

Онкологические заболевания челюстно-лицевой области

- Выполнил: Ибраев Н.Б
- Группа: 629 ВОП

- Рак полости рта, глотки и гортани составляет 5,5% рака у взрослого населения (8,1 у мужчин и 2,8 у женщин). Его распространенность в развитых странах составляет 33 на 100 000 или около 1452 новых случаев в год.
- Рак полости рта, глотки и гортани представляет 17% случаев смерти от рака (6% среди мужчин и 1,9% среди женщин).
- Механизмы:
- Большинство видов рака ротовой полости возникают в плоских клетках, выстилающих внутреннюю поверхность рта. Неоднократные нападения со стороны химических веществ (сигарет) или трения (трубы, жевательный табак) может стать причиной язвы, которая вызывает рак. Рак полости рта может появиться на губах, внутри губ и щек (щечной слизистой оболочке), десны, язык, за тканью зуба мудрости костной части рта. Риск выше у курильщиков трубок и сигар, чем сигарет.

- Симптомы:
- • белые пятна красного цвета или бархатистая текстура
- • язвы, которые не вылечиваются
- • пластинчатые бородавки на губах
- • шишка на губе, языке или шее
- • трудность жевания, глотания или речи
- • безболезненный выступ на губе, образуя сухой струп
- • боль в ухе и челюсти
- Все раны, отеки и раздражения во рту или в комок в шее, сохраняющихся более двух недель должны быть рассмотрены в срочном порядке врачом или стоматологом.

- Причины рака:
- • курение, особенно если оно сопровождается злоупотреблением алкоголем, использование жевательного табака (от 80 до 90% от раковых заболеваний полости рта связаны с курением)

- Метод диагностики:
- Тесты (рентгенография, УЗИ, компьютерная томография, магнитно-резонансная томография [МРТ]). Биопсия (анализ образцов поражения) может установить окончательный диагноз.
- Лечение:
- Каждый случай уникален. Решение врачей основаны на следующем: тип диагностирования рака, его степени злокачественности, уровень ее расширения, научные доказательства эффективности лечения этого вида рака, а также общее состояние здоровья. Хирургия (частичное или полное удаление опухоли и некоторые окружающие ткани) – лучевая терапия (уничтожение раковых клеток путем рентгеновского излучения высокой мощности) – Химиотерапия (препарат предотвращает развитие и распространение раковых клеток).

- Доброкачественные опухоли
- Губы. Нижняя губа испытывает воздействие различных раздражающих веществ при курении трубки, покусывании или лучевом воздействии. На базальном слое эпидермиса развивается дисплазия, в результате чего возникает утолщение поверхностного слоя слизистой оболочки. Это утолщение, или гиперкератоз, клинически виден и осязаем. Затем может последовать пролиферация и патологическое развитие эпителиальных клеток, или дискератоз, в конце концов приводящие к карциноме *in situ* (CIS). По мере пенетрации базальной мембраны может образоваться инвазивная карцинома из плоского эпителия. Если CIS, или область дискератоза, занимает на губе значительное место, то следует обсудить целесообразность удаления хирургическим путем участка красной каймы губы. ● .-•»<-;• Слизистые ретенционные кисты принадлежат к доброкачественным образованиям области линии рта и не имеют истинного покровного эпителия. Причиной их возникновения может быть повреждение систем протоков, из-за чего происходит истечение слизи. Наиболее частая локализация слизистых кист — слизистая оболочка нижней губы. Метод лечения хирургический. Ранг/ла — это вариант слизистой ретенционной кисты, развивающейся из большой слюнной железы, чаще всего сублингвальной. Лечение также оперативное.

