

УДК 616.314+616.716.1]-006.6(477.84)

*Р.А. Левандовський, Я.Р. Караван, О.Б. Беліков, А.М. Шановський***ЧАСТОТА, КЛІНІЧНА КАРТИНА ТА МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА  
ОНКОЛОГІЧНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ВЕРХНЬОЇ ЩЕЛЕПИ**

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

**Резюме.** У статті представлений аналітичний огляд вітчизняної та зарубіжної літератури щодо погляду на частоту, особливості клінічного перебігу та методи лікування хворих на онкологічні захворювання верхньої щелепи. Наголошено на необхідності проведення

обов'язкової ортопедичної реабілітації, що має не тільки медичне, а і соціальне значення.

**Ключові слова:** онкологічні захворювання верхньої щелепи, класифікація, онкологічна насторога, діагностика, лікування.

**Вступ.** Незважаючи на значні досягнення останніх десятиліть у медичній науці, багато питань етіології, діагностики, профілактики і лікування злоякісних новоутворень (ЗН) досі залишаються проблемою сучасної біології і медицини. За даними Міжнародного агентства з вивчення раку (МАВР), 2000 р. у всьому світі захворіло близько 10 млн, а померло від раку 6 млн чоловік. У 2007 році захворюваність ЗН становила вже 12 млн, а показник смертності зріс до 7,6 млн осіб [19, 23, 25, 27]. За прогнозами ВОЗ, з 1999 по 2020 рік захворюваність та смертність зросте удвічі: від 10 до 20 млн випадків, і з 6 до 12 млн смертей, а на 2050 р. вже передбачається збільшення захворюваності до 24 млн [49]. Масштабність трагедії очевидна. На жаль, ці цифри з кожним роком ростуть, що не може залишати байдужими світову спільноту [1, 6, 12, 31, 42].

Епідеміологічними дослідженнями, проведеними в різних країнах світу, встановлено нерівномірне поширення різних локалізацій раку на земній кулі. Виявлений тісний зв'язок між захворюваністю ЗН і еколого-географічними умовами, віково-статевими особливостями, умовами життя і побуту та шкідливими звичками [8, 14, 30, 33, 47, 48].

Ця тенденція простежується і в частоті злоякісних новоутворень голови та шиї, при цьому перше місце за темпами приросту займають пухлини слизової оболонки порожнини рота і ротоглотки – 41,7 % [4, 10, 14, 15]. Про збільшення захворюваності на рак зазначених локалізацій наголошено і в роботах зарубіжних авторів [43, 45, 46]. Доведено, що важливе місце у боротьбі зі ЗН займають питання, пов'язані з вивченням крайових особливостей поширення і перебігу цього захворювання [10, 12, 19, 23], хоча порівняно недавно злоякісні новоутворення щелепно-лицьової ділянки належали до числа пухлин, що рідко трапляються. Виняток становили тільки Індія та країни Південно-Східної Азії, в яких це захворювання було досить поширеним явищем.

Необхідно відмітити, що за даними ряду авторів [23, 44, 45, 48] зростання захворюваності на рак порожнини рота залежить від вживання алкоголю, жування тютюну, куріння, різних виробничих і несприятливих метеорологічних факторів, простудних захворювань і т. ін. За останні

десятиліття відбувається неухильне зростання цього захворювання на території СНД [11].

Якщо в 1960 на частку раку порожнини рота в структурі захворюваності злоякісними новоутвореннями населення СРСР припадало 0,7 %, то в 1989р. питома вага даного захворювання вже становила – 2,5 %. Водночас у ряді республік Середньої Азії та Закавказзя питома вага раку порожнини рота була значно вище (в Узбекистані – 3,7 %, у Таджикистані – 3,3 %, у Туркменії – 4,1 %, а в Азербайджані – 4,7 %) [11, 35].

За різними даними, у загальній структурі онкологічної захворюваності, злоякісні пухлини голови та шиї становлять від 6,0 % до 20 %. Злоякісні пухлини носа і приносних пазух становлять 0,3-3,0 % усіх злоякісних процесів [1, 12, 25]. Незважаючи на невелику питому вагу злоякісних пухлин цієї локалізації серед інших пухлин, абсолютне число хворих з такими пухлинами значне.

