

УНИВЕРЗИТЕТ "КИРИЛ И МЕТОДИЈ" - СКОПЈЕ
СТОМАТОЛОШКИ ФАКУЛТЕТ
Клиника за максилофацијална хирургија

Алберто А. Бензетти

**"ПЕТОГОДИШНО ПРЕЖИВУВАЊЕ КАЈ ПАЦИЕНТИ
СО КАРЦИНОМ НА ДОЛНА УСНА ВО ЗАВИСНОСТ
ОД ПРИМЕНЕТАТА МЕТОДА НА ЛЕКУВАЊЕ"**
- МАГИСТЕРСКИ ТРУД -

Скопје, 1992 година

УНИВЕРЗИТЕТ "КИРИЛ И МЕТОДИЈ" – СКОПЈЕ
СТОМАТОЛОШКИ ФАКУЛТЕТ
Клиника за максилофацијална хирургија

Алберто А. Бенедети

**"ПЕТОГОДИШНО ПРЕЖИВУВАЊЕ КАЈ ПАЦИЕНТИ
СО КАРЦИНОМ НА ДОЛНА УСНА ВО ЗАВИСНОСТ
ОД ПРИМЕНЕТАТА МЕТОДА НА ЛЕКУВАЊЕ"**

– МАГИСТЕРСКИ ТРУД –

МЕНТОР

Олга Р. Серафимова-Стефановска

Скопје, 1992 година

СОДРЖИНА

АПСТРАКТ -----	I
SUMMARY -----	IV
В О В Е Д -----	1
Анатомопографски карактеристики на долната усна -----	2
Крвни садови, нерви и мускули -----	4
Лимфен систем на глава и врат -----	10
Предканцерозни состојби -----	14
Симптоматологија на карциномот на долната усна -----	15
Дијагноза на карциномот на долната усна -----	17
Терапија на карциномот на долната усна -----	18
Приказ на најчесто користени хируршки методи при третманот на карциномот на долната усна -----	19
Класификација на карциномот на долната усна -----	26
ЦЕЛ НА ТРУДОТ -----	27
МАТЕРИЈАЛ И МЕТОДИ -----	29
РЕЗУЛТАТИ -----	30
ДИСКУСИЈА -----	45
ЗАКЛУЧОК -----	55
БИБЛИОГРАФИЈА -----	57

А П С Т Р А К Т

Карциномот на долната усна е еден од најзастапените малигни тумори на главата и вратот. Локалното отстранување следено со адекватна репарација на дефектот очекувано дава добра прогноза и задоволувачки функционални и естетски резултати. Испитани се 105 пациенти третирани од 1981 до 1988 година на Универзитетот во Скопје, од кои 35 пациенти на Клиниката за максилофацијална хирургија, 35 пациенти на Институтот за радиологија и онкологија, и 35 на двете клиници.

Споредбата на петгодишниот третман ги даде следните резултати:

Пациентите со карцином на долната усна најчесто се третираат во $T_1N_0M_0$ и $T_2N_0M_0$ вкупно 86 пациенти (82,86%).

Од вкупно 105 пациенти 91 (96,67%) беа од машки пол.

Најчесто се јавува кај пациенти над 60-годишна возраст, вкупно 60 (57,15%).

Најчесто застапен период од појава до време на интервенција е од 3 до 6 месеци кај 36 (36,28%) пациенти.

Од вкупно 105 третирани пациенти појава на рецидиви приметена е кај 21 (20%).

Појава на метастази е приметена кај 11 пациенти (10,48%).

Петогодишно преживување е постигнато кај 91,43% од оперираните пациенти, а смртен исход кај 8,57%.

Петогодишно преживување е постигнато кај 88,57% зрачени пациенти, а смртен исход кај 11,43%.

Петогодишно преживување е постигнато кај 88,57% комбинирано третирани пациенти, а смртен исход кај 11,43%.

Од меѓусебното споредување извршено по Колмогоров - Смирнов тест (прикажан во претходната табела), добиен е резултат *non significant*. Тоа значи дека независно од применетата терапија се добиваат приближно подеднакви резултати во третманот на карциномот на долната усна и ниедна од применетите терапии нема приоритет во однос на другата по параметарот петогодишно преживување.

Клучни зборови: неоплазми на усната, неоплазми на лицето, стадиум на неоплазмата, радио терапија, преживување, хирургија оперативна, хирургија пластична, постоперативна нега, постоперативен период.

S U M M A R Y

Carcinoma of the lip is one of the most common malignant tumors of the head and neck. Local excision followed by simultaneous repair of the defect is expected to yield a good prognosis and satisfactory functional and aesthetic results. 105 patients in this study were treated from 1981 through 1988 at the University of Medicine Skopje: 35 patients at the Department of Maxillofacial Surgery, 35 patients at the Institute of Radiology and Oncology and 35 patients at the both clinic.

Comparasion of five year treatment evaluated following results:

- Treatment of carcinoma of the lower lip is most frequently in $T_1N_0M_0$ and $T_2N_0M_0$ of T categories (according UICC) 86 patients (82,86%),

- Male patients were 91 (86,67%),

- The majority of patients were aged oldder than 60 years 60 (57, 15%),

- Most frequent period from begin of cancer till treatment is 3-6 months 36 (36,28%) patients,

- Recidives were noted by 21 (20%) patients,

- 11 patients were with metastases,

- Five year survival rate has been reported to 91,43% patients with surgical management and mortality by 8,57%,

- Five year survival rate has been reported to 88,57% patients treated with irradiation therapy and mortality by 11,43%,

A comparison of five year results after irradiation and surgical therapy with Kolmogorov - Smirnov test are *non significant* (quite similar). No advantage in rate of cure is noted in the results of radiotherapy or surgical treatment.

Key-Words - lip neoplasms, face neoplasms, neoplasms staging, radio therapy, survival, surgery operative, surgery plastic, postoperative care, postoperative period.

В О В Е Д

Малигните тумори на усната, оралната празнина и орофаринксот се 4-5% од сите малигни тумори по *Hemprich, Muller* (21) а по Штајнер (49) по *Ackerman, del Regato*, а 90% од сите малигноми на усната празнина се планоцелуларен карцином према Штајнер (49) по *Robbins, Lucas* и *Waldron* (60). Третманот на овие тумори, поради функционалниот, естетскиот и терапевтскиот момент бара сложен, мултидисциплинарен пристап.

Меѓу малигните тумори во максилофацијалната регија најчесто се карциномите. Од вкупниот број на малигни тумори тие се застапени 85%, саркомите се застапени 10%, а сите остани малигни тумори се застапени 5%. Карциномот на долната усна е еден од најчестите малигни тумори во максилофацијалното подрачје. Во однос на сите малигни тумори на клиничкиот материјал во периодот 1981 - 1985 година и испитуваните пациенти од Институтот за радиологија и онкологија, карциномот на долната усна е застапен во 7,53% случаи. Карциномот на долната усна е застапен 25% во однос на сите малигни тумори на усната шуплина, а 15% во однос на сите малигни тумори на главата и вратот. Со оглед на самата регија се јавува колизија во ставот на операторот при хируршкото решавање на овие тумори да

се најде задоволувачки модус во радикалитетот на интервенцијата со заштита на функционалниот и естетскиот момент. Неговата рана дијагностика, можност за правовремена терапија и пристапност на регијата овозможуваат многу добри резултати во неговото третирање. Некои општи показатели во можните етиолошки причини за неговата појава претрпуваат промени по денешните сознанија. Ова дава нов поглед на самото заболување и примена на нов пристап во поставување на хипотезата за можните ризик фактори при неговата појава.

Карциномот на долната усна поради самата појава на дел на тело кој е еден од најекспонираните, дава можност за правовремена и брза интервенција и задоволувачки резултати во однос на карциномите во другите делови на телото. Самата усница и нејзиното околно ткиво имаат одредени топографско анатомски и физиолошки карактеристики кој терапевтот треба да ги познава при изведувањето на хируршките зафати со цел да се постигне задоволителен естетски и функционален ефект.

Анатомотопографски карактеристики на долната усна

Усната има две страни (предна и задна) и еден слободен раб.



Сл. 1.- Анатомски приказ на долната усна

Предната страна на долната усна се протега до *sulcus mentolabialis* кој ја одвојува од кожата на брадата. Задната страна е прекриена со слузокожа и е исполнета со усни жлезди. Со непцето е поврзана со френулот на долната усна. Слободниот раб е со розова боја, дебел и испупчен. Горниот и долниот раб се спојуваат во аголот на усната и надвор од него ја градат *commisura labiorum*.

Состав на долната усна:

1. Кожа - Содржи влакна, лојни и потни жлезди;
2. Поткожен слој - Само во странични делови на усна;

3. Мускулен слој;

4. Подслузокожен слој.- Содржи растресито сврзано ткиво, *glandulae labiales* околу усниот отвор.

5. Слузокожа - Богата е со крвни капилари.

Крвни садови, нерви и мускули

Артериите потекнуваат од *a. labialis inf.* која се спојува со *a. labialis sup.* околу усната и го создава артерискиот протен на усните. Двете потекнуваат од *a. facialis*. Покрај поменатите во васкуларизацијата учествуваат и гранки од инфраорбиталната, образна и попречна артерија на лицето.

Вените се вливаат во *v. facialis* на горната усна.

Лимфните садови се влеваат во *nodi lymphatici submand.* и тоа воглавно во жлезда која е на место на вкрстување на *a. facialis* со долен раб на тело на мандибула.

Лимфните садови на долната усна се влеваат во подвижните и подбрадните лимфни жлезди. Често пати лимфните садови од десна и лева страна се вкрстуваат на средната линија (ова е битно при пренесување на карциномот на долната усна).

Моторните нерви потекнуваат од *n. facialis*. Сензитивните потекнуваат за горна усна од *n. infraorbitalis*, а на

M. orbicularis oris е кружен мускул на усната и се наоѓа под кожата на горната и долната усна и е нивни најразвиен слој. Овој мускул во облик на елипса го опкружува усниот отвор, протегајќи се од *pars membranacea* на носната преграда до *sulcus mentolabialis*. После губиток на забите се смалува висината на долниот дел на лицето и настапува пореметување на тонусот на мускулот и се појавуваат изразени кожни набобри околу усните. По распоредот на влакната се дели на внатрешен и надворешен прстен.

Инервацијата му е преку *rami buccales et ramus marginalis mandibulae n. facialis*. Дејството му е затварање на усната со приближување на комисурите една према друга и истурање на усните према напред.

M. depressor anguli oris е тенок, триаголест мускул со базата свртен према нагоре, а се протега од телото на долната вилица до комисурата на усната.

Инервацијата му е преку *rr. buccales n. facialis*. Дејството му е со повлекување на комисурата према доле и дава изглед на тага или презир.

M. transversus menti е мал, непостојан мускул кој го прекрива горниот дел на платисмата. Лежи под кожата на брадата и со поречните влакна ги припојува обата *m. depressor anguli oris*.

M. risorius е непостојан мускул со триаглест облик со врвот свртен према напред према комисурата на усните. Тој е најповршен мускул на средниот дел на образот и со својата длабока страна ги прекрива *m. buccinator*, *ductus parotideus*, *m. masseter* и горниот дел на платизмата. Припојот му е од *fascia masseterica* до комисурата на усните.

Инервацијата му е како и кај претходните мускули. Дејството му е со повлекување на комисурата према назад и надвор и така ја зголемува *rima oris*. Учествува во израз на радост и смеа.

M. zygomaticus major се протега од зигоматичната коска до комисурата на усните и го прекрива предниот горен дел на *m. masseter*, *m. buccinator* и крвните садови на лицето.

Инервацијата му е преку *rr. zygomatici n. facialis*. Дејството му е со *m. zygomaticus minor* и со заедничка контракција ја повлекуваат горната усна према горе и надвор. Го шират усниот отвор и даваат израз на лицето на радост и смеа. При изолирано дејство *m. zygomaticus major* ја криви устата и дава изглед на гримаса.