- Полость рта. Гранулематозные образования десен представляют собой ненормально сильную воспалительную реакцию ткани на незначительное раздражение. Только симптоматические гранулемы требуют хирургического вмешательства.
- Периферические гигантоклеточные репаративные гранулемы также могут развиваться на ткани десен. «Гигантские» клетки по происхождению похожи на остеобласты. Эти гранулемы полиплоидные, фиброзные по составу, расположены под слизистой оболочкой. При рентгенографическом исследовании может быть обнаружена эрозия на подлежащей кости. Хирургическое вмешательство должно быть радикальным, чтобы рецидив был невозможен.
- Язык и гортань относятся к излюбленным местам локализации папиллом. Причиной их являются человеческие папилломавирусы, которые стимулируют пролиферацию плоского эпителия. Радикальное устранение патологии возможно за счет хирургического вмешательства или путём термокаутеризации (прижигания).
- Миобластома, содержащая зернистые клетки, — это редкая доброкачественная опухоль. Первоначально было описано, что она происходит из эмбриональных мышечных клеток. Теперь указывается на ее происхождение из шванновских клеток, а развитие возможно в пищеварительном тракте и воздушных путях. На языке эти плотные опухоли локализуются под слизистой оболочкой, располагаясь на средней трети языка и напоминая плоскоклеточную карциному. Для дифференциальной диагностики необходима краевая резекция и биопсия.

- Язвы, располагающиеся на слизистой оболочке, 'выстилающей' полость рта, встречаются весьма редко. Чаще всего возникает идиопатическое афтозное изъязвление. Цикл, состоящий из возникновения болезненных язв и их спонтанного заживления, может отмечаться несколько раз в году. Обычными этиологическими факторами могут быть вирусная инфекция, дефицит питания, эмоциональный стресс. Часто успешным может быть местное применение стероидов.
- Плоский лишай — дегенеративное заболевание, затрагивающее кожу и слизистые оболочки, возможно, аутоиммунного генеза. Элементы болезни в полости рта могут появиться без сопутствующего поражения кожи и периодически выглядят как эрозии. Отмечена взаимосвязь между инфекцией, известной как плоский лишай, и возникновением плоскоклеточной карциномы; При терапии определенный эффект был получен при использовании веществ, содержащих витамин А в лекарственной форме для местного и системного введения.

- Гортань. Наиболее часто встречающейся опухолью гортани являются папилломы, составляющие 90% всех опухолей данной локализации. Чаще всего они возникают на истинных голосовых связках, и поэтому самым обычным их проявлением бывает хрипота. В пределах гортани расположение их может быть любым. Предполагаемой причиной их возникновения может быть инфекция человеческими папилломавирусами, или вирусами папилломы. У взрослых опухоли, как правило, солитарные и редко рецидивируют после хирургического удаления. У юношеской группы больных опухоли чаще бывают множественными, возникают повторно и распространяются весьма быстро после хирургического удаления. В настоящее время гортанные папилломы устраняют путем терапевтического воздействия лазером. Другими, реже встречающимися доброкачественными опухолями гортани, являются онколитические опухоли и миобластомы, происходящие из зернистых гранулярных клеток. Хондрома гортани встречается редко, она доброкачественная. Эти хрящевые опухоли обычно располагаются на перстневидном хряще гортани и вызывают охриплость голоса, ощущение удушья, расстройство речи. Все указанные доброкачественные опухоли подлежат плановому удалению.

