно-лицевої ділянки:

Для пухлин голови та шиї типовими є симптоми ураження верхніх дихальних шляхів, порушення ковтання, зміни голосу, слуху і дихання. Зокрема, характерними скаргами є: дисфагія з одиофагією, відчуття стороннього тіла, охриплість голосу, біль, порушення артикуляції, носові кровотечі, слъзотечі, кровохаркання, оталгія, «закладання» вух, тризм.

Діагностика раку щелепно-лицевої ділянки

Фізикальне обстеження здійснюється в такій послідовності:

- огляд і пальпація шкіри обличчя та волосяної частини голови;

- оцінка функціонального стану черепно-мозкових нервів;
- огляд очей, вух, носа, губ, порожнини рота (наявність пухлини, виразки, виділень, крові)
- огляд шиї. У зв'язку з тим, що лімфатичне дренивання органів голови та шиї має свої закономірності, пальпація метастатичних лімфовузлів вказує на імовірну локалізацію первинної пухлини.

Ендоскопічні методи діагностики:

- непряма ларингоскопія: огляд за допомогою гортанного дзеркала носоглотки, гортаноглотки, гортані;
- пряма ларингоскопія і назифарингоскопія здійснюється фібрларингоскопом
- «потрійна» ендоскопія: пряма ларингоскопія, езофагоскопія і бронхоскопія.

Методи діагностичної візуалізації

- комп'ютерна томографія;
- УЗД регіонарних лімфовузлів з доплерографією крупних судин шиї;
- магнітно-резонансна томографія;
- рентгенографія кісток лицевого черепа;
- рентгенографія або комп'ютерна томографія легень;
- лімфосцинтиграфія для діагностики «сторожового» лімфовузла.
- ангиографія.

Методи отримання матеріалу для морфологічної верифікації:

- поверхнева біопсія (зскрібок скальпелем) виразкової поверхні пухлин і приготування мазків на скельцях для цитологічного дослідження;
- інцизійна та щипцева біопсія;
- тонкоголкова аспіраційна біопсія;
- трепанбіопсія;
- відкрита біопсія;

- біопсія регіонарного «сторожового» лімфовузла.

РАК ГУБИ

Передракові стани: гіперкератоз, еритро- і лейкоплакія, хейліт, папілома і кератоакантома.

Локалізація: 95% раку виявляють на слизовій червоної кайми нижньої губи.

Симптоми: струп, рана, пухир, виразка, вузол, бородавка.

Клінічні форми: папілярна (екзофітний, на широкій основі папіломоподібний вузол); бородавчата (множинні зливні екзофітні нарости з гіперкератичними нашаруваннями); виразкова (плоска виразка покрита струпом); виразково-інфільтративна (виразка з вивернутими краями, глибоким дном та інфільтрацією губи, що перевищує розміри виразки; комісуральна (рак у ділянці кута рота).

Регіонарні метастази: на момент діагностики раку нижньої губи у 5-10% пацієнтів виявляються метастази в підборідні та підщелепні лімфовузли.

Лікування. Екзофітні форми раку губи переважно лікуються хірургічними методами (резекція губи, лазерна або кріодеструкція). При лікуванні ендофітних форм доцільніше застосовувати променеві методи.

РАК ЯЗИКА

Передракові стани: лейкоплакія, лейкокератоз, папіломи, виразки і тріщини, ромбоподібний глосит.

Локалізація: на бокових поверхнях рак виявляється у більш як у 60% випадків, корінь язика уражається у 20-27%, кінчик язика у 3%, дорсальна поверхня – у 7% випадків.

Симптоми: біль, виразка, припухлість язика, утруднення при ковтанні, дизартрія, неприємний запах.

Клінічні форми: інфільтративний, вузловий та виразковоподібний.