M. zygomaticus minor се наоѓа внатре и под *m. zygomaticus major*. Се протега од зигоматичната коска до горната усна.

Инервацијата му е како кај претходниот мускул. Дејството му е опишано со претходниот мускул.

M. levator labii superioris прекриен е со *m. orbicularis oculi*, *a. facialis* и кожата на образот. Длабоката страна на овој мускул ги прекрива инфраорбитралниот нерв и артерија. Се припојува на предната страна на *corpus maxillae* до комисурата на усната.

Инервиран е од *rr. zygomatici n. facialis*. Дејството му е заедничко со *m. levator labii superioris alaeque nasi* и ја подигаат горната усна и носното крилце ширејќи ја ноздрвата. Како мимичен мускул дава израз на тага и нерасположеност.

M. levator labii superioris alaeque nasi се протега од внатрешниот агол на орбитата до *alae nasi* и ги прекрива делимично *m. levator labii sup.* и *m. nasalis*.

Инервацијата и дејството му се како кај претходниот.

M. depressor labii inferioris се протега над *linea obliqua mandibulae* до длабоката страна на кожата на долната усна. Го прекрива *foramen mentale*, *n. mentalis* и *a. mentalis*.

Инервиран е од *r. marginalis mand. n. facialis*. Со своето дејство ја повлекува надолу долната усна и према надвор нејзината слободна ивица и мимично дава изглед на тага и презир.

M. levator anguli oris се протега од *fossa canina* до комисурата на усните. Со длабоката страна ја прекрива *fossa canina*, а неговата површна страна е прекриена со *m. levator*

labii sup., *m. zygomaticus minor*, *a. et. n. infraorbitalis*,
a. et. n. facialis.

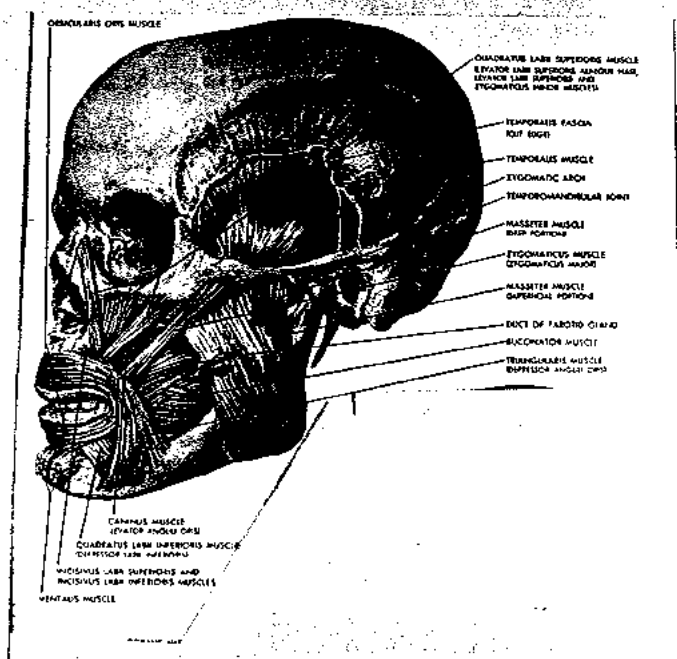
Инервацијата му е со *rr. buccales n. facialis*. Дејствува со подигање на горната усна и комисурата.

M. buccinator е единствен мускул кој е прекриен со фасција (*fascia buccopharyngea*). Се протега од предната ивица на ждрелото до комисурата на усните. Површната страна му е скриена со рамусот на мандибулата и *corpus adiposum buccae*. Длабоката страна одговара на слузокожата на образот. Задната страна одговара на *m. constrictor pharyngis sup.-pars buccopharyngea*. Мускулното тело на букцинаторот го пробиваат *ductus parotideus* и *n. buccalis*. Се припојува назад на *processus alveolaris maxillae* над моларите, *raphe pterygomandibularis* и *sulcus buccinatorius* до-напред до комисурата на усните.

Инервацијата е преку *rr. buccales n. facialis*. Дејствува со повлекување на комисурата према назад и надвор и ја зголемува *rima oris*. Кога мускулот е притиснат према надвор со воздух или надувани образи ја потискува содржината на усната празнина према надвор или назад. Ако е исполнета со воздух контракцијата го истиснува према надвор (при свиркање и дупање и затоа е развиен кај дувачи на стакло и инструменти). Ја потиснува и храната од *vestibulum oris* према усната празнина и меѓу забите. Делува и при цицање со затегање на слузоксжата на образот за да не се повреди. Како мимичен ја повлекува комисурата надвор и дава изглед на иронија.

M. mentalis е парен мускул кој се протега од *sulcus mentolabialis* до долната ивица на брадата.

Инервацијата е од *ramus marginalis mandibulae n. facialis*. Дејствува со подигање на меката кожа на брадата и ја затега. Често со својот тонус прави "вдлабнатина на брадата".



Сл. 3.- Приказ на мускулите на усната

Лимфен систем на глава и врат

Во случаите на карцином на долна усна тешко е да се замисли дека туморот започнал и останал локализиран на едно ограничено подрачје поради богатството и континуитет на лимфна

мрежа во оваа регија. Исто така ако и тумурот започнал на едно место не е сигурно дека неговите клетки ќе се множат само на тоа место и нема да преминат по крвен и лимфен пат во околината. Поради одобрената функција на ретикулоендотелниот систем кој претставува главно бариера против ширење на процесот, се појавува и гледиштето дали принципиелно треба да се отстранат и лимфните жлезди во кои макроскопски не се докажани метастази при радикална блок дисекција.

Уште *Küttner* дал опис на анатомијата на лимфните жлезди на вратот во 1898 година. Според *Lingeman* (32) *Bartles* во областа на главата ги нашол следниве групи жазли:

Nodi occipitales ги има 1-2 жазли кај новороденче, а кај возрасни не се редовна појава. Се влеваат во длабоките лимфни жазли, а лежат на тетивата која ги спојува *m. trapezius* и *m. sternocleidomastoideus*.

Nodi auriculares ant., post., mastoidei или *retroauriculares et inf.* Кај новороденче се 1-2, а кај возрасни само во исклучителни случаи. Се излеваат во горни длабоки цервикални жазли.

Nodi preauriculares се 1-2 жазли кај новороденче, а исто така и кај возрасни. Се влеваат во *nodi parotidei*. *Nodi auriculares inf.* се кај новороденче како 1-3 жазла во површинскиот слој на паротидата.

Nodi parotidei ги има *superficiales* и *profundi*.

Nodi buccinatorii (faciales) со 1 или повеќе ситни јазли. Се делат на инфраорбитални, букцинаторни и супрамандибуларни.

N. submandibulares ги има предни, средни и задни и тоа по еден или повеќе.

Nodi submentales ги има горни 1-2 долни 0-2. Лимфата од нив иде во субмандибуларните и цервикални јазли.

Nodi linguales се 1-2 и лежат на *m. hyoglossus*.

Цервикалните јазли се површини и длабоки. Површините се во близина на аголот на мандибулата и *v. jugularis ext.* Ги има 2-4 (4-6). Лимфата од нив иде во длабоките цервикални јазли. Длабоките се долни и горни. Горните се медиални и латерални. Медијални се во *trigonum caroticum*, а латералните во триаголник меѓу *m. omohyoideus*, *m. trapezius* и *m. sternocleidomastoideus*. Долните се медијални (меѓу два почетока на стерноклеидомастоидниот мускул) и латерални (позади него). Лимфата од цервикалните јазли оди во *nodi jugurales*.

Според *Hemprich* (21) *Crile* дал опис на првата дисекција на врат во 1905 год. Во седумдесетите години се појавуваат автори со предлози за помалку радикална интервенција со превенција на *v. jugularis int.*, *m. sternocleidomastoideus*, *n. accessorius* за да се овозможи покомфорен зафат за пациентот со ист терапевтски ефект. Постојат и спротивни ставови дали е потребно во услови на понапред-

Предканцерозни состојби

Многу често на карциномот на долната усна му претходат предканцерозни состојби. За најчеста предканцероза се смета леукоплакија.

Leukoplacia е патолошко орожнување на слuzницата и преодниот епител. Во почетокот се манифестира како белкасто заматување на слuzницата која со времето е се поизразено и со промена на површинскиот релјеф кој станува неправилен. Не дава субјективни симптоми. Причини за леукоплакија се најчесто егзогено-иритативни фактори и се предизвикува со хронични механички, хемиски, токсични и термички дејства. Покасно преминува во рагада, а некогаш и улцерација. Патохистолошки има промени од тип на дисплазија.

Corni cutaneum е преканцероза која најчесто се развива од сенилна кератоза, но и на база на брадавици и разни цитатрикси. Тоа е тврда,дебела наслага на орожена супстанца со епителна пролиферација. Варира од неколку милиметра до 1 см. Има облик на испапчување со цилиндричен облик или во облик на рог (*cornu*). Според Штајнер (49) по *Montgomery* во 14% случаи малигнизира.

Keratoakhanoma е преканцероза која клинички се манифестира како малигна, а и хистолошки може да се најде истиот наод, но нема особини на малигнен тумор. Се појавува како јазлеста форма која брзо се развива. За неколку недели може да нарасне до големина на зрно на грашок или цреша. Полукружниот

јазол во центарот брзо се вдлабнува, а кратерастата вдлабнатина се исполнува со орожени маси. На издигнатиот раб чести се телеангектази. Честа е и спонтана регресија. Нема субјективни тегобии. Брзо расте и за 4-8 недели може да достигне 2 см. После ова може спонтано да се повлече (затоа се нарекува: *self healing carcinoma*). Како што наведува Штајнер (49) по *Ackerman, del Regato* и *Spiut* го има во четири типа актинички, мултиплен, ерупционен и гигантски. Никогаш не рецидивира и не дава метастази. Се смета дека настанува под влијание на сончево зрачење или под дејство на вируси.

Други предканцерозни состојби се: *lichen ruber planus, cheilitis chr., keratoma senile*, перзистирачки фисури, рагади, *lues* и др.

Симптоматологија на карциномот на долната усна

Први симптоми на карциномот на долната усна се забелување во облик на јазолче, беал флека, улкус, фисура или брадавица. Обично се локализирани, перзистираат во подолг период и растат спореди не метастазираат рано. Обично се забележува од страна на лекарот, а во повеќе случаи и од самиот пациент. Раната дијагноза и применетите методи на лечење се

се услов за добри резултати. Лезии поголеми од 2 см, лезии на горна усна и комусираат се со полоша прогноза. Исто така слабо диференцирани и појава на вретенести клетки имаат поголема агресивност и се шират по лимфните јазли. При испитување на една серија пациенти според *Bailey* (2) по *Creely* најдена е во 6% *hypoesthesia*. Ако се јави хипоестезија или болка пожелно е да се испита дали постои проширување на туморот перинеурално. Со секое задоцнување на терапијата доаѓа до рестриктивен често и неестетски постоперативен цикатрикс што може да е од голем значај за емоционалната и функционалната состојба на пациентот. Ширењето на карциномот на долната усна е најчесто на субменталните, субмандибуларните и горните длабоки вратни лимфни јазли. Палпабилни лимфни јазли се во 6-8% случаи. Најчести се субмандибуларните во 38% случаи, субменталните во 8% и во горен југуларен регион 8%. Смртта настапува поради сепса, *toxemia*, *bronchopneumonia* и потполно пропаѓање на афектираните лимфни јазли.