На підставі аналізу архівного матеріалу онкологічного диспансеру м. Полтави за 1989-1999 роки встановлено, що з віком частота онкозахворювань збільшується, у чоловіків у 2 рази частіше, ніж у жінок. Сільське населення хворіє в 1,8 рази частіше, ніж міське. За локалізацією ураження верхньої щелепи превалюють над нижньою в 1,4 рази. Після оперативних втручань на верхній щелепі складного щелепно-лицьового протезування потребує 74,0 % осіб, але тільки 26,0 % хворих його отримують [6]. Ці результати відповідають міжнародним статистичним [2, 34, 42, 47].

Щороку в Україні реєструється більше 2400 нових випадків раку слизової порожнини рота (РСР), з яких 80,7 % припадає на чоловіків [6, 13, 19, 30, 31]. Незважаючи на доступність виявлення цієї патології, III-IV стадія реєструється в 59,4 % випадків (2008). В Україні виживаність до 1 року становить 54,2 %, на відміну від світових показників, де до 1 року живими залишаються 83 % пацієнтів, а до 5 років – 61 % (США, 2010) [31, 33, 44, 47].

Дані літератури [4, 15, 30] і багаторічні клінічні спостереження вчених свідчать, що найбільш часто злоякісні новоутворення локалізуються у верхньощелепній пазусі (75-85 %). На другому місці знаходяться клітини решітчастого лабіринту і порожнини носа (10-15 %). Рідше (1-

2 %), ураження клиноподібної і лобової пазух [1, 46].

Слід відмітити, що порожнина носа і навколосові пазухи знаходяться в складних анатомо-топографічних взаємовідношеннях [4, 8, 27, 38, 41], тому злоякісна пухлина швидко поширюється на сусідні структури, а до моменту розпізнавання призводить до тяжких функціональних та естетичних порушень [2, 4, 16, 22]. Це пов'язано з неспецифічністю ранніх симптомів злоякісного захворювання, які нерідко ідентичні проявам при хронічних запальних процесах, або має місце безсимптомний перебіг початкової стадії захворювання [9, 48].

Для злоякісних новоутворень будь-яких локалізацій характерна залежність результатів лікування від стадії процесу, ранньої діагностики [7, 19, 29, 30]. Діагностика ЗН носових пазух та гайморової порожнини здійснюється відносно легко на пізніх стадіях, але на ранніх стадіях виникають значні труднощі. Звідси результат, 65-87 % пацієнтів діагностується, на жаль, у занедбаних станах злоякісних новоутворень [2, 6, 24].

Для визначення стадій процесу в Росії використовується наступна класифікація злоякісних новоутворень верхньої щелепи.

Перша стадія.

Пухлина обмежена межами гайморової порожнини без деструкції її кісткових стінок. Метастазів у лімфатичні вузли немає.

Друга стадія.

Пухлина переходить на кісткові стінки гайморової порожнини, викликаючи осередкову деструкцію їх, але не виходячи за межі порожнини. Клінічно метастази не визначаються.

Третя стадія.

А) Пухлина гайморової порожнини виходить за межі її кісткових стінок і проникає в порожнину рота, носа або решітчастий лабіринт, очну ямку, крилопіднебінну ямку.

Б) Пухлина меншого розміру, але з наявністю метастазів у регіонарні лімфатичні вузли (заглотковий, підщелепні і шийні).

Четверта стадія.

А) Пухлина поширюється за межі гайморової порожнини, з пенетрацією та з виразкою шкіри обличчя, переходить на виличну кістку, іншу щелепу, вростає в носову порожнину, орбіту або крилопіднебінну ямку. Виражені нерухомі метастази в лімфатичних вузлах підщелепної ділянки та шії.

Б) Пухлина менших розмірів, з нерухомими регіонарними або віддаленими метастазами.