Лікування:

1. лікування первинного вогнища:

- T1 (<1 см); варіанти лікування: крайова електрорезекція язика; лазерна коагуляція; внутрішньотканинна або дистанційна променева терапія (60-70 Гр); кріодеструкція.
- T1-T2; варіанти лікування: гемірезекція язика; дистанційна променева терапія в поєднанні з інтерстиціальною (60-70Гр); комбіноване лікування; кріодеструкція.
- T3-T4; варіанти лікування: неoad'ювантна хіміотерапія одночасно з променевою терапією 40-45 Гр + операція ± ад'ювантна хіміотерапія; доопераційна променева терапія (60-70 Гр + операція ± ад'ювантна хіміотерапія; хіміо-променева терапія; оперативне лікування ± післяопераційна променева терапія.

Методи неoad'ювантної терапії:

- 1) регіонарна селективна внутрішньоартеріальна хіміотерапія шляхом катетеризації а *lingualis* на боці ураження;
- 2) системна внутрішньовенна хіміотерапія комбінацією цитостатиків: метотрексату, блеоміцину, цисплатину, 5-ФУ, гемцитабіну, таксанів.

2. лікування регіонарних лімфовузлів:

а) лімфовузли клінічно не визначаються:

- при T1 здійснюють динамічне спостереження або біопсію «сторожового» лімфовузла;
- при T2-T4: якщо первинна пухлина була прооперована, то рекомендується оперативне видалення регіонарного лімфоколектора; якщо ж на первинне вогнище застосовувалась променева терапія, то рекомендується відповідна променева терапія на зону регіонарного

лімфовідтоку; якщо застосовувалось комбіноване лікування (променева терапія + операція), то вибирається один з цих методів.

- якщо для первинної пухлини застосовували хірургічне лікування, то операцію – одну з лімфаденектомій, виконують і на регіонарному лімфо колекторі. У випадку, коли застосовували променеву терапію на первинне вогнище, то її продовжують на зону регіонарного метастазування з наступним оперативним втручанням (фасціально-футлярною лімфаденектомією, операцією Крайля, операцією Ванаха);

б) клінічно-позитивні лімфовузли:

- якщо метастатичні лімфовузли шиї нерухомі, фіксовані до підлеглих структур, лікування починають з променевої терапії. При чутливості до променевої терапії (~50 Гр) лімфовузли зменшуються в розмірах, стають відносно рухомими – тоді виконують лімфаденектомію. Якщо ж у процесі променевої терапії лімфовузли залишаються нерухомими (тобто неоперабельними), то променеву терапію продовжують до повної дози.

Показання до променевої терапії після шийних лімфаденектомій:

- множинне метастатичне ураження видалених лімфовузлів;
- метастатичний лімфовузол розмірами понад 3 см;
- проростання метастазу за межі капсули лімфовузла;
- низькодиференційований рак.

РАК ПОРОЖНИНИ РОТА ТА ПРИДАТКОВИХ ПАЗУХ

Рак слизової порожнини носа і придаткових пазух є рідкісним видом пухлин. Останній слід диференціювати з доброякісними пухлинами, такими як аденоми, папіломи, фіброми, ангіоми, хондроми, остеоми та інші. При невеликих пухлинах процес протікає частіше безсимптомно. З ростом пухлини з'являється одностороннє утруднення носового дихання, кровоточивість.

Лікування хірургічне. При злоякісних пухлинах проводиться опромінення, або воно комбінується з хірургічною електроексцизією.

П'ятирічна виживаність складає 30-50%.

РАК ГОРТАНІ

Передракові стани: папілома і папіломатоз гортані, поліпи, дискератоз (лейкоплакія, лейкокератоз), пахідермія, дисплазія епітелію, фіброми, кіста (ларингоцели), хронічний ларингіт.

Локалізація: найчастіше уражається надзв'язковий (вестибулярний) відділ гортані – 60-80%, на голосових зв'язках пухлини локалізуються в 30% випадків, рідко в підзв'язковому відділі (менше 10%).