Макроскопски се јавува во следните облици: папиларен, нодуларен, улцеративен, цистички, мултипли, дифузен или прстенест (стриктури). Патохистолошки се среќава најчесто како планоцелуларен (91-94% според *Bailey* (2) по *Keller* и поголем дел се добро диференцирани. Во останатите облици се среќава како адено, базо и базопланоцелуларен карцином. Според *Bailey* (2) по *Bernier*, *Creely Cross* по класификацијата на *Broders* се 85-86% I или II стадиум, а само 5% се слабодиференцирани. Во една серија е најден *carcinoma in situ* кај 12% пациенти со леукоплакична промена (според *Bailey* (2) по *Paletta*). Сенилна егзостоза

според *Bailey* (2) по *Bernier* е приметена во 83% случаи кога средна возраст на испитаните беше 37 год. Клетките во туморот трпат морфолошки и функционални промени и истите не ги следат нормалните механизми на регулација на растење и се нарекуваат трансформирани клетки. Настануваат низа промени од структурни во плазматичната мембрана до хромозомски аберации, со промени во бројот на гените. Во плазматичната мембрана има промени во позицијата на олигосахаридите. Зголемена е електронегативноста, електрофоретската покретливост, пропустливоста на интрацелуларните молекули и јони, смалено е интрацелуларното "комуницирање" и има експресија на тумор специфични неоантигени и тумор-придружни антигени. Со губење на целуларната адхезија доаѓа до васкуларно расејување и метастази. Кај овие клетки е зголемена митозата. Трансформираниите клетки немаат ограничен животен век и по се изгледа дека се бесмртни.

Дијагноза на карциномот на долната усна

Покрај клиничките симптоми за одредување на туморот од дијагностички методи се користи најчесто биопсијата по класични принципи т.е. да е со доволна големина и да е на спој на нормално и променето ткиво. Таа е најчесто користена метода поради пристапноста на регијата. Најсигурно е да се изврши патохистолошко испитување и најдобро е да се изврши *ex tempore*, бидејќи при тоа има најмали можности за ширење на малигномот.

Доколку постојат палпаторно осетливи лимфни јазли во пределот на вратот неопходно е да се направи цитолошка анализа на истите.

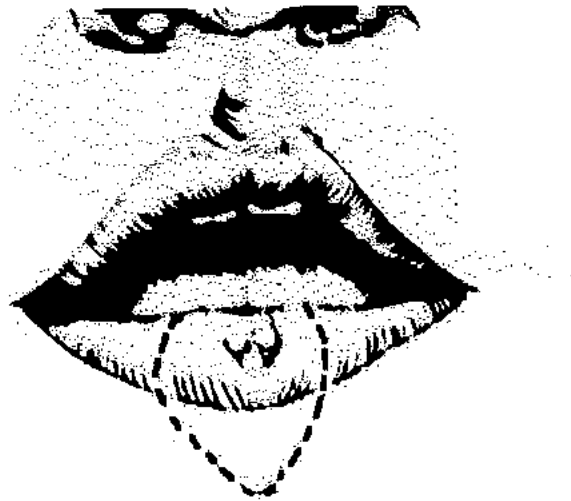
Терапија на карциномот на долната усна

За лечење на карциномите на долна усна се користат хируршката терапија, зрачењето, комбинираниот третман (хируршка терапија и зрачење). Секоја од овие методи има свои предности и недостатоци во однос на другата. Од досегашните испитувања неможе со сигурност да се укаже на предноста на едната метода во однос на другата. Третманот на заболувањето зависи од големината и местоположбата на карциномот, пристапноста на подрачјето за оперативен зафат, можноста за реконструкција и општата здравствена состојба на пациентот. При хируршки третман треба да се пази на добро репарирање на усните со одржување на моторната и сензорната функција, осигурување на добра акција на сфинктерите, ретенција или реконструкција на длабокиот лабијален сулкус, избегнување на забележлива дискрепанца меѓу горната и долната усна и пласирање на реконструктивните цикатрикси на естетски прифатливи места. Олеснителна околност е што гилкоста и масата на ткивото на долната усна дозволуваат флексибилност во манипулација со структурата и добра ексцизија на туморот и реконструкција. Според Macintosh (23) по

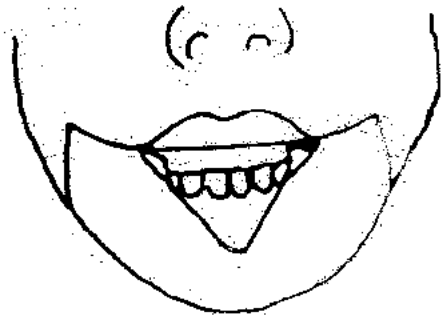
Jesse, Hofer и *Zisser* хируршката терапија е со одредена предност во однос на радиолошката. Совладувањето на техниката на директно затворање и приближување на рабовите и овозможување на директно затворање е супериорен проблем во хируршкиот пристап.

Приказ на најчесто користени хируршки методи при третманот на карциномот на долната усна

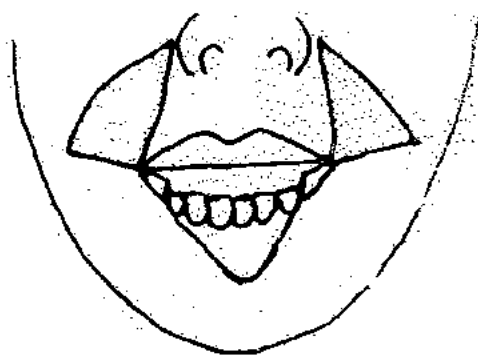
Метод на триангуларна ексцизија.



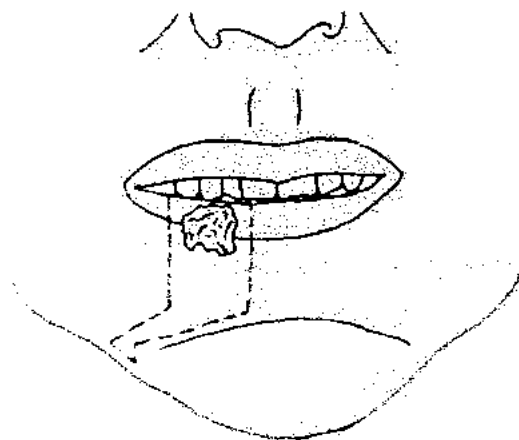
Метод по *Dieffenbach* (1845 година)



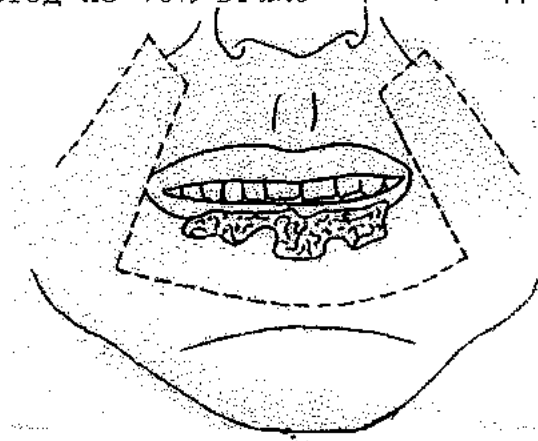
Метод по *Bernard* (1853 година)



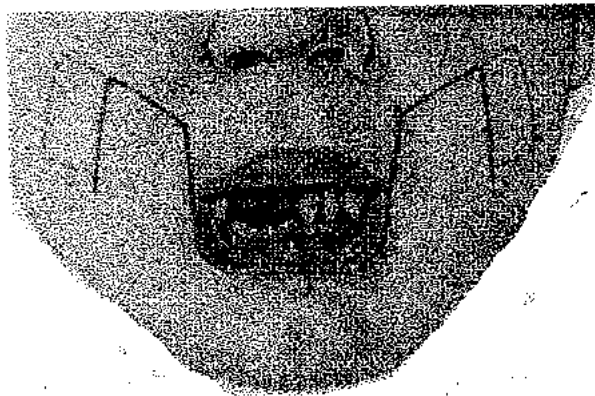
Метод по *Virrow* (1855 година)



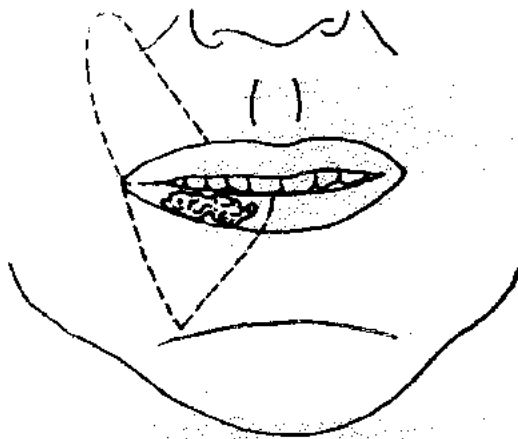
Метод по *Von Bruns* (1859 година)



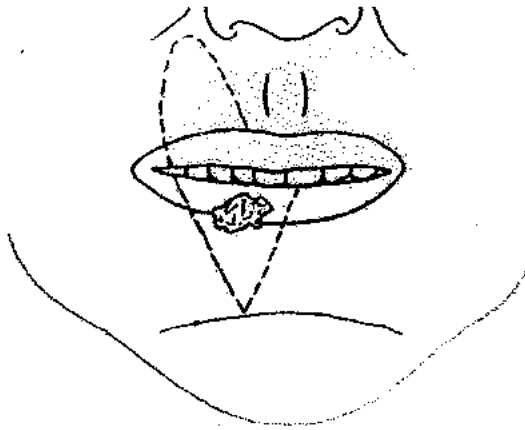
Метод по *Szymanowski* (1870 година)



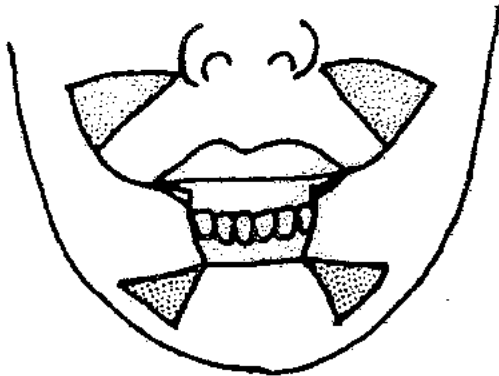
Метод по *Estlander* (1872 година)



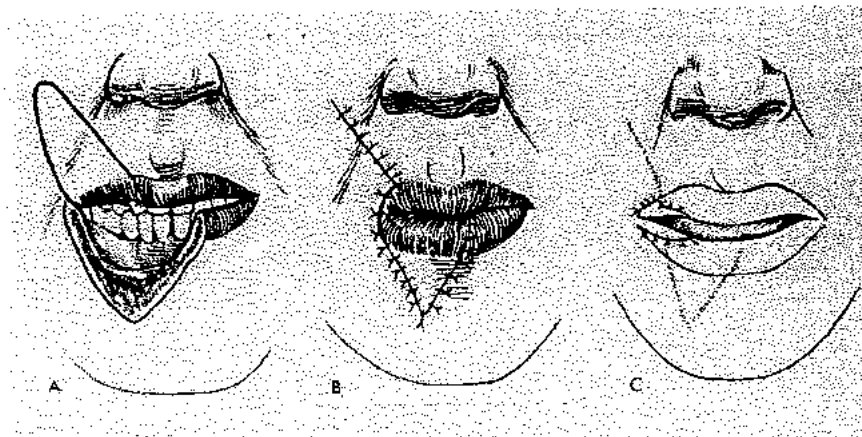
Метод по *Abbe* (1889 година)



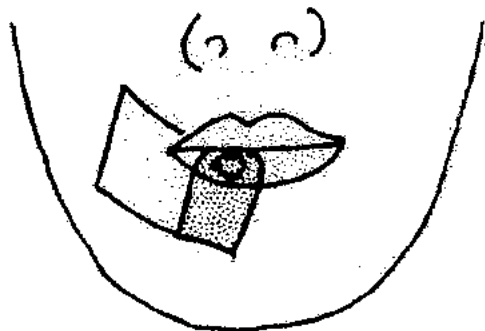
Метод по *Ginestet* (1946 година)