Позбавлення пацієнта від симптомів захворювання або збереження форми і функції ураженого органа [2, 16, 29] не є головною метою лікування пухлинної патології голови та шії, а реінтеграція хворого в суспільство, його соціальну реабілітацію [3, 5, 24, 35, 37].

Мультидисциплінарний підхід лікування злоякісних новоутворень даної локалізації вимагає співпраці лікарів різних спеціальностей: хіру-

рга – онколога, радіолога, хіміотерапевта, рентгенолога, ендоскопіста, стоматолога, отоляринголога, патоморфолога, цитолога, кожен з яких бере участь у встановленні діагнозу, оцінці ступеня поширення пухлинного процесу, виробленні тактики лікування, його проведення та реабілітації [1, 5, 25, 35, 40].

Своєчасно виставляється правильний діагноз лише у 9,1 % хворих, а майже у 60 % осіб із злоякісними пухлинами верхньощелепних пазух перші ознаки захворювання розпізнаються лікарями неправильно [29, 30]. Дуже часто хворі знаходяться на диспансерному обліку інших фахівців (невропатологів, офтальмологів, отоларингологів та ін.). Нерідко захворювання діагностують як запальні хронічні процеси верхньощелепної пазухи та призначають поліпотомію та конхотомію [32]. Тому хворі надходять у спеціалізовані установи зі значними пухлинними процесами із залученням сусідніх органів і тканин [4, 7, 32]. Основним методом лікування місцево-поширеного раку щелепно-лицьової ділянки є комбінований, що включає в себе хірургічне лікування, променеву, хіміотерапію та їх поєднання [2, 5, 16, 19].

Відносно сприятливих результатів хірургічного лікування в комплексній терапії раку верхньої щелепи III стадії досягнуті завдяки проведенню розширених оперативних втручань із застосуванням електрохірургічного або кріохірургічного методу [40]. Хірургічний спосіб лікування місцево-поширеного раку верхньої щелепи без доповнення променевої терапії та хіміотерапії є найменш ефективним [2, 13, 18, 26, 30].

Клінічна онкологія багата цілим рядом різних методів протипухлинної терапії. До них відносяться методи променевого впливу [2, 30], кріодеструкції, гіпертермії, хіміотерапії [18, 26, 29], а також методи радикальних оперативних втручань [2, 5, 16, 17, 30] та багато інших.

Резекція верхньої щелепи призводить до утворення значних дефектів різного об'єму [2, 5, 14, 15]. Причиною утворення дефекту верхньої щелепи також може бути неправильне проведення курсу променевої терапії, що призводить до виникнення постпроменевого остеомієліту і, як наслідок, утворення кісткового дефекту. Набуті дефекти в ділянці верхньої щелепи можуть локалізуватися в межах альвеолярної частини, твердого і м'якого піднебіння, а також можуть бути комбінованими. При цьому дефекти верхньої щелепи є ізольованими або сполученими з верхньощелепною пазухою, також може бути відсутність однієї верхньої щелепи або відсутність обох верхніх щелеп при повній їх резекції [2, 4, 22, 28]. Тому надання ортопедичної допомоги даній категорії хворих викликає особливі труднощі.

Існує багато класифікацій набутих дефектів верхньої щелепи. Вважаємо за доцільне більш докладно зупинитися на класифікації набутих дефектів верхньої щелепи, запропонованої Б.К. Костур і В.А. Міняєвою. Автори пропонують

розглядати сім класів дефектів верхньої щелепи, а саме:

1. Дефекти альвеолярної частини без проникнення у верхньощелепну пазуху.
2. Дефекти альвеолярної частини з проникненням у верхньощелепну пазуху.
3. Дефекти твердого піднебіння: передній, середній, боковий відділи, які не заходять на альвеолярну частину щелепи.
4. Дефекти твердого піднебіння із залученням бічного відділу альвеолярної частини щелепи з одного боку або обох боків із переходом на передню ділянку щелепи.
5. Дефект твердого піднебіння і м'якого або тільки м'якого піднебіння.
6. Дефект, що утворився після резекції правої або лівої верхньої щелепи.
7. Дефект, що утворився після резекції обох верхніх щелеп .