Клініка: рак вестибулярного відділу на початку має безсимптомний перебіг. Далі з'являється відчуття стороннього тіла, дискомфорт і біль при ковтанні, неприємний запах, утруднене дихання, однак, це вже ознаки прогресуючого (60% хворих звертаються до лікаря при Т3-Т4 стадії захворювання).

Постійна охриплість голосу – основний симптом раку голосових зв'язок, що є ранньою ознакою захворювання. Перехід охриплості в афонію свідчить про поширення процесу на всю товщину голосових зв'язок. Тоді і з'являється утруднене дихання, кашель під час приймання їжі.

Для раку підзв'язкового відділу характерне утруднене дихання навіть при невеликих за розмірами пухлинах. При інфільтрації зв'язок з'являється охриплість.

За характером росту розрізняють екзофітні (папілярні) пухлини (більше 50% випадків), інфільтративно-виразкові (30%) та змішані (20%).

Прогресування хвороби в кожному з відділів гортані призводить до розвитку стенозу гортані, який потребує невідкладної хірургічної допомоги – накладання трахеостоми.

Діагностика. Непряма і пряма ларингоскопія з біопсією новоутворення. Комп'ютерна і МР-томографія детермінують поширення процесу на сусідні структури, показують розміщення лімфовузлів регіонарних колекторів.

Патаморфологія. Плоскоклітинна карцинома становить 98% усіх злоякісних новоутворень гортані. У вестибулярному відділі частіше зустрічаються низькодиференційовані карциноми з агресивним характером росту. Пухлини голосових зв'язок переважно високодиференційовані.

Метастазування. Рак гортані метастазує в основному лімфогенно. Регіонарні метастази спостерігаються у 40-60% випадків при локалізації раку у вестибулярному відділі, 5% - при пухлинах голосових зв'язок, 15-45% - при пухлинах підзв'язкового відділу.

TNM класифікація раку гортані, 6-те видання (2002 р.)

T – первинна пухлина:

Tx – недостатньо даних для оцінки первинної пухлини

T0 – первинна пухлина не визначається

Tis – carcinoma in situ

Вестибулярний відділ складається з частин надгортанника над під'язиковою кісткою, яка включає верхівку, язикову (передню) і гортанну поверхні; черпакувато-підгортанної складки; черпакуватого хряща; частини надгортанника нижче під'язикової кістки; несправжніх голосових зв'язок.

T1 – пухлина обмежена одним анатомічним підрозділом надзв'язкової ділянки зі збереженням рухливості голосових зв'язок.

T2 – пухлина уражає декілька анатомічних ділянок вестибулярного відділу (корінь язика, валекули, медіальні стінки грушоподібного синуса), однак рухливість голосових зв'язок збережена.

T3 – пухлина обмежена гортанню з фіксацією голосових зв'язок, і/або поширюється за межі перстневидного хряща, в тканини перед надгортанником, і/або з поверхневою інвазією щитоподібного хряща.

T4a – пухлина проростає в щитоподібний хрящ і/або поширюється на структури за межами гортані: трахею, м'які тканини шиї, включаючи м'язи язика, щитоподібну залозу, стравохід.

T4b – пухлина проростає в перевертебральну зону, медіастінальні структури або сонну артерію.

Відділ голосових зв'язок.

T1 – пухлина розміщена на одній (T1a) або на двох (T1b) голосових зв'язках зі збереженням їх рухливості.

T2 – пухлина поширюється на тканини, розміщені над і/або під голосовими зв'язками; і/або пухлина обмежує рухомі зв'язки.

T3 – фіксація голосової зв'язки пухлиною, що не виходить за межі гортані; і/або інфільтрація пухлиною стінки гортані навколо голосової щілини; і/або поверхнева ерозія щитоподібного хряща.

T4a – пухлина проростає в щитоподібний хрящ і/або поширюється на інші структури за межами гортані: трахею, стравохід, щитоподібну залозу, м'які тканини шиї, включаючи глибокі м'язи язика.

T4b – пухлина проростає в перевертебральну зону, медіастінальні структури або сонну артерію.

Підзв'язковий відділ.