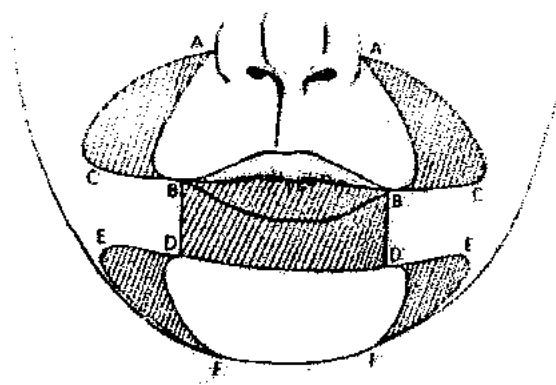
Метод по *Kazanijan* и *Converse* (1949 година)
(модификација на *Estlander*)



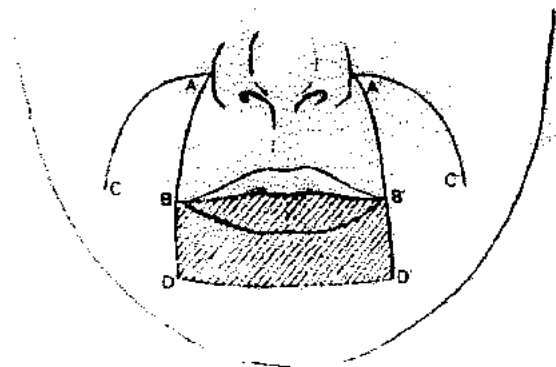
Метод по *Gillies* и *Millard* (1957 година)



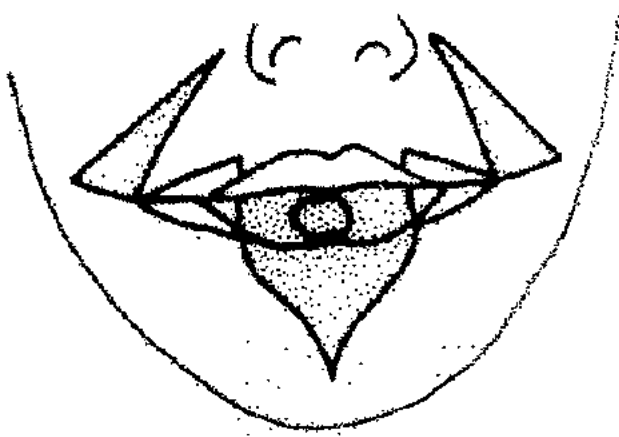
Метод по *Webster* (1960 година)



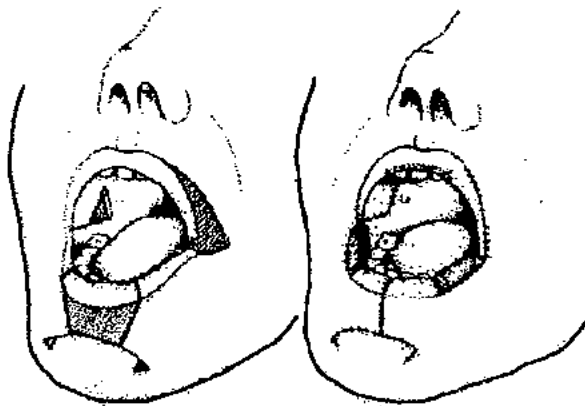
Метод по *Wang* (1967 година)



Метод по *Fries* (1971 година)



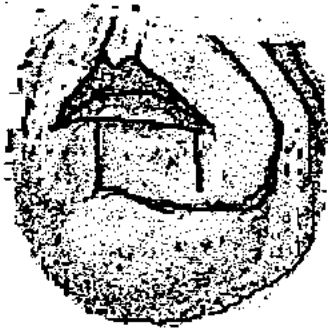
Метод по *Meуer* и *Shapiro* (1973 година)



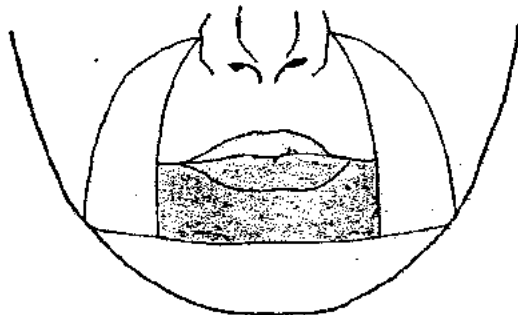
Метод по *Johanson* (1974 година)



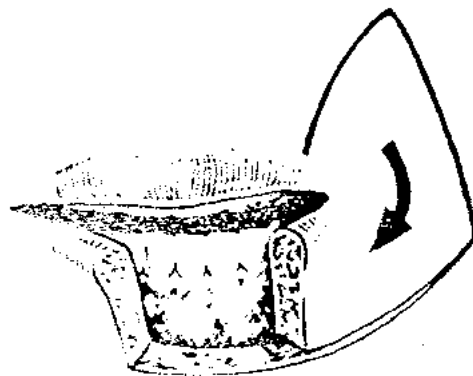
Метод по *Karapandžić* (1974 година)



Метод по *Fujimori* (1980 година)



Метод по *Mc Gregor* (1983 година)
(модификација на *Gillies*)



Класификација на карциномот на
долната усна

Приказ на најновата класификација на карциномот на
долната усна по *IUAC (International Union Against Cancer)*

Долна усна 140.1, Комисури 140.6

T_x - примарниот тумор не може да биде одреден

T_0 - нема евиденција на примарен тумор

T_{is} - *carcinoma in situ*

T_1 - тумор помал од 2 см

T_2 - големина од 2 - 4 см

T_3 - поголем од 4 см

T_4 - туморот продира во околните структури низ кортек-
сот на коската, јазикот и кожата на вратот

N_0 - нема палпаторно присуство на жлезди

N_1 - ипсилатерално поединачни поголеми од 3 см

N_2 - ипсилатерално поединачни поголеми од 3 до 6 см
ипсилатерално мултипли помали од 6 см

билатерално, контралатерално помали од 6 см

N_3 - поголеми од 6 см

M_0 - нема присуство на далечни метастази

M_1 - има далечни метастази

Ц Е Л Н А Т Р У Д О Т

Целта на трудот е да преку приказ на одреден број на случаи со карцином на долна усна третирани на нашата Клиника и на Институтот за радиологија и онкологија во периодот од 1981 - 1988 година со хируршки, радиолошки и комбиниран третман и споредба на резултатите во зависност од применетиот третман укаже на тоа дали постои значајна разлика во зависност од применетата терапија преку петогодишното преживување кај третманот на карциномите на долната усна.

Дадена е група на испитувани пациенти во периодот од 1981 до 1988 година на Клиниката за максилофацијална хирургија и Институтот за радиологија и онкологија во Скопје. Испитувани се групи од по 35 пациенти. Сите податоци се компјутерски обработени и направен е приказ по старост, пол, занимање, применет третман и петогодишно преживување после применетата терапија со цел да се покажат некои параметри и да истите се споредат со резултатите на другите клиници.

Во трудот извршена е компјутерска обработка на податоците и е даден приказ на резултатите со употреба на Колмогоров-Смирнов тест за покажување насигнификатноста во зависност од применетата терапија.

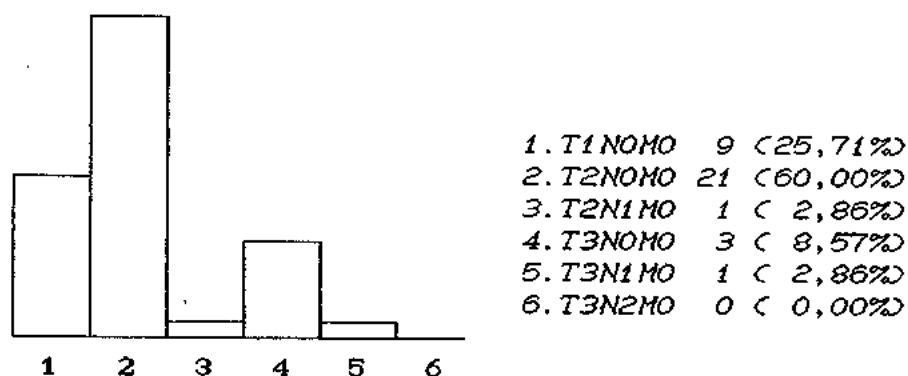
Со добиените резултати и нивната обработка цел е да се укаже на резултатите од самите групи споредени меѓусебно, а во исто време споредени и со резултатите на други центри за терапија на карциномот на долната усна.

МАТЕРИЈАЛ И МЕТОДИ

Во клиничкиот материјал испитувана е група на пациенти третирани на Клиниката за максилофацијална хирургија во Скопје и Институтот за радиологија и онкологија во Скопје во периодот од 1981 до 1988 година. Испитана е група од 105 пациенти од кои 35 беа третирани хируршки на Клиниката за максилофацијална хирургија, 35 со зрачна терапија на Институтот за радиологија и онкологија и преостанатите 35 хируршки и со зрачење на двете институции. Извршено е испитување после петогодишниот период од првата интервенција. Контролата на пациентите е извршена со повикување на нашата Клиника после поминат петогодишен период од првата применета терапија. Во исто време извршена е контрола на нивните здравствени истории, контролни прегледи, дополнителни интервенции во текот на петогодишен период, а истото е потврдено со анамнестичко испитување на самите пациенти. Кај умрените пациенти испитана е и потврдена причината за смртта. Сите утврдени параметри се табеларно и графички прикажани. Статистичката анализа е извршена со K-S тест.

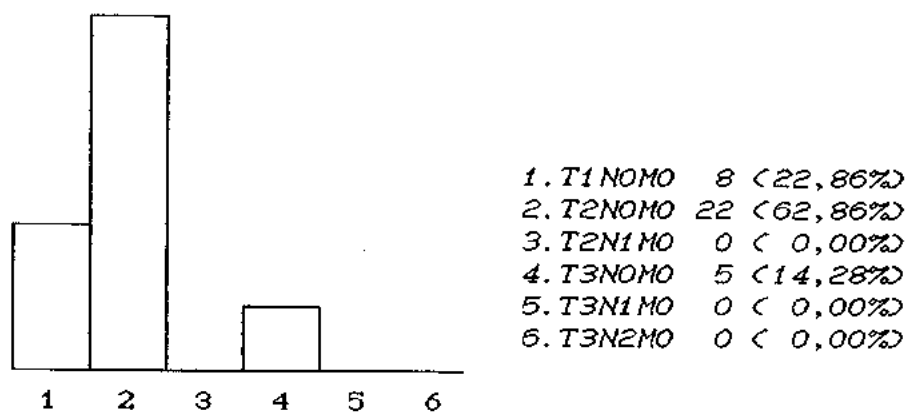
РЕЗУЛТАТИ

Во групата на оперирани пациенти по *TNM* класификација се класифицирани 35 пациенти: $T_1N_0M_0$ - 9 (25,71%); $T_2N_0M_0$ - 21 (60%); $T_2N_1M_0$ - 1 (2,86%); $T_3N_0M_0$ - 3 (8,57%); $T_3N_1M_0$ - 1 (2,86%). (види табела 1)