- **Одонтогенные опухоли.** Одонтогенные опухоли развиваются из зубных зачатков. Амелобластома — это доброкачественная опухоль, происходящая из зубной пластинки; у молодых пациентов она часто связана с прочно укрепленными зубами. Обычным проявлением заболевания служит появление множественных безболезненных опухолей на челюсти, не обладающих рентгеноконтрастностью. Чаще всего такие опухоли появляются на нижней челюсти. Лечение заключается в хирургическом удалении опухоли с частью прилежащей кости для предотвращения рецидива. Другая группа одонтогенных опухолей включает обызвествленные Одонтогенные кисты, амелобластическую фиброму, цементомы и кератокисты. Последние в целом менее инвазивны, чем амелобластомы. Эффективная терапия заключается в их энуклеации и полном удалении выстилки опухоли.
- **Неодонтогенные опухоли.** Эта группа опухолей возникает из костной ткани, которая не участвует в образовании зубов. Торус (складка) — это доброкачественное, медленно растущее выпячивание с поверхности кости. Складки неба возникают по средней линии твердого неба, а торус на нижней челюсти обычно вырастает на язычной поверхности нижней челюсти с противоположной стороны от премоляров, а часто и с двух сторон. Оба варианта опухолей встречаются весьма часто. Складки появляются в период пубертата и растут медленно. Они могут вызвать изъязвление расположенной над ними слизистой оболочки, тем самым симулируя ее опухоль. Терапия не требуется, если рост ткани не затрудняет речь, жевание и использование протезов. Экзостозы в какой-то степени подобны торусу и часто встречаются на челюстях. Участки локального усиленного роста костной ткани бывают узловатые, на ножках, гладкие и часто множественные. Только те опухоли, которые проявляются клинически, подлежат удалению. Остеомы — это медленно растущие опухоли, происходящие из зрелой кости, обычно располагающиеся в дистальных отделах кости. Чаще всего они возникают на язычной поверхности ветвей нижней челюсти или на нижней поверхности ее угла. Хирургическое удаление показано, если постепенный рост нарушает какие-то аспекты жизнедеятельности (организма или локально) или дефект является неприемлемым косметически. Множественные остеомы являются проявлением синдрома Гарднера (Gardner) с другими симптомами, такими как множественные инклюзионные кисты кожи, добавочные зубы или семейный полипоз.

Anamnesis morbi

- Вирусная инфекция, хроническое раздражение неудачным зубным Протезом, травма, инфекция из-за плохого ухода за полостью рта могут стимулировать реакцию эпителия, называемую гиперплазия или папилломатоз, при которой клетки с нормальной конфигурацией ДНК и структурой органелл пролиферируют, что приводит к выпячиванию слизистой оболочки глубже в подслизистый слой. Гистологически большинство этих клинических повреждений слизистой оболочки выглядит как гиперплазия и гиперкератоз. Эти патологические изменения были объединены под названием лейкоплакия (белое пятно). Недавние исследования показали, что лейкоплакия не является сама по себе Предраковым состоянием, а это — проявление хронического раздражения. Клеточные проявления злокачественности в виде диагноза звучат как дисплазия эпителия. Диспластический эпителий характеризуется неспособностью клеток осуществлять нормальный процесс созревания. Ядра клеток по размерам больше нормы, содержат избыток хроматина и обладают митотической активностью. Слои клеток становятся дезорганизованными: теряется постепенный рост по направлению к поверхности эпителия, кроме того, незрелые клетки присутствуют как у основания базальной мембраны, так и на эпителиальной поверхности" Эти изменения в зоне гиперплазии, похоже, необратимы и представляют собой начальный шаг в сторону канцерогенеза. Клинические проявления этих изменений терминологически определяются как эритроплазия, или эритроплакия, или красное пятно. Это повреждения красноватого цвета, часто с экссудативной поверхностью, рядом с ними может располагаться участок лейкоплакии. Необходима биопсия или удаление .этих участков, поскольку они находятся в предраковом состоянии и могут свидетельствовать о наличии в организме еще одного участка злокачественного роста.

ГУБЫ

- Рак губы отмечается гораздо чаще у мужчин, чем у женщин. Плоскоклеточный рак (как наиболее частая гистологическая находка) чаще всего располагается на нижней губе. Курение трубки и длительное термическое повреждение (сигарета) хорошо известны на протяжении длительного времени как факторы канцерогенеза. Экспозиция выступающей нижней губы к высоким дозам ультрафиолетового излучения также чревата возникновением злокачественного процесса.
- Многие патологические процессы относятся к хорошо дифференцированной стадии I рака. Метастазы в ЛУ чаще всего располагаются в подбородочных и подмандибулярных ЛУ, но встречаются только в 10-15% случаев. Стандартная терапия заключается в хирургическом удалении или лучевой терапии с успехом лечения около 90%.
- При хирургическом вмешательстве резекция осуществляется в пределах четко различимой здоровой ткани. Если ЛУ хорошо пальпируются, то удаляются те увеличенные ЛУ, которые располагаются как на той же, так и на другой стороне. Может быть осуществлена пластика с использованием ткани другой губы.