T1 – пухлина розміщена в підзв'язковій ділянці.

T2 – пухлина поширюється на голосову зв'язку(и) зі збереженням або порушенням їх рухливості.

T3 – пухлина в межах гортані з фіксацією голосової зв'язки.

T4a – пухлина проростає в перстневидний або щитоподібний хрящ і/або поширюється на структури за межами гортані: трахею, щитоподібну залозу, стравохід, м'які тканини шиї, включаючи глибокі м'язи язика.

N – регіонарні лімфатичні вузли

Nx – лімфовузли не можуть бути визначеними

N0 – немає метастазів

N1 – метастаз розміром до 3-ох сантиметрів в один іпсилатеральний лімфовузол

N2: N2a – метастаз розміром 3-6 сантиметрів в один іпсилатеральний лімфовузол

N2b – множинні іпсилатеральні метастази розміром до 6 см.

N2c – білатеральні або контрлатеральні метастатичні лімфовузли розміром до 6 см.

N3 – метастази розміром понад 6 см.

M – віддалені метастази:

Mx – метастази не можуть бути визначеними

M0 – немає метастазів

M1 – є віддалені метастази

РАК ЩИТОВИДНОЇ ЗАЛОЗИ

Рак щитовидної залози (РЩЗ) становить 1% всіх видів раку. Частота його вище в регіонах з ендемічним зобом і територіях, прилеглих до ядерних полігонів та інших аналогічних об'єктів. РЩЗ зустрічається в будь-якому віці з двома піками: один в 7-20 років і другий у 40-65 років. У 25% хворих появи раку передувала вузловий зоб. Найімовірніше, рак розвивається з тканини, що оточує вузловий зоб, а не всередині вузлів.

Патологічна анатомія

РЩЗ може бути представлений або вузликом (нодулярне розростання), що нагадує доброякісну пухлину, або щільним інфільтратом (інфільтративний ріст). На розрізі поверхня пухлини білястого кольору, що має вигляд масивного соска з ділянками кістозної дегенерації і кальцинатів.

Гістологічне дослідження звичайно дозволяє визначити природу пухлини. РЩЗ з папілярними компонентами (60% всіх випадків) нерідко має мультицентричні фокуси зростання і більш ніж в 50% випадків у протилежній частці. Поширення йде в місцеві і регіонарні лімфатичні вузли, і тільки пізніше з'являються гематогенні метастази. Фолікулярні пухлини, хоча і мають уніцентричний тип розростання, мають схильність до гематогенному метастазуванню й, у меншій мірі, до лімфогенного. Разом з тим, ці пухлини характеризуються повільним перебігом і повільним (роками) розвитком (періодом подвоєння) метастазів. У літніх хворих папілярні і альвеолярні аденокарциноми протікають більш злоякісно, ніж у молодих. Мозкові карциноми виникають з так званих С-клітин, які секретують кальцитонін. Вони часто супроводжуються множинними ендокринними аденомами і можуть бути сімейними. Метастази в лімфатичних вузлах виявляються рано і часто вимагають агресивного лікування.

У 10% хворих виявляють дуже агресивні, недиференційовані форми РЩЗ, представлені дрібними круглими, веретеноподібними або гігантськими клітинами. Ростуть вони швидко у вигляді щільних інфільтратів і рано дають віддалені метастази.

У ранньому періоді оперується все більше хворих, але нерідко спостерігаються хворі в пізніх стадіях, при яких втягується у процес трахея, гортань, глотка і / або інші глибокі структури шиї і шкіри. Метастази можуть бути у верхні і нижні, глибокі шийні і верхньосредостенні лімфатичні вузли з одного або двох сторін. Уражені лімфатичні вузли можуть досягати великих розмірів, навіть якщо первинна пухлина настільки мала, що її не вдається виявити по клініці.

РЩЗ метастазують в легені, кістки, головний мозок і печінку.