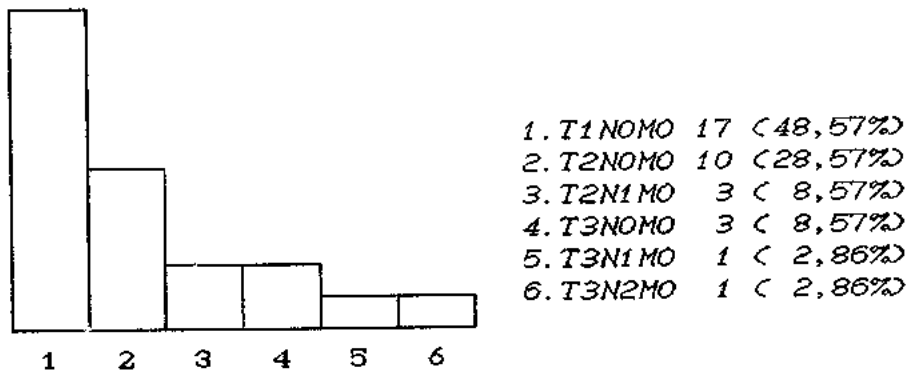
Табела 1

Во групата на зрачени пациенти по *TNM* класификација се класифицирани 35 пациенти: $T_1N_0M_0$ - 8 (22,86%); $T_2N_0M_0$ - 22 (62,86%); $T_3N_0M_0$ - 5 (14,28%); (види табела 2)



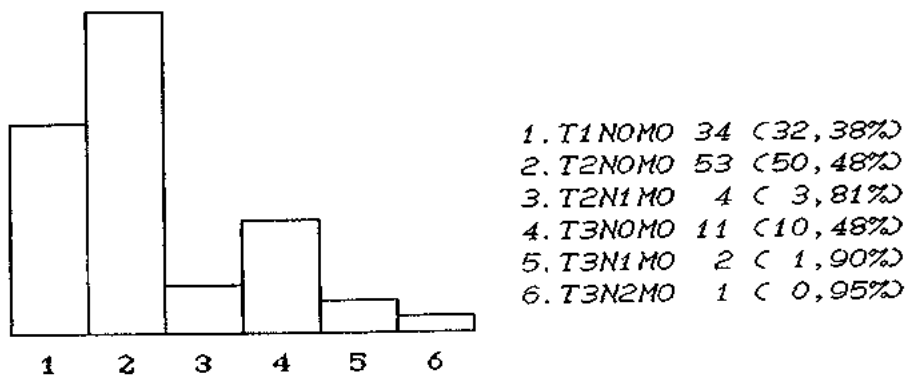
Табела 2

Во групата на комбинирано третирани пациенти по *TNM* класификација се класифицирани 35 пациенти: $T_1N_0M_0$ - 17 (48,57%); $T_2N_0M_0$ - 10 (28,57%); $T_3N_0M_0$ - 3 (8,57%); $T_3N_0M_0$ - 3 (8,57%); $T_3N_1M_0$ - 1 (2,86%); $T_3N_2M_0$ - 1 (2,86%); (види табела 3)



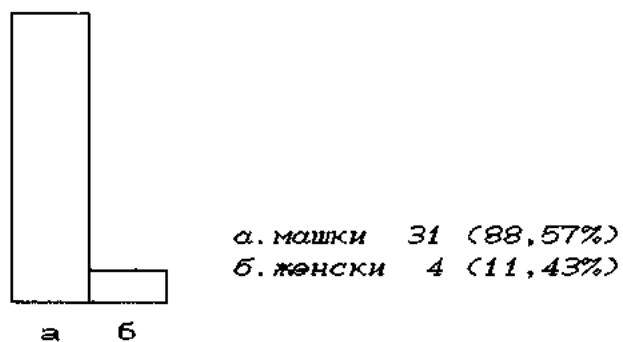
Табела 3

Од вкупно третираните пациенти по *TNM* класификација се класифицирани 105 пациенти: $T_1N_0M_0$ - 34 (32,38%); $T_2N_0M_0$ - 53 (50,48%); $T_2N_1M_0$ - 4 (3,81%); $T_3N_0M_0$ - 11 (10,48%); $T_3N_1M_0$ - 2 (1,90%); $T_3N_2M_0$ - 1 (0,95%) (види табела 4).



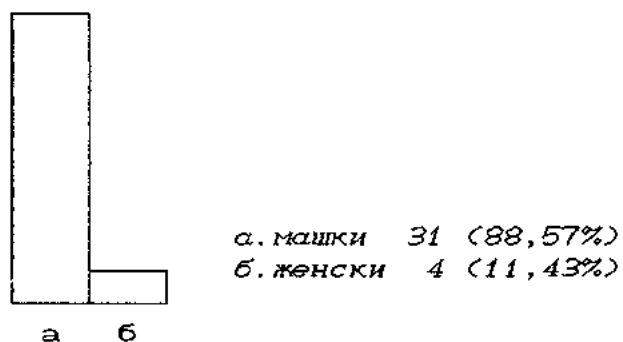
Табела 4

Од вкупно 35 хируршки третирани пациенти од машки пол беа 31 (88,57%), а женски 4 (11,43%) (види табела 5).



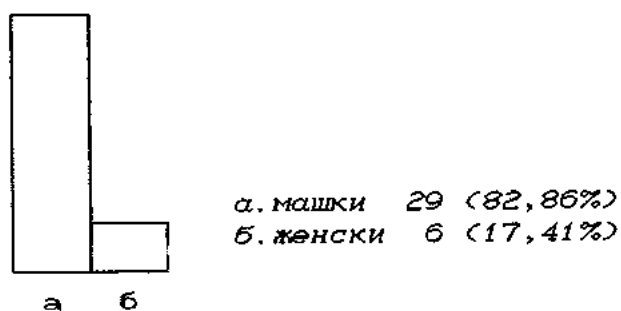
Табела 5

Од вкупно 35 зрачени пациенти машки беа 31 (88,57%), а женски 4 (11,43%) (види табела 6).



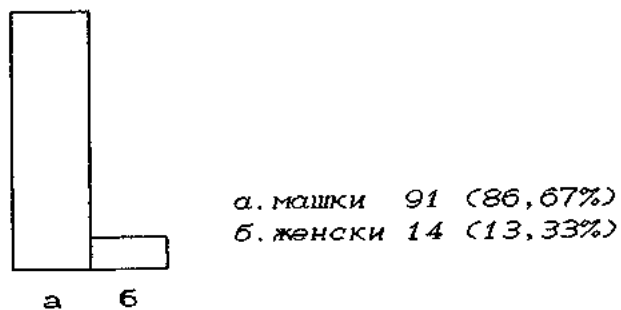
Табела 6

Од вкупно 35 комбинирани третирани пациенти од машки пол беа 29 (82,86%), а женски 6 (17,41%) (види табела 7).



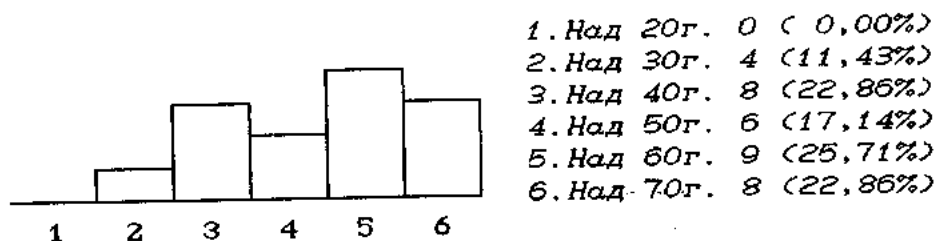
Табела 7

Од вкупно 105 третирани пациенти од машки пол беа 91 (86,67%), а женски 14 (13,33%) (види табела 8).



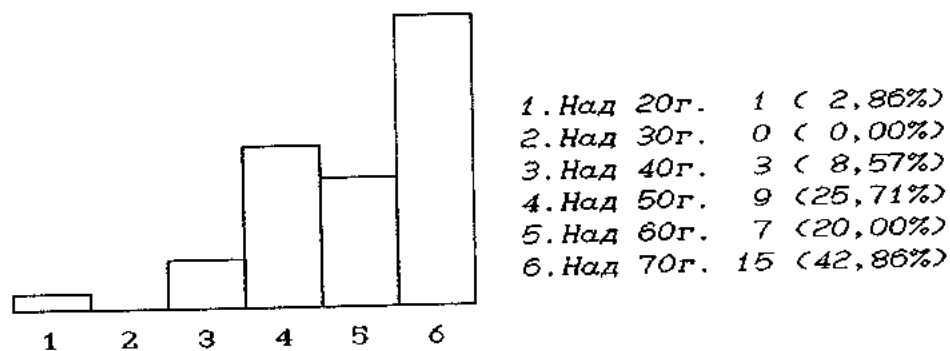
Табела 8

Од вкупно 35 хируршки третирани пациенти по однос на возраста беа: од 30 - 39 год. - 4 (11,43%); од 40-49 год. - 8 (22,86%); од 50-59 год. - 6 (17,14%); од 60-69 год. - 9 (25,71%); и над 70 год. - 8 (22,86%) (види табела 9).



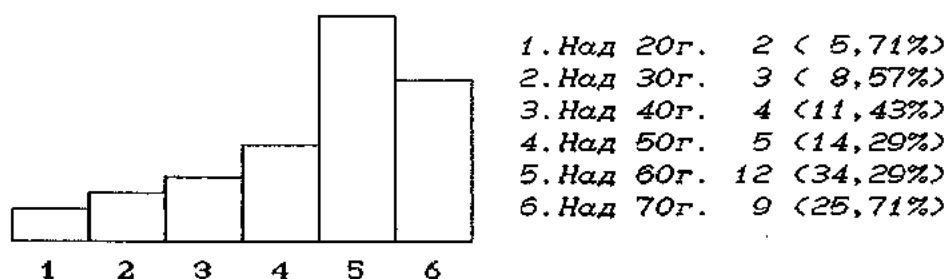
Табела 9

Од вкупно 35 зрачени пациенти по однос на возраста беа: 20 - 29 год. - 1 (2,86%); од 40 - 49 год. - 3 (8,57%); од 50 - 59 год. - 9 (25,71%); од 60 - 69 год. - 7 (20%); над 70 год. - 15 (42,86%) (види табела 10).



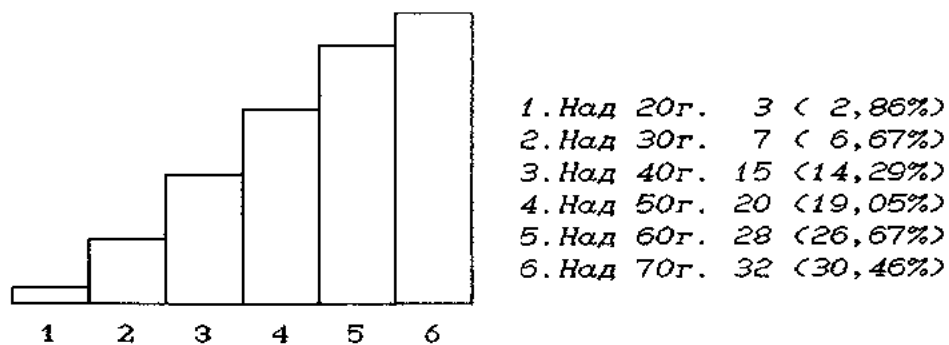
Табела 10

Од вкупно 35 комбинирани пациенти по однос на возраста беа: 20 - 29 год. - 2 (5,71%); 30 - 39 - 3 (8,57%); 40 - 49 год. - 4 (11,43%); 50 - 59 год. - 5 (14,29%); 60-69 год. - 12 (34,29%); над 70 год. - 9 (25,71%) (види табела 11).



Табела 11

Од вкупно третирани 105 пациенти по однос на возраста беа: 20-29 - 3 (2,86%); 30 - 39 год. - 7 (6,67%); 40 - 49 год. - 15 (14,29%); 50-59 год. - 20 (19,05%); 60 - 69 год. - 28 (26,67%); над 70 год. 32 (30,46%) (види табела 12).