На нашу думку, дана класифікація найбільш точно систематизує набуті дефекти верхньої щелепи з точки зору їх анатомічної поширеності, але не враховує дефекту верхньої щелепи, що утворився після резекції однієї зі стінок верхньощелепної кістки без проникнення в порожнину рота [4].

Слід зазначити, що при всіх класах, крім першого, є порушення герметизації ротової і гайморової порожнин, тому хворі з дефектами I класу не потребують протезів-обтураторів, а відновлення такого дефекту нічим не відрізняється від звичайного заміщення втраченого зубного ряду, особливо за наявності природних зубів, які можна використовувати для фіксації протеза.

Проведення пластичних відновних операцій пов'язане зі значними труднощами внаслідок незадовільного приживлення тканин через велику кількість рубців після оперативного втручання, порушення трофіки тканин, у зв'язку з раніше проведеним променевим і хіміотерапевтичним лікуванням [28, 45].

Необхідно відмітити, що відновлення дефектів у таких пацієнтів часто пов'язано з багатоетапними пластичними операціями і довгими періодами очікування наступної операції [2, 4, 28]. Найбільш широке поширення в нашій країні і за кордоном при закритті масивних дефектів щелепно-лицьової ділянки отримав ортопедичний спосіб, ендпротезування [2, 5, 25, 32, 44, 46], при якому відновлення косметичних дефектів може бути проведено в більш короткі терміни.

Тому забезпечення хворих тимчасовими і постійними щелепно-лицьовими протезами з урахуванням їх функціональної можливості, використання т. зв. «розумних протезів», що мають інтелектуальні властивості, зменшує післяопераційне спотворення обличчя [2, 5, 21, 22, 45] і дозволяє здійснити відновлення спотворених або втрачених функцій порожнини рота та уникнути постопераційного психологічного стресу [36, 43].

## Література

1. Абізов Р.А. Онкоотоларингологія / Р.А. Абізов. – К.: Книга плюс, 2001. – С. 138-151 .
2. Асташина Н. Б. Комплексное лечение и реабилитация пациентов с приобретёнными дефектами челюстей: автореф. дис. на соискание науч. степ. д. мед. н., спец.14.00.21 – «Стоматология» / Н.Б. Асташина. – Пермь, 2009. – 38 с.
3. Балацкая Л.Н. Качество жизни онкологических больных как критерий оценки эффективности лечения и реабилитации / Л.Н. Балацкая, Е.Л. Чойнзонов // Сибир. Вест. психиатрии и наркологии. – 2008. – № 3. – С. 36-37.
4. Беликов А.Б. Морфологическая картина и локализация злокачественных новообразований полости рта и челюстей по данным Полтавского областного онкодиспансера / А.Б. Беликов, И.М. Пичкур // Пробл. екол. та мед. – 2002. – Т. 6, № 5. – С. 33-35.
5. Беликов О.Б. Особенности ортопедической стоматологической реабилитации онкологических больных после оперативных вмешательств на челюстях / О.Б. Беликов // Вісн. пробл. біол. і мед. – 2002. – Вип. 9-10. – С. 80-85.
6. Беликов А.Б. Частота онкологических заболеваний челюстно-лицевой области среди населения Полтавщины по данным архивов областного онкологического диспансера / А.Б. Беликов, Б.М. Ризник, И.М. Пичкур // Пробл. екол. та мед. – 2001. – Т. 5, № 5-6. – С. 19-20.
7. Волченко Н.Н. Высокие технологии в цитологической диагностике опухолей головы и шеи / Н.Н. Волченко, Е.Н. Славнова, М.В. Савостикова: материалы V Международного конгресса [«Опухоли головы и шеи». Онкохирургия]. – 2011. – С. 15.
8. Галайчук І.Й. Клінічна онкологія. Частина I: посібник / І.Й. Галайчук. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2003. – С. 92-111.
9. Галайчук І.Й. TNM-класифікація злоякісних пухлин: історія, принципи, практичне застосування / І.Й. Галайчук // Онкологія. – 2010. – Т. 12, № 3. – С. 270-275.
10. Грищенко С.В. Тенденції захворюваності злоякісними новоутвореннями ротової порожнини, глотки, губи серед населення України / С.В. Грищенко, І.М. Нагорний, А.А. Чистяков: матеріали III конгресу з міжнар. участю [«Опухоли головы и шеи»]. – 2009. – Т. 1, № 2. – С. 42.
11. Давыдов М.И. Злокачественные новообразования в России и странах СНГ в 2002 г. / М.И. Давыдов, Е.М. Аксель // ГУ РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН. – М. : МИА, 2004. – 256 с.
12. Заболотний Д. Аналіз захворюваності лікування хворих на злоякісні новоутворення порожнини носа та навколососових пазухах у різних регіонах України у 2002-2004 роках за даними українського канцер-реєстру / Д. За-