Діагностика

Діагностика раку щитовидної залози не викликає труднощів при наявності місцевих ознак злоякісного росту, або при появі метастатичних вузлів на шиї. Кожен вузол в області щитовидної залози або на бічній поверхні шиї повинен викликати підозру і спричинити за собою застосування уточнюючих методів діагностики.

Радіоізотопне та ультразвукове дослідження дозволяють визначити непальпуючі вузли до 1 см в діаметрі, але не дають даних про їх природу. Вони дозволяють виявити множинні ураження. Комп'ютерна томографія володіє більшою роздільною здатністю, але має також недоліки. Пункція пухлини з цитологічним дослідженням пунктату дає можливість з'ясувати характер пухлини в 60-80% випадків. Більш точним методом морфологічної діагностики є біопсія збільшеного лімфовузла на шиї. Цей метод дозволяє не тільки визначити гістологічну будову пухлини, а й діагностувати рак щитовидної залози при невизначуваному в ній пухлини (прихований рак).

Запропоновано ще й інші методи діагностики: пневмотіреографія, термографія, ангіографія, але вони рідко застосовуються через малу інформативність або складності.

Диференціальна діагностика

Диференціальну діагностику слід проводити з доброякісними пухлинами, саркоми і запальними процесами - тиреоїдами. Особливі труднощі виникають при хронічних тиреоїдитах Ріделя і Хашимото, що дають місцеві ознаки раку.

Зоб Ріделя це - односторонній хронічний запальний процес у вигляді щільного нерухомого вузла, зі швидко наступаючими явищами перитиреоїдита, в який втягуються трахея, шийні м'язи. Метастази відсутні.

Пухлина важко удалимою, часто оцінюється як неоперабельна. Діагноз вирішується біопсією.

Хронічний аутоімунний тиреоїдит Хашимото зустрічається майже виключно у жінок, дає дифузне ураження щитовидної залози, явища гіпотиреозу, лімфоцитоз. Вся щитовидна залоза здобуває щільноеластичну консистенцію, нерухома, часто здавлює трахею. На її тлі часто виникає рак. Диференціальна діагностика можлива завдяки високому титру антитіл до тиреоглобуліну і за допомогою пункційної біопсії.

Лікування зобу Ріделя і Хашимото хірургічне. Показанням до невідкладної операції є здавлення трахеї.

Диференціальна діагностика раку з гострими тиреоїдиту, завдяки швидкому течією і місцевим ознаками запального процесу (хворобливість, розм'якшення, почервоніння шкіри, лейкоцитоз, субфебрильна температура) менш важка.

Значно рідше зустрічаються ураження щитовидної залози сифілісом, туберкульозом, актиномікоз. Сумніви вирішуються завдяки первинному ураження інших органів і специфічним реакцій (Вассермана, Манту), а також за допомогою цитологічного дослідження. Часто полегшує діагностику розм'якшення освіти з появою свищів.

Лікування

Лікування РЦЗ повинно бути комплексним. Воно включає радикальну операцію як основний метод лікування, променеву, гормональну терапію і цитостатичні хіміопрепарати. Вузлові утворення щитовидної залози неопластичного характеру, а так само гіперпластичні процеси при відсутності явної позитивної динаміки від проведеної консервативної терапії повинні бути оперовані. При цьому, враховуючи достатньо високий ризик

виявлення на цьому тлі раку щитовидної залози, слід виконувати екстракапсулярне хірургічне втручання в обсязі гемітіреоїдектомії з резекцією перешийка. Частка, що залишилася залози в повній мірі компенсує потребу організму тиреоїдними гормонами, а в разі виявлення злоякісної пухлини в віддаленому макропрепараті даний обсяг хірургічного втручання можна визнати радикальним.

Всі оперативні втручання виконуються екстракапсулярно. Незважаючи на високий відсоток метастатичного ураження регіонарних лімфатичних вузлів превентивні операції на шиї не виконують і питання про оперативне лікування вирішують при реалізованих метастазах. Наявність метастазів раку щитовидної залози у регіонарних зонах при диференційованих формах пухлини (папілярна і фолікулярна аденокарциноми) не погіршує прогноз для хворого.