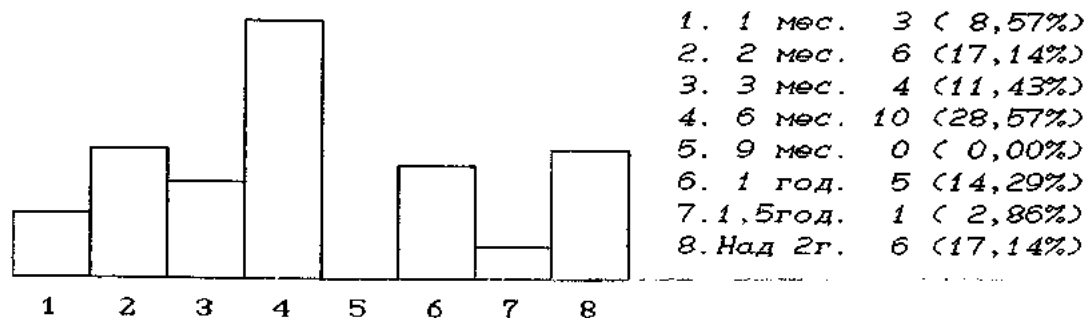
Табела 12

Од вкупно третирани 105 пациенти по однос на занимање беа: земјоделци 27 (25,1%); работници - 23 (21,90%); службеници - 3 (2,86%); домаќинки - 13 (12,38%); пензионери - 29 (27,62%) и други - 10 (9,53%) (види табела 13.)



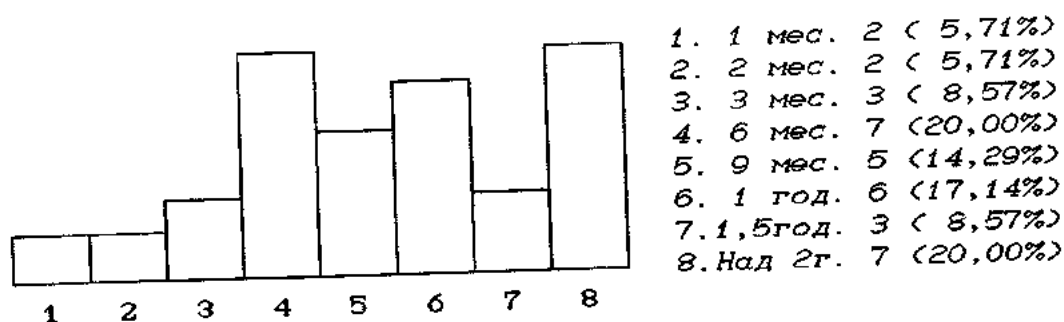
Табела 13

По однос на време од појава до интервенција кај хируршката група од 35 третирани пациенти извршена е следната класификација: 1 месец - 3 (8,57%); 2 месеци - 6 (17,14%); 3 месеци - 4 (11,43%); 6 месеци - 10 (28,57%); 1 година - 5 (14,29%); 1,5 год. - 1 (2,86%); 2 години и повеќе - 6 (17,14%) (види табела 14).



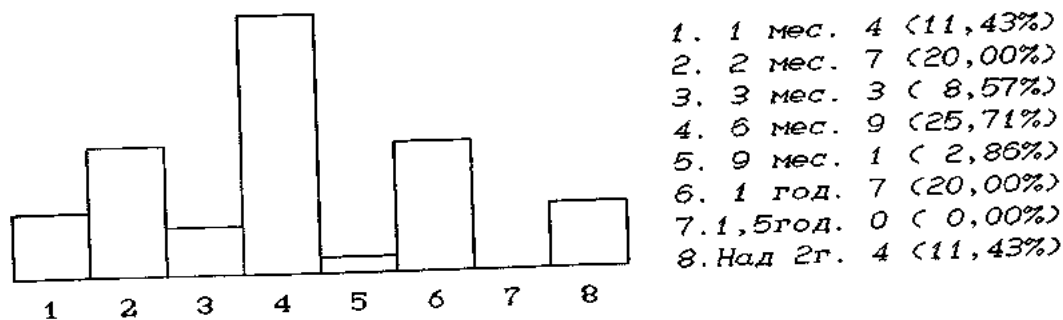
Табела 14

По однос на време од појава до интервенција кај зрачената група од 35 третирани пациенти извршена е следната класификација: 1 месец - 2 (5,71%); 2 месеци - 2 (5,71%); 3 месеци - 3 (8,57%); 6 месеци - 7 (20%); 9 месеци - 5 (14,29%); 1 година - 6 (17,14%); 1,5 година - 3 (8,57%); 2 години и повеќе - 7 (20%) (види табела 15).



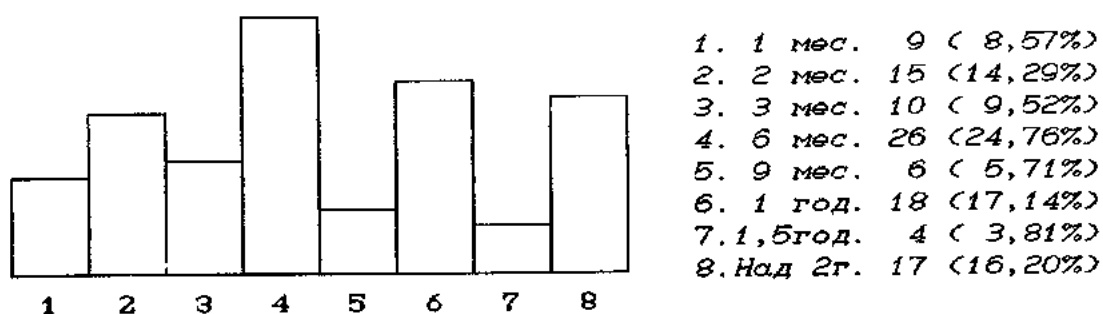
Табела 15

По однос на време од појава од интервенција кај комбинирано третираната група од 35 пациенти извршена е следната класификација: 1 месец - 4 (11,43%); 2 месеци - 7 (20%); 3 месеци - 3 (8,57%); 6 месеци - 9 (25,71%); 9 месеци - 1 (2,86%); 1 година - 7 (20%); над 2 години - 4 (11,43%) (види табела 16).



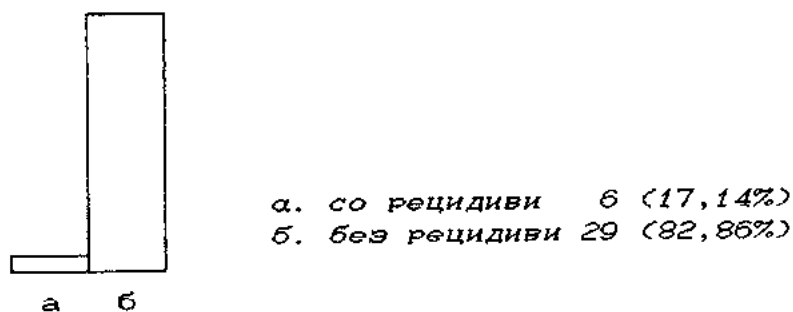
Табела 16

По однос на време од појава до интервенција вкупно кај групата од 105 пациенти извршена е следната класификација: 1 месец - 9 (8,57%); 2 месеци - 15 (14,29%); 3 месеци - 10 (9,52%); 6 месеци - 26 (24,76%); 9 месеци - 6 (5,71%); 1 година - 18 (17,14%); 1,5 год. - 4 (3,81%); и над 2 години - 17 (16,20%) (види табела 17).



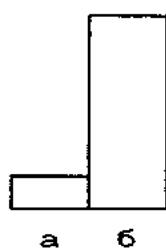
Табела 17

По однос на појавата на рецидиви кај хируршки третираната група од 35 пациенти појава на рецидиви имаше кај 6 пациенти (17,14%), а без појава на рецидиви беа 29 (82,86%) (види табела 18).



Табела 18

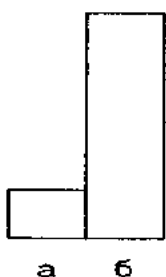
По однос на појавата на рецидиви кај радиолошки третираниот група од 35 пациенти појава на рецидиви имаше кај 8 (22,86%), а без појава на рецидиви беа 27 (77,14%) (види табела 19).



а. со рецидиви 8 (22,86%)
б. без рецидиви 27 (77,14%)

Табела 19

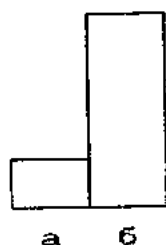
По однос на појавата на рецидиви кај комбинирано третираната група од 35 пациенти појава на рецидиви имаше кај 7 (20%), а без појава на рецидиви беа 28 (80%) (види табела 20)



а. со рецидиви 7 (20,00%)
б. без рецидиви 28 (80,00%)

Табела 20

Од вкупно третираните 105 пациенти појава на рецидиви е применета кај 21 (20%), а без појава на рецидиви беа 84 (80%) (види табела 21).



а. со рецидиви 21 (20,00%)
б. без рецидиви 84 (80,00%)

Табела 21

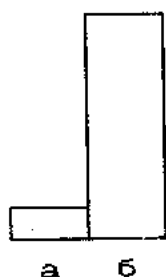
По однос на појава на метастази кај хируршки третираната група од 35 пациенти појава на метастази имаше кај 3 (8,57%), а без метастази беа 32 (91,43%) (види табела 22)



а. со метастази 3 (8,57%)
б. без метастази 32 (91,43%)

Табела 22

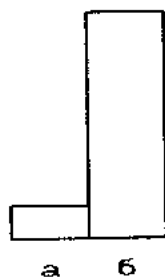
По однос на појава на метастази кај злучно третираната група од 35 пациенти појава на метастази имаше кај 4 (11,43%), а без метастази беа 31 (88,57%) (види табела 23).



а. со метастази 4 (11,43%)
б. без метастази 31 (88,57%)

Табела 23

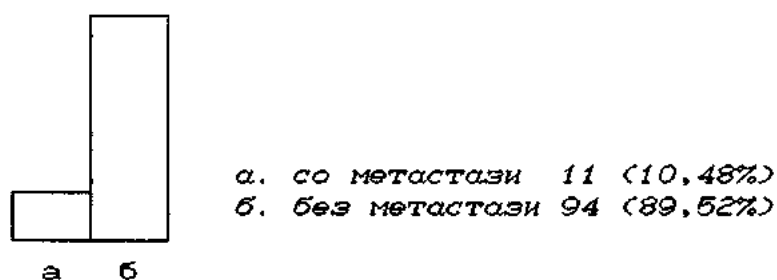
По однос на комбинирано третираната група од 35 пациенти појава на метастази имаше кај 4 (11,43%), а без метастази беа 31 (88,57%) (види табела 24)



а. со метастази 4 (11,43%)
б. без метастази 31 (88,57%)

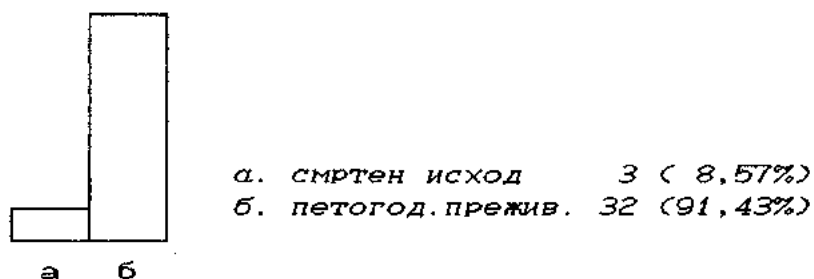
Табела 24

Од вкупно третираните 105 пациенти појава на метастази имаше кај 11 (10,48%), а без метастази беа 94 (89,52%) (види табела 25).



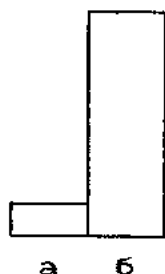
Табела 25

По однос на петогодишното преживување кај хируршката група од 35 пациенти петогодишно преживување е постигнато кај 32 (91,43%), а смрт се појави кај 3 (8,57%) (види табела 26).



Табела 26

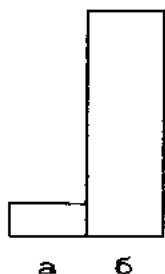
По однос на петогодишното преживување кај зрачената група од 35 пациенти петогодишно преживување е постигнато кај 31 (88,57%), а смрт се појави кај 4 (11,43%) (види табела 27).