- болотний, Е. Лукач // Ринологія. – 2006. – № 3. – С. 3-13.
13. Захворюваність і результати лікування хворих на рак гайморової пазухи у 2001 – 2010 роках в Івано-Франківській області / І.Д. Костишин, Р.А. Левандовський, В.В. Голотюк [та ін.] // Клин. онкол. (спец. выпуск II, 2011): матеріали XII з'їзду онкологів України (20-22 вересня 2011р.), м. Судак. – Судак, Автономна Республіка Крим. – С. 35-36.
  14. Злокачественные новообразования в России в 2008 году (заболеваемость и смертность) / под ред. В.И. Чиссова, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. – М.: ГУ «МНИОИ им. П.А. Герцена Росмедтехнологий», 2010. – 256 с.
  15. Злокачественные опухоли челюстно-лицевой области / И.М. Федяев, И.М. Байриков, Л.П. Белова [и др.]. – М.: Медицинская книга, 2000. – Н.Новгород: Изд-во НГМД. – 160 с.
  16. Караван Я.Р. Види лікування онкологічних хворих із захворюваннями щелепно-лицевої ділянки в залежності від поширеності процесу і стадії розвитку / Я.Р. Караван, О.Б. Беліков, Р.А. Левандовський // Здобутки клін. та експерим. мед.: збір. матер. конф. – Тернопіль, 17 квітня 2012. – С. 117-118.
  17. Комплексное лечение опухолей орофарингеальной зоны / Д.Ю. Семин, В.С. Медведев, Ю.С. Мардынский [и др.] // Бюл. Нац. радиац.-эпидемиол. регистра «Радиация и риск». – 2010. – Т. 19, № 4. – С. 72-79.
  18. Константинова М.М. Химиотерапия плоскоклеточного рака головы и шеи / М.М. Константинова // Практ. онкол. – 2003. – Т. 4, № 1. – С. 25-30.
  19. Контингенти хворих на злоякісні новоутворення в Україні – оцінка повноти та якості інформації / З.П. Федоренко, А.В. Гайсенко, Л.О. Гулак [та ін.] // Клин. онкол. – 2011. – № 3 (3). – С. 4-8.
  20. Кропотов М.А. Общие принципы лечения больных первичным раком головы и шеи / М.А. Кропотов // Практ. онкол. – 2003. – Т. 4, № 1. – С. 1-8.
  21. Левандовський Р.А. Інтелектуальні зубні протези / Р.А. Левандовський: матеріали V Укр. Міжнар. конгр. [«Стоматологічна імплантація. Осстеоінтеграція»] (27-28 квітня 2012), Київ. – С. 278-279.
  22. Пат. України на корисну модель № 50973 МПК А61С13/00. Безпосередній резекційний пластинковий протез верхньої щелепи (резекційний пластиковий протез Левандовського – Белікова) / Р.А. Левандовський, О.Б. Беліков: заявн. і патентовл. – Левандовський Р.А., Беліков О.Б., № А 201000445; 18.01.10; опубл. 25.06.10, Бюл. 12.
  23. Медико-демографічна ситуація та організація медичної допомоги населенню у 2010 році: підсумки діяльності системи охорони здоров'я та реалізація Програми економічних реформ на 2010-2014 роки "Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава". – К.: МОЗ України, 2011. – 104 с.
  24. Мерабишвили В.В. Контроль качества онкологической помощи населению с использованием современных информационных систем / В.М. Мерабишвили, В.В. Старинский: Пособие для врачей. – СПб., 2005. – 61 с.
  25. Минимальные клинические рекомендации европейского общества медицинской онкологии (ESMO). – М.: Издательская группа РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН, 2007. – 146 с.
  26. Одновременная химиолучевая терапия рака слизистой оболочки полости рта и ротоглотки / Д.Ю. Семин, В.С. Медведев, Ю.С. Мардынский [и др.]: материалы III конгресса с междунар. участием [«Опухоли головы и шеи»]. – Сочи, 2009. – С. 29-30.
  27. Онкология: национальное руководство / под редакцией В.И.Чиссова, М.И. Давыдова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – С. 600-621.
  28. Пат. 90395 Україна, Заміщаючий післярезекційний протез верхньої щелепи / Левандовський Р.А.: заявн. і патентовл. – Левандовський Р.А., № А 200811882; заявл. 06.10.08; опубл. 26.04.2010, Бюл. № 8.
  29. Підвищення ефективності ранньої діагностики передракових станів слизової оболонки порожнини рота методом оцінки експресії біомаркерних білків p53 та Ki-67 / В.П. Баштан, С.С. Кіреєва, П.М. Скрипніков [та ін.] // Клин. онкол. (спец. выпуск). – 2011. – № 11. – С. 27-28.
  30. Показники діагностики та результати різних методів лікування хворих на рак гайморових пазух у 2001-2010 рр. в Івано-Франківській області / І.Д. Костишин, Р.А. Левандовський, В.В. Бойко [та ін.] // Укр. радіол. ж. – 2011. – № 2. – С. 186-188.
  31. Рак в Україні. 2009-2010. Захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічної служби // Бюл. нац. канцер-реєстру України. – 2011. – № 12. – 117 с.
  32. Результати різних методів лікування хворих на рак гайморових пазух у 2001-2010 роках в Івано-Франківській області / І.Д. Костишин, Р.А. Левандовський, В.В. Голотюк [та ін.] // Бук. мед. вісник. – 2012. – № 3 (63). – С. 211-213.
  33. Смертность населения России от злокачественных новообразований в 2000 г. / Н.В. Харченко, В.В. Старинский, Г.В. Петрова [и др.] // Рос. онкол. ж. – 2002. – № 4. – С. 37-40.
  34. Справочник по классификации злокачественных опухолей. Официальные рекомендации Американской объединенной комиссии по злокачественным новообразованиям / Пер. с англ. – СПб.: Медакадемия, 2007. – С. 6-83.
  35. Стратегия и тактика онкологической службы России на современном этапе / В.И. Чиссов, В.В. Старинский, Б.Н. Ковалев [и др.] // Рос. онкол. ж. – 2006. – № 3. – С. 4-7.