Променева терапія диференційованих форм раку щитоподібної залози не ефективна і не покращує віддалених результатів лікування хворих, у зв'язку з чим її використання в лікуванні папілярної і фоллікулярної аденокарциноми недоцільно. Променева терапія показана хворим з недиференційованим раком щитовидної залози і застосовується у комбінації з хірургічним методом при лікуванні медулярного раку щитовидної залози.

Встановлено гальмування росту пухлини щитовидної залози під впливом тиреоїдина. Це пояснюється пригніченням секреції ТТГ, а також можливим гальмуючим впливом гормону на пухлину (до 2-3 г на добу).

Гормонотерапію призначають з замісної метою. Її доцільно застосовувати в лікуванні неоперабельних диференційованих пухлин щитовидної залози або їх метастазів. При призначенні гормонотерапії необхідно знати рівень тиреоїдних гормонів у крові оперованого хворого, дози препаратів підбирають індивідуально і під наглядом ендокринолога.

ЛІКУВАННЯ РАКУ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ

Хірургічне та радіотерапевтичне лікування є ефективними і доповнюють один одного. Також застосовується в якості ад'ювантної терапії хіміотерапія та імунотерапія. Консультації різних фахівців (хірург області голови і шиї, хірург-стоматолог, радіолог і лікар-онколог) дозволяють сформувати програму лікування.

Вибір лікування залежить від кількох факторів:

- величини і поширеності первинної пухлини;
- форми росту пухлини (екзофітна або інфільтративна);
- наявності залучення до процесу кісток і м'язів;
- можливості виконання радикальної хірургічної операції;
- фізичного стану пацієнта;
- можливості зберегти функцію (мова, ковтання);
- соціального стану та професії пацієнта;
- досвіду і майстерності хірурга і радіотерапевта.

Хірургічні втручання нерідко великі і включають в себе видалення первинної пухлини, одно- або двухсторонню диссекцію лімфатичних вузлів та реконструкцію.

Передопераційна променева терапія

Має на меті запобігти маргінальним рецидивам, знизити біологічну активність захворювання і можливість дисемінації або змінити неоперабельну пухлину в операбельну. Таке комбіноване лікування (передопераційна радіотерапія + операція) має і свої недоліки:

- під час операції важче визначити межі первинної пухлини;
- підвищує частоту післяопераційних ускладнень

Післяопераційна променева терапія

Метою післяопераційної радіотерапії є знищення явних чи прихованих залишкових пухлинних компонентів в зонах операційного поля і регіонарного метастазування.

Хіміотерапія

Хіміотерапія має перевагу в наданні системного впливу на ракові клітини, які вийшли за межі локально-регіонарної зони. Вона дозволяє зменшити величину первинної пухлини для подальшого її хірургічного видалення та радіотерапії. Однак ні загальна, ні регіонарна хіміотерапія не показала необхідної ефективності в плані довгострокової виживаності. В даний час хіміотерапія використовують переважно як ад'ювантна до хірургічного та / або променевого лікування при поширених формах раку. Зазвичай застосовують поєднання кількох препаратів.

Рекомендована література

1. Журнал «КЛИНИЧЕСКАЯ ОНКОЛОГИЯ», специальный выпуск № II, 2011
2. Клінічна [онкологія](#): Посібник для [студентів](#) і лікарів. - М.: ВУНМЦ МОЗ РФ, 1999р. В.Г. Черенков
3. Комбіноване і комплексне лікування хворих із злоякісними пухлинами: Керівництво для лікарів / За ред. В.І. Чіссова. - М.: Медицина, 1989р.
4. ПАЧЕС А.І., Пропп Р.М. Рак щитовидної залози. - М., 1995.
5. ПАЧЕС А.І. Пухлини голови та шиї. М., 1987.
6. Валдіна Є.А. Захворювання щитовидної залози. М., 1993.