а. смртен исход 4 (11,43%)
б. петогод. прежи. 31 (88,57%)

Табела 27

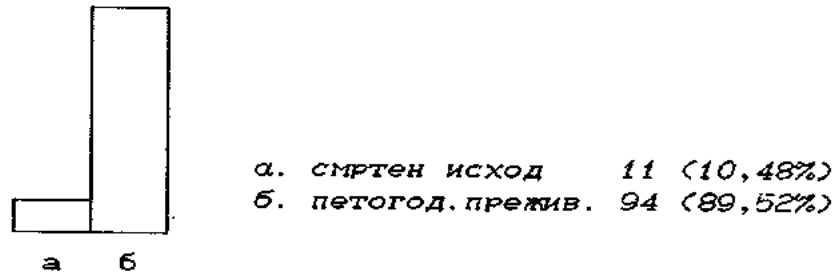
По однос на петогодишното преживување кај комбинирано третираната група од 35 пациенти петогодишно преживување е постигнато кај 31 (88,57%), а смрт се појави кај 4 (11,42%) (види табела 28)



а. смртен исход 4 (11,43%)
б. петогод. прежив. 31 (88,57%)

Табела 28

По однос на петогодишното преживување кај вкупно сите лечени пациенти петогодишно преживување е постигнато кај 94 (89,52%), а смрт се појави кај 11 (10,48%) (види табела 29).



Табела 29

ДИСКУСИЈА

Од вкупно испитуваните пациенти на нашиот клинички материјал се гледа дека по *TNM* класификација доминираат пациенти од групата $T_2N_0M_0$ и тоа вкупно 50,48%. Останатите беа распоредени по следниот редослед: $T_1N_0M_0$ вкупно 32,38% пациенти, потоа $T_3N_0M_0$ - 10,48% пациенти, $T_3N_1M_0$ 1,90% пациенти и $T_3N_2M_0$ 0,95% пациенти.

Од вкупно испитуваните 105 пациенти од машки пол беа 86,67% пациенти, а од женски пол 13,33%. Од ова се гледа дека карциномот на оваа локализација доминира кај машкиот пол. По *Langdon (31) Waterhouse* карциномот на долната усна е 18,5% од сите карциноми на оралната празнина кај мажи, а 3,6% кај жени. По *Jorgensen* е 30 пати почест кај мажи. Према *Cameron (7)* овој однос е 50:1. Односот кај разни автори варира од 10:1 до 50:1.

Најчесто карциномот на долната усна се јавува кај пациенти кои ја преминале шестата декада од животот. Ова се гледа и од нашите резултати. Најчеста застапена возрасна група е над 70 години - 30,48%, потоа од 60-69 години - 26,67%, 40 - 49 години - 14,29%, 50 - 59 години - 10,05%, 30 - 39 години - 6,77% и 20 - 29 години - 2,86%. Ова е потврдено од сите автори кои ја проучуваат возрасата на оболените. По испитувањата

на *Chester W. Douglass* (10) и соработниците застапеноста на карциномот на долна усна кај пациентите кои имаат над 80 години е 31,3 на 100.000 жители (кај мажи) додека вкупната застапеност кај машки белци е 3,9 на 100.000 жители. Према *Keith S. Heller* (20) и соработниците најзастапена возраст е после 60-та година. По *Langdon* и *Henk* (31) просечна старост е 65 години кај мажи, 69 години кај жени. По *Ashley* и *Cross* (1) просечна старост е 61-62 години.

Од вкупно испитуваните 105 пациенти најчесто беа застапени пензионерите 27,62%, а потоа земјоделците 25,1%, работници 21,90%, домаќинки 12,38, службеници 2,86 и други 9,52%. Карциномот на долната усна почесто се јавува кај пациенти кои се по занимање земјоделци или работат на надворешни услови и се изложени на сончево зрачење. Според *Bailey* (2) по *Bernier* и *Clark* 72% од пациентите се во јужните делови на САД (јужно од 40° паралела). Према *Douglass* (10) по *Lindqvist* и *Teppo* во Финска во 1960-1970 год. на селското население е застапен кај 7,2 на 100.000 жители, а кај градското население овој процент е 3,8 на 100.000 жители. Истото е потврдено и во други земји. Но со новите испитувања претходно поставените ставови да земјоделците и луѓе кои работат на надворешни услови и се изложени на сончево зрачење имаат почеста појава на карцином на долна усна се променети. Континуиран раст во овие подрачја не е регистриран по многу автори. Према *Douglass* (10) по *Lynch* во Северна Ирска карциномот на долната усна не е повеќе застапен кај рибарите во Њу Фоундленд од другото население во истата област. Према *Douglass* (10) ова е потврдено од *Szpak*, *Stone* и *Frenkel*. На нашиот клинички материјал сеуште превалира поја-

вата на поголема застапеност на карцином на долна усна кај луѓе кои се изложени на дејство на сончевото зрачење. Се смета дека со влијание на сончевото зрачење се губат еластичните влакна и има атрофија на масното и жлезданото ткиво без обзир на возраста. Изложеноста на сонцето делува поради недостаток на протективен пигмент кој штити до опсег од 3.000 Å. Усната е најизложена на максимална апсорпција на ултравиолетово зрачење. Машката усна е почесто изложена поради поголемата површина и вообичаено недостаток на заштитен слој (мажите не ставаат кармин). Ова се потврдува со пораст со карцином на долна усна кај жени во нации кои не употребуваат кармин.

По однос на пушењето ставовите не се јавно дефинирани. Овој фактор беше порано третиран како сигнификантен ризик во појавата на карцином на долна усна. Од повеќето испитувања произлегува дека две третини од пациентите со карцином на долна усна се пушачи. Но контролната студија во Њу Фаундленд покажа дека употребата на тутун (цигари, луле и жвакање на тутун) не е докажана како можен ризик фактор. Ова беше потврдено и во Јута (САД) каде инциденцијата на карцином на долна усна е највисока во Соединетите Американски Држави, а изнесува 12,4 на 100.000 мажи, а во истата држава кај испитувањето на мормонското население (по вера им е забрането пушење) овој процент беше ист како и кај немормонското население. Ако се проследи занимањето со изложеност на сончево зрачење и пушење постои повисок ризик од појава на карцином на долна усна од повеќе автори (просечно е 1,5:1 почест кај пушачи). По *Bailey* (2/ комбинацијата на светол

тен, занимање со изложеност на надворешни фактори е кај 90% од пациентите со карцином на долна усна. Други можни ризик фактор за појава на карциномот на долната усна се социјално економските услови према *Douglass* (10) по *Lindqvist* и *Teppo* во Финска е двапати почеста појава на карцином на долна усна во лоши социјални услови за живеење). Меѓу другите можни ризик фактор се и сифилис, лоша дентичија, херпес вирус, дефицит на меланин, *lupus erythaematodes discoides*, преканцерозни состојби, алкохол, жвакање бетелов орех и наса (растение што расте во СССР и Средна Азија). Сите овие фактори се испитани, но не се потврдени како ризик фактор за појава на карцином на долната усна.

По однос на време од појавата до интервенцијата кај вкупно испитаните 105 пациенти најчесто ова време изнесуваше 6 месеци кај 24,76% пациенти, а потоа 1 месец - 8,57%, 2 месеци - 14,29%, 3 месеци - 9,52%, 9 месеци - 5,71%, 1 година - 17,14%, 1,5 година - 3,81% и над 2 години - 16,19%.

По однос на појавата на рецидиви кај хируршки третираната група пациенти имаше рецидиви кај 17,14%, кај радиолошки третираните пациенти 22,86%, кај комбинирано третираните пациенти 20%, а вкупно кај целата група пациенти има појава на рецидиви во 20% случаи.

По однос на појавата на метастази кај хируршки третираната група пациенти имаше метастази во 8,57% случаи, кај радиолошки третираните пациенти метастази имаше кај 11,43% случаи, а во комбинирано третираната група во 11,43% случаи. Од вкупно

третираните 105 пациенти појава на метастази имаше кај 10,48% случаи.

По однос на петогодишното преживување тоа изнесува 91,43% кај хируршки третираните пациенти, а кај радиолошки и комбинирано третираните пациенти изнесува 88,57%. Вкупно кај сите третирани пациенти овој износ е 89,52%.

Сите оперирани, зрачени и комбинирано третирани пациенти беа споредени со правење на испитување по Колмогоров - Смирнов тест кој е еквивалентен на тестот со χ^2 , но се користи кога во една група или рубрика на распоредот на фреквенциите има 5 или помалку случаи.

На приложената табела се гледа дека кумулативно добиените фреквенции се 3 оперирани со смртен исход, 4 зрачени со смртен исход и 4 комбинирано третирани со смртен исход од секоја група од 35 пациенти.

Кумулативно релативни добиени фреквенции беа кај оперираните 0,086, кај зрачените 0,114 и кај комбинирано третираните 0,114 од 1,00.

D - ја претставува максималната разлика меѓу кумулативно добиени фреквенции (Kpd) и на неа соодветната кумулативно очекувана пропорција (Kpo), односно релативни фреквенции.

$$D = (Kpd - Kpo) \text{ максимално}$$

$$p = 0,05 - \text{ниво на сигнификантност.}$$

КОЛМОГОРОВ-СМИРНОВ ТЕСТ

ВИД <i>ТН</i>	результат на <i>ТН</i>		Σ
	смртен исход	непогодливо преживување	
Оперирани	3	32	35 n_1
Зрачени	4	31	35 n_2
Комбинирано	4	31	35

Кумулирани добиени
фреквенции

Оперирани	3	35
Зрачени	4	35
Комбинирано	4	35

Кумулирани-релативни
добиени фреквенции

Оперирани	0,086	1,00
Зрачени	0,114	1,00
Комбинирано	0,114	1,00

$$D = 0,028^*)$$

$$p = 0,05$$

$$D_{\text{критично}} = 1,36 \cdot \sqrt{\frac{n_1 + n_2}{n_1 \cdot n_2}} = 1,36 \cdot \sqrt{\frac{35 + 35}{35 \cdot 35}}$$

$$= 1,36 \cdot 0,239 = 0,325$$

$$D_{\text{критично}} = 0,325$$

$$D = 0,028$$

$$0,028 < 0,325$$

$$NS = (\text{non signipicant})$$

*) Користена е таблица на критични вредности за D за два големи примероци заради поголема прецизност во споредба со таквата таблица за два примероци воопшто (Милошевиќ, 1975).









З А К Л У Ч О К

Од досега приложеното испитување на третираните пациенти на Клиниката за максилофацијална хирургија во Скопје и Институтот за радиологија и онкологија во Скопје во периодот од 1981 до 1988. година добиени се следните резултати:

Пациентите со карцином на долната усна најчесто се третираат во $T_1N_0M_0$ и $T_2N_0M_0$ вкупно 86 пациенти (82,86%).

Од вкупно 105 пациенти 91 (96,67%) беа од машки пол.

Најчесто се јавува над 60-годишна возраст. Вкупно 60 (57,15%).

Најчесто застапен период од појава до време на интервенција е од 3 до 6 месеци кај 36 (36,28%) пациенти.

Од вкупно 105 третирани пациенти појава на рецидиви приметена е кај 21 (20%).

Појава на метастази е приметена кај 11 пациенти (10,48%).

Петогодишно преживување е постигнато кај 91,43% од оперираните пациенти, а смртен исход кај 8,57%.

Петогодишно преживување е постигнато кај 88,57% зрачени пациенти, а смртен исход кај 11,43%.

Петогодишно преживување е постигнато кај 88,57% комбинирани третирани пациенти, а смртен исход кај 11,43%.

Од меѓусебното споредување извршено по Колмогоров - Смирнов тест (прикажан во претходната табела), добиен е резултат *non significant*. Тоа значи дека независно од применетата терапија се добиваат приближно подеднакви резултати во третманот на карциномот на долната усна и ни една од применетите терапии нема приоритет во однос на другата по параметарот петогодишно преживување.