- Полость рта
- Полость рта включает в себя слизистую оболочку щек, дёсны, ретромолярный треугольник, основание (диафрагму) рта и твердое небо. Канцерогенез в полости рта и естественное развитие последующих заболеваний в целом сходны, независимо от конкретной анатомической зоны.
- Слизистая оболочка щек
- Слизистая оболочка щек простирается от соединения с губами до мандибулярноосновного шва и от верхней челюсти до нижнечелюстных альвеол с обеих сторон. По отношению ко всем видам рака тканей полости рта злокачественный процесс на слизистой оболочке щек составляет около 5% и, как и в других случаях, среди пациентов преобладают мужчины. Часто к моменту обнаружения заболевание уже далеко продвинулось вперед; наблюдается высокая частота метастазов в ЛУ.
- Бородавчатая карцинома — это разновидность повреждения слизистой оболочки щек, которая выглядит как выступающая в просвет полости рта масса с клеточной гистологией, свидетельствующей о злокачественном процессе, но без инвазивного роста. Такое заболевание более характерно для женщин и может быть связано с инфекцией папилломавирусом. У 40% таких больных могут быть другие проявления инвазивной карциномы в той же полости рта. ;;
- Инфильтративная карцинома слизистой оболочки щек в США отмечается чаще у людей, жующих и нюхающих табак. Стандартным принято хирургическое удаление опухоли с последующей лучевой терапией или без нее. Успех сопутствует в 60-75% случаев при локализованном процессе и 25-45% больных при локально-регионарной форме. При реконструкции обширного дефекта поверхности слизистой оболочки щек обычно используют лоскут *m. peetoralis major* для внутренней выстилки и кожный лоскут с *m. deltopectoralis* и *t. pectoralis* для кожного покрытия.

- Твердое небо
- Твердое небо не является тем местом в полости рта, где чаще всего возникает карцинома. Если здесь развивается опухоль, то она или доброкачественная, или представляет собой злокачественное новообразование из малых слюнных желез. Лечение заключается в хирургическом удалении опухоли с последующей лучевой терапией или без нее. Вследствие близкого расположения подлежащей кости лучевая терапия в качестве основного вида терапии вряд ли целесообразна. Метастазы в область шеи отмечаются редко. Образующиеся после лечения дефекты тканей хорошо поддаются зубному протезированию. При обширных дефектах может понадобиться лоскут с *m. temporalis*.
- Диафрагма рта
- Основание полости рта напоминает по форме подкову и располагается между языком и язычной поверхностью нижней челюсти. Сосочки, которые позволяют протокам Вартона опорожняться в полость рта, располагаются на передней границе этой зоны. 15% всех видов карцином полости рта расположены здесь. Часто отмечается прямое распространение опухоли на шею с образованием двусторонних метастазов в ЛУ. При медиальном росте первичной опухоли она захватывает вентральную поверхность языка, а при латеральном росте распространяется на нижнюю челюсть. У многих больных заболевание диагностируется в уже далеко зашедшей фазе.
- Удаление опухоли, располагающейся на основании полости рта, часто требует резекции части нижней челюсти с захватом соответствующего участка здоровых тканей. Терапевтические дозы лучевой терапии могут вызвать ишемический некроз кости нижней челюсти, который с трудом поддается исцелению. При хирургической резекции опухоли комбинация операции с небольшими дозами вспомогательной лучевой терапии служит удачным лечением злокачественной опухоли в далеко зашедшей фазе. При стадии I выживаемость среди пациентов составляет 70-80%, а при стадии III — только 35-45%. При реконструкции лоскут с радиальной поверхности предплечья дает великолепную выстилку для оперируемой золы с укутыванием нижней челюсти, при этом возможны свободные Движения языка и требуемая водонепроницаемость. Вид реконструктивного вмешательства зависит от размеров удаляемого участка нижней челюсти.