36. Сулимовская Е.И. Когнитивные и смысловые особенности отношения к своей внешности женщин с челюстно-лицевым дефектом [Электронный ресурс] // Мед. психол. в России: электрон. науч. ж. – 2011. – № 6. – URL: <http://medpsy.ru>.
37. Сучасний підхід до лікування раку верхньої щелепи / С.Г. Бондаренко, О.О. Галай, О.В. Сліпечкий [та ін.] // Клин. онкол., (спец. выпуск II). – 2011. – № 7. – С. 36-37.
38. TNM Атлас: Иллюстрированное руководство по TNM классификации злокачественных опухолей / К. Виттекинд, Ф.Л. Грин [и др.] / Под ред. Ш.Х. Ганцева. – М.: Медицинское информационное агентство, 2007. – С. 5-73.
39. Центилю В.Г. Результаты «операций отчаяния» при лечении злокачественных опухолей челюстно-лицевой области / В.Г. Центилю // Анналы хирургии. – 2005. – № 2. – С. 75-77.
40. Шляхи покращання результатів лікування хворих на рак слизової порожнини рота / С.Г. Бондаренко, О.В. Друзюк, Р.Р. Сліпечкий [та ін.] // Клин. онкол. (спец. выпуск). – 2011. – № 11. – С. 29.
41. Энциклопедия клинической онкологии: Руководство для практикующих врачей / М.И. Давыдов, Г.Л. Вышковский [и др.] – М.: РЛС, 2005. – 1536 с.
42. Boyle P. Cancer incidence and mortality in Europe / P. Boyle, J. Ferlay // Ann. Oncol. – 2005. – Vol. 16. – P. 481-488.
43. Cancer facts & figures 2010 // American Cancer Society, Atlanta, GA. – 2010. – 62 p.
44. A Tailored Smoking, Alcohol, and Depression Intervention for Head and Neck Cancer Patients / S.A. Duffy, D.L. Ronis, M. Valenstein [et al.] // Cancer Epidemiol. Biomarkers Prev. – 2006. – Vol. 15. – P. 2203-2208.
45. Human Papillomavirus Types in Head and Neck Squamous Cell Carcinomas Worldwide: A Systematic Review / A.R. Kreimer, G.M. Clifford, P. Boyle [et al.] // Cancer Epidemiol. Biomarkers Prev. – 2005. – Vol. 14. – P. 467-475.
46. Early Detection of Head and Neck Cancer: Development of a Novel Screening Tool Using Multiplexed Immunobead-Based Biomarker Profiling / F. Linkov, A. Lisovich, Z. Yurkovetsky [et al.] // Cancer Epidemiol. Biomarkers Prev. – 2007. – Vol. 16. – P. 102-107.
47. Merabishvili V.M. // Cancer incidence in five continents / V.M. Merabishvili, T.L. Tsvetkova, S.P. Popova // IARC. Sci. publ. № 155. – Lyon, 2002. – Vol. VIII. – P. 416-417.
48. Ragin C.C.R. The Epidemiology and Risk Factors of Head and Neck Cancer: a Focus on Human Papillomavirus / C.C.R. Ragin, F. Modugno, S.M. Gollin // Dent. Res. – 2007. – Vol. 86, № 2. – P. 104-114.
49. Stewart B.W. World Cancer Report / B.W. Stewart, P. Kleihues. – Lyon: IARC Press, 2003. – 352 p.