Б И Б Л И О Г Р А Ф И Ј А

1. Ashley LF, Mc Connell VD, Machida R, et al
acomparison of five year Resulte sfter irradiation
and surgical therapy
Am. J. Surg, 1965, 110: 549-51

2. Bailey JB
Managment of carcinoma of the lip
Laryngoscope, 1977, 87:2, 250-60

3. Barlović M.
Kirusko liječenje karcinoma usnice
Chirurgia Maxillofacialis et plastica, 1967, 6, 23-30

4. Benedeti A.
Tretiranje na karcinomi na dolnata usna niz našiot klinički
materijal.
5. Sobir na stomatoložite od Makedonija (Apstrakti)
Dojran: Stomatološka sekcija pri SZLM, 1987:232

5. Burck KB, Liu ET, Larrick JW
Oncogenes
Springer Verlag New Jork Inc. 1988

6. Brufau C, Cantares M, Armijo M
Our experience in the surgical treatment of cancer and precancerous lesions of the lower lip
J. Dermatol. Surg. Oncol. 1985, 11:9, 908-12
7. Cameron MS, Baikadi M, Janaki ML
An intraoral-extraoral radition carrier for tumors of the lip
J Prosthetic Dentistry, 1984, 51:1, 70-74
8. Curioni C, Quadu G.
Clinical trial of intra-arterial polychemotherapy in the tretment of carcinoma of the oral cavity
J Max-fac. Surg, 1978, 6, 207-16
9. Danlan CP Radiation therapy of lesions of the oral cavity
in: Archer H. eds.
Oral and maxillofacial surgery, II
5th edition: Philadelphia: WB Saunders Co, 1975:1806-1830
10. Douglass WC, Gammon DM
Reassessing the epidemiology of lip canser
Oral. Surg, 1984, 57:631-42
11. Fries R.
Advantages of a Basic Concept Lip Reconstruction after Tumour Resection
J. Max-fac. Surg. 1973 1 : 13-18

12. Fries R, Platz H, Wasner RR et al
Carcinoma of the oral cavity: on the prognostic
Significance of the primary tumor site (by organs)
in the oral cavity
J Max-fac Surg 1980: 8: 25-37

13. Fries R, Grabner H, Leijhanec J et al.
TNM-Classification of carcinomas of the oral cavity
Efficacy of clinically available data(TN)
J Max-fac Surg 1976: 238-41

14. Fujimori R
Fujimori R.
"Gate Flap" for the total reconstruction of the lower lip
British J. Plast, Surg: 1980: 33:340-345

15. Gaisford JI.
The surgical treatment of oral malignant diseases and
their cervical metastases in: Archer H. eds. Oral and
maxillofacial surgery, II
5th edition. Philadelphia: WB Saunders Co, 1975:1979-1805

16. Gooris JJP, Worthington P, Evans RJ
Mandibulotomy: a surgical approach to oral and
pharyngeal lesions
Int. J. Oral Maxillofac. Surg. 1989:18-359-64

17. Getman II, Driszak IV, Skibenko VN
Cancer of the lower lip and results of its treatment
Vopr. Oncol: 1969: 25 (10) 59-60

18. Mc Geregor AJ
Reconstruction of the lower lip
British J. Plast Surg: 1983: 36:40-47

19. Gorlin RJ, Goldman HM
Thoma's Oral Patology I
6th edition, St. Luis: Cv Mosby Co, 1970: 826-9

20. Heller SK, hah PJ
Carcinoma of the lip
Am. J. Surg: 1979: 138 (4), 600-3

21. Hemprich A. Müller RP
Long-term results in treting squamous cell carcinoma of
the lip, oral cavity and oropharynx
J Max-fac Surg: 1989: 18, 39-42

22. Higs AS
Tobacco teabegs (letter)
B.J. Dent: 1985: 119, 158 (2) - 38-9

23. Mac Intosh BR
Sliding block resection and reconstruction on cases
of carcinoma of the lower lip
J Oral Surg 1980: 38: 417-423

24. Ioannides C, Fossion E,
Nasolabial flap for the reconstruction of defects
of the floor of the mouth
Int. J. Oral. Maxillofac. Surg. 1991; 20: 40-43

25. IUAC
Klinička onkologija (jugoslovensko izdanje - Šimes Spa-
venti, Ivo Padovan, Prdrag Keros)
IIed Jugosl. Med. Naklada
Zagreb, 1981, 141-144

26. IUAC
TNM Atlas Third Edition Corrected Reprint. 1990
Springer Verlag 11-20, p2.

27. Johanson B, Aspelund E, Breine U, Holmström H
Surgical treatment of non-traumatic lowe lip lesions
with special reference to the step technique
Scand J Plast. Recon Surg: 1974: 8 (3) - 232-40

28. Krause C, Arbor A, Nysather J,
Current concepts of tumor immunology
J. Basic Immunologic Concepts.
Ann Otol 1977: 86: 698-702

29. Kronevski P. Vaskov I. Tudžarov T. Lazarevski S. Stojanović V.
TNM klasifikacija i nejzinata primena vo maksilofacijalnata
regija.
Maked Stomatol Pregl 1982; 6 (4): 397-403

30. Kronevski P, Vaskov I, Tudžarov T, Serafimova O,
Lazarevski S, Popovski V,
Prikaz slučajeva u rekonstrukciji labijalne komisure
8 Kongres Udruženja za plastičnu i maksilofacijalnu
hirurgiju Jugoslavije (Apstrakti) Portorož:
Udruženje za plastičnu i maksilofacijalnu hirurgiju
SLDJ, 1988: 101
31. Langdon DJ, Ord AR
The-surgical management of lip cancer
J Cranio-Max-Fac Surg: 1987: 15, 287-7
32. Lingeman R, Stephens R, Helmus C, Ulm J
Neck Dissection: Radical or Conservative
Ann Otol 1977: 86: 737-44
33. Matulić Z, Belotti I
Websterova metoda rekonstrukcija donje usne uz pregled
ostalih metoda
Chir. Maxillofac. Plast: 1984: 14/1, 13-18
34. Medicinska enciklopedija - Dopunski svezak
Jugoslovenski leksikografski zavod - Zagreb
1974: 142-148
35. Meyer R, Shapiro M
A technique for the immediate reconstruction of the
lower lip after ablation of tumour
Chir. Plastica: 1973: 2, 1-16

36. Miltényi L, Sallay A. Dézsi Z et al.
Ergebnisse der Strahlenbehandlung des Lippenkarzinoms
Strahlentherapie: 1979: 156 (3), 162-6
37. Modlin J,
Neck Dissections in cancer of the lower lip
Surgeru 1950: 28: 404-12
38. Müller H, Slootweg JP,
Mandibular Invasion by Oral Squamous Cell Carcinoma
J. Cranio-Max-Fac.Surg. 1990 18: 80-84
39. Nakajima T, Tokiwa N, Mogi K, Obata K
Primary recenstruction of defects in the upper and lower
lips following tumor excision.
Int J Oral Surg 1979: 8: 186-193
40. Naumov VP, Zamjaktin KK, Koljadov FN
Variations of primary plastic corection of post neoplastic
defect of the lower lip
Vestn. Khir: 1984: 8,123:5
41. Sakuda M, Hiurs S, Usui M et al.
Effect of a blemycin derivativ on oral carcinoma
int. J Oral Surg 1980: 9: 103-112
42. Schwärälđ M
Terapija karcinoma donje usnice roentgenovim zrakama
Chir. Maxillofac. Plast: 1967: 6:23-30

43. Serafimova O, Stojanović V, Naumovski S, Benedeti A
Prednosti na nazogastričnata sonda pred parenteralnata
ishrana kaj pacienti so karcinom vo usnata šuplina
5-ti Sobir na stomatoložite od Makedonija (Apstrakti)
Dojran: Stomaološka sekcija pri SZLM, 1987: 231
44. Stavrić Dj, Zografski Dj, Serafimova O, Vasilevski B
Mesto i uloga citodijagnostike u planiranju terapije
tumora maksilofacijalnog područja
7. Kongres Udruženja za plastičnu i maksilofacijalnu hirur-
giju Jugoslavije (Zbornik radova) Novi Sad
Udruženje za plastičnu i maksilofacijalnu hirurgiju SLDJ,
1984: 212-5
45. Stephens OF, Harker JG, Hambly KC,
Tretment of advanced cancer of the lover lip-the use
of interarterial or intravenous chemotherapy as basal
treatment
Cancer: 1981: 48 (6), 1309-14
46. Stranc FM, Fogel M, Dische S
Comparison of lip function: surgery vs radiotherapy
British J Plast. Surg: 1987: 40, 598-664
47. Pizer ME
The dijagnostis and management of oral malignant diseases
in Archer Heds. Oral and maxillofacial surgery II W
Saunders Co Philadelphia, 1975: 1732-1778

48. Oleinch RS
In Frohlich DE eds - Patofiziologija: poremećaja regulatornih mehanizama u organizmu
Medicinska knjiga Beograd 1982: 825-42
49. Štajner A.
Tumori maksilofacijalnog područja
1th edition, Dečje novine Beograd, 1988: 210-72
50. Thoma K.
Oral Surgery II
4th edition. St. Luis: CV Mosby Co, 1963: 1045-1096
51. Thumfart W, Weidenbecher M, Waller G, Pesch HJ
Chronic mechanical trauma in the etiology of oropharyngeal carcinoma
J Max Fac. Surg: 1978: 6, 217-21
52. Towpik E, Meyza J
The "Double Faced" Pectoralis Major Island Flap
J. Cranio-Max-Fac. Surg. 1990, 18: 85-87
53. Trajkov A, Velkov K, Horvatić N et al
Radioterapija malignoma usne šupljine
Radiol Jugosl. 1973: 7:41-3
54. Tudžarov T,
Plunkovni žlezdi i nivnite zabolovanja
1th edition Studenski zbor, Skopje, 1983: 132-148

55. Vasilevski B, Janev J, Serafimova O, Gerovska V,
Hirurški i preventiven pristap kon karcinomite na
dolnite delovi na liceto
Arch Union Med Balk 1984: 22 (1-2):26
56. Vaslevski B, Tudžarovska K,
Upotreba Johansonove metode u liječenju karcinoma donje
usne
Chir Maxilofac et Plast 1983: 13 (2-3): 81-6
57. Vaskov I, Serafimova O, Tudžarov T
Maligni tumori vo maksilofacijalnata regija
1. Sobir na stomatolozite od Makedonija
(Zbornik na trudovi) Katlanovska Banja: Stomatološka
sekcija pri SZLM, 1967: 149-58
58. Vaskovskaya GP, Abramova EI
Development of cancer on the foci of lichen ruber plannus
on the oral and prolabial mucosa
59. Vorobev IJ, Grubezov IM
Tretment of cancer of the vermilion borde of the lower lip
by using a hose gamma-therapy apparatus
Med. Radiol: 1979: 24 (11) 35-8

60. Waldron CA
Oral epithelial tumors in Gorlin RJ, Coldman HM, eds.
Thoma's Oral Pathology, CV Mosby Co.
St Louis, 1970: 801-61

61. Weerda H, Härle F
Spezielle Lappentechniken im Lippenbereich
Plast Reconstr Chir: 1981: 29, 27-33

62. Wexler, MR, Dingman RO
Reconstruction of the lower lip
Chir. Plastica (Berlin) 1975: 3:23

63. Zabezhinskii MA, Godorozha DP
Etiology of tumors of the oral cavity and lips
Vopr. Oncol: 1982: 82, (2), 105-13

64. Zoeller J,
The primary reconstruction of the anterior floor
of mouth by the intraoral cheek transposition flap.
Int. J. Oral. Maxillofac. Surg. 1989: 18:107-8