- Часть языка, располагающаяся в полости рта
- После карциномы губы второе место по частоте занимает рак оральной части языка. И в этом случае табак и алкоголь относятся к наиболее важным причинным факторам. Риск развития данной патологии еще больше увеличивается у больных с иммуносупрессией независимо от возраста.
- Язык представляет собой сложно устроенный мышечный орган, получающий моторную иннервацию от п. hypoglossus. Язык соединяется с подъязычной костью посредством m. hypoglossus, а с вышерасположенной нижней челюстью — посредством m. genioglossus. На вентральной поверхности языка открываются подъязычные протоки. На дорсальной поверхности языка есть сосочки со специализированными структурами для вкусового восприятия.
- Раковая опухоль языка чаще всего располагается в средней трети на латеральной поверхности органа и весьма часто развивается бессимптомно. Радиальное распространение опухоли через ткань языка может происходить в подслизистом слое на основании языка, а через среднюю линию органа или латерально — на основание рта. Односторонние метастазы обнаруживаются в подбородочные и подмандибулярные ЛУ. Примерно у 40-60% больных с данной локализацией опухоли клинически определяются метастазы на шее. При локальной фазе болезни переживаемость составляет 70-90%, а при наличии регионарных метастазов — только 30-40%

- Радикальная терапия карциномы языка может быть проведена с использованием как внешнего, так и внутреннего пучка лучевой терапии- Целесообразно внешнее облучение в дозе 6500 сГр, но имплантация «специальных» приспособлений позволяет дозу лучевой нагрузки в 10 000-15 000 сГр подать на небольшую площадь, получив максимальный эффект.
- Хирургическое вмешательство по поводу карциномы языка состоит в удалении одним блоком опухоли вместе с участком здоровых тканей и региональных ЛУ. У многих хирургов возникают сложности при соблюдении условий оперирования, поэтому обычно после операции проводят курс вспомогательной лучевой терапии. Резекция опухоли, расположенной у основания языка, может предрасположить больного к аспирации и финальной дыхательной недостаточности. Несмотря на эти недостатки, тотальная глосэктомия (в сочетании с ларингэктомией или без нее) является оправданной процедурой, независимо от того, является ли она радикальным или паллиативным вмешательством. Было достигнуто 3-летнее переживание у 53% больных в одной серии исследований, при этом у 80% из них сохранилась вразумительная речь (если гортань оставалась интактной), а у 93% больных появилась возможность удовлетворительно питаться per os.

- Приемлемого варианта реконструкции языка не существует. Денервация языка при его резекции или повреждение обоих подъязычных нервов делает обычно невозможным для пациента осуществлять акт Глотания или внятно говорить. После резекции участка языка задача реконструкции заключается в том, чтобы оставшаяся порция языка могла свободно двигаться, создавая водонепроницаемый резервуар в полости рта. Оптимальное решение при пластике может быть достигнуто путем выдвижения вперед задней, мобильной, части языка или помещением назад избыточного, переднего, его участка. При тотальной глосэктомии образующийся дефект включает язык, диафрагму рта и иногда слизистую оболочку глотки и гортани. Для восстановления целостности ротовой полости обычно требуется значительное количество мягких тканей. Для замещения дна полости рта с успехом может быть использован лоскут *m. rectoralis major*, а для пластики глотки и узкой щели пищевода может использоваться свободный трансплантат подвздошной кишки. Когда в связи с карциномой оральной части языка удаляется участок нижней челюсти, то срочность реконструкции определяется тем- фактором, какая часть нижней челюсти резецируется. Резекция: симфиза[^] или переднего сегмента нижней челюсти относится к разрушающим актам- и требует немедленной пластики. Для этого могут быть использованы такие великолепные образцы васкуляризованной кости, как участки лопатки, малой берцовой кости, радиуса, гребешка подвздошной кости или *os parietale*. При резекции других участков нижней челюсти реконструкция может быть менее срочной.