## ЧАСТОТА, КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА И МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

*Р.А. Левандовский, Я.Р. Караван, А.Б. Беликов, А.Н. Шановский*

**Резюме.** В статье представлен аналитический обзор отечественной и зарубежной литературы относительно взглядов на частоту, особенности клинического течения и методы лечения больных с онкологическими заболеваниями верхней челюсти. Отмечено необходимость проведения обязательной ортопедической реабилитации, которая имеет не только медицинское, но и социальное значение.

**Ключевые слова:** онкологические заболевания верхней челюсти, классификация, онкологическая настороженность, диагностика, лечение.

## FREQUENCY, CLINICAL PRESENTATION AND METHODS OF TREATMENT OF PATIENTS WITH ONCOLOGIC DISEASES OF THE UPPER JAW

*R.A. Levandovskiy, Y.R. Caravan, O.B. Belikov, A.M. Shanovskiy*

**Abstract.** The paper deals with an analytical review of domestic and foreign literature as to the frequency, specific characteristics of the clinical course and methods of treatment of patients with oncologic diseases of the upper jaw. A necessity of performing obligatory orthopedic rehabilitation having not only a medical value, but a social one as well, is stressed.

**Key words:** oncologic diseases of upper jaw, classification, oncologic watchfulness, diagnostics, treatment

Bukovinian State Medical University (Chernivtsi)

Рецензент – доц. Н.Б. Кузник

Buk. Med. Herald. – 2012. – Vol. 16, № 4 (64). – P. 201-205

Надійшла до редакції 24.09.2012 року