● Глотка

● Глотка служит продолжением мышечной трубки, которая образует пищеварительный тракт. Она разделяется на три участка, каждый из которых выполняет несколько отличную от других функцию: носоглотку, ротоглотку и гипоглотку (hуpopharynx). Важной характеристикой глотки является ее роль в разделении пищеварительного тракта и воздухоносных путей.

● В состав глотки входят основание языка, начиная от окруженной сосочками спинки, миндалины, мягкое небо/боковые стенки глотки, задняя стенка глотки. Границы hуpopharynx отражают ее анатомическое соседство с гортанью. Стенка глотки опускается от кончика надгортанника до нижней границы перстневидного хряща гортани. Передней границей hуpopharynx служит слизистая оболочка на участке после перстневидного хряща, а латеральной поверхностью — пазухи слизистой оболочки с боков от гортани, известные как recessus piriformis.

- Карцинома, возникающая в области сосрчкровога вала на основании язы-к'а, обычно . протекает бессимптомно, и диагноз ставится на поздней фазе развития болезни. Патология часто пропускается из-за нежелания врачей, осуществляющих первичную диагностику, сделать напрямую ларингоскб-цию или пропальпировать основание языка. При центральной, лркализации опухоли примерно у 70% больных возникают, метастазы в шейные ЛУ. Кроме эпидермоидной карциномы, могут встречаться также опухоли малых слюнных желез. Экзофитный (вовне) рост опухолей (при гистологическом исследовании в них обнаруживаются клетки, напоминающие лимфоциты) отмечается из тканей, составляющих лимфоидное кольцо Вальдейера, миндалин, небной поверхности языка и из его основания. Эти лимфрэпителиомы ,ведут себя так же, как и носоглоточные карциномы, и гистологически характеризуются как недифференцированные карциномы с лимфоцитарной инфильтрацией. Такого типа опухоли (как в,виде первичного узла так и в виде шейных метастазов в ЛУ) более чувствительны к лучевой терапии, чем разнообразные инфильтративные формы .кератинпродуцирующей плоскоклеточной карциномы. При опухолях удовлетворительные локальные результаты при контроле отмечаются у 75% больных. Сопутствующая ае-пирационная пневмония служит опознавательным знаком карциномы основания языка, что объясняется анатомической близостью и функциональными взаимоотношениями между основанием языка и гортанью {тонкое взаимодействие между подъемом гортани и закрывающим движением надгортанника).

- Далеко зашедшее заболевание в области первичной опухоли или фаза, когда уже возникают метастазы в шейные ЛУ, требует хирургического вмешательства. Если опухоль расположена латерально, то бывает достаточно выполнить парциальную (частичную) глосэктомия. Но поскольку при резекции основания языка обычно повреждается подъязычный нерв, после субтотальной или задней глосэктомии язык вряд ли сможет выполнять свои функции. В соответствии с принципами радикализма может потребоваться проведение тотальной глосэктомии с ларингэктомией или без последней. При комбинации хирургического вмешательства с послеоперационной вспомогательной лучевой терапией у больных с Ш стадией болезни 5-летний срок переживаемости достижим в 50-60%, случаев.
- При реконструкции дефектов тканей, возникающих при резекции опухоли на основании языка, нужно стараться закрыть глотку и полость рта тканями, которые приживутся к слизистой оболочке, поврежденной курсом лучевой терапии, или выдержат курс последующей лучевой терапии, а в дальнейшем в функциональном отношении не будут мешать тканям, оставшимся интактными после оперативного вмешательства. Важным, соображением является также окружение гортани такими трансплантированными тканями, которые обладают чувствительными рецепторами, что относится к необходимым условиям предотвращения аспирации. Иногда для этой цели могут быть трансплантированы мягкие ткани, но обладающие чувствительной слизистой оболочкой и без сильного ее натяжения, чтобы в будущем не образовались свищи.

- Миндалины
- Плоскоклеточная карцинома может развиваться из ткани миндалин. Будучи частью лимфоидного кольца глотки, миндалины способны давать рост лимфоэпителиом.ам чаще, чем любой другой участок. Пациенты с опухолью, исходящей из миндалин, попадают под наблюдение врача преимущественно в поздней фазе заболевания. К моменту первичного квалифицированного осмотра метастазы в шейные ЛУ были отмечены у 67% больных. Оценка степени выраженности локального процесса в случае прогрессирующей опухоли относится к принципиально важным моментам в принятии решения о планах дальнейшей терапии. Локализация пока еще местного опухолевого процесса особенно важна, поскольку при проведении лучевой терапии обычной причиной финальной неудачи служит неточность в определении локализации опухоли. Упомянутая же неточность проистекает из недооценки размеров первично выявленной опухоли.
- Рак глоточной миндалины обычно более чувствителен к лучевой терапии, чем другие первичные плоскоклеточные карциномы, но иной локализации. Традиционным подходом к лечению данной патологии служит назначение основной схемы лучевой терапии в дозе 5500-7000 сГр на первичную опухоль и на расположенные с двух сторон шейные лимфатические узлы, дренирующие зону первичного рака. Если же отмечается обширное заболевание на шее или распространение первичной опухоли на крыло, подлежащую кость или крыловидные мышцы, то тогда для эффективности и безопасности терапии необходима резекция опухоли, реконструкция и послеоперационная лучевая терапия.
- Выбор вида реконструкции при раке миндалин зависит от выраженности роста локальной опухоли и информации об уже проведенной лучевой терапии. Дефект мягких тканей на боковой стенке глотки, возникший после удаления поверхностной опухоли, может быть легко закрыт кожным трансплантатом, лоскутом *m. deltoideus*, *mm. pectoralis major* и *minor* или свободным кожно-фасциальным лоскутом. Более выраженные дефекты тканей могут потребовать трансплантации кожно-мышечного лоскута *m. pectoralis major* на латеральную стенку глотки.

- Носоглотка

- Карцинома носоглотки составляет 0,25% всех случаев нового заболевания раком в год в США. Однако это заболевание относится к эпидемическим в Юго-Восточной Азии, в частности среди населения южного Китая. Эта патология встречается гораздо реже среди жителей Востока, которые эмигрировали в Северную Америку.

- Носоглотка представляет собой небольшую, похожую на коробку, выстланную слизистой оболочкой, полость, располагающуюся у основания черепа и содержащую глоточные миндалины, отверстия евстахиевых труб и сфеноидальный синус. Опухоль может закрывать отверстия евстахиевых труб в хоаны, что ведет к потере слуха, затруднению носового дыхания или обструкции носа и носовым кровотечениям. Инфильтрация и эрозия кости в основании черепа с проникновением опухоли в кавернозный синус вызывает параличи черепно-мозговых нервов. Чаще всего это касается п. abducens, затем п. trigeminus и других нервов, управляющих движением глазных яблок. Наиболее частым симптомом носоглоточной карциномы служит появление (+) массы на шее из-за метастазов.

Амелобластическая фиброма

MedUniver.com
Все по медицине...



Амелобластическая фиброма выделена в самостоятельную форму одонтогенных опухолей из группы новообразований, обозначавшихся до недавнего времени как «мягкая одонтома». Из той же группы выделена и одонтогеиная фиброма. Опухоль наиболее часто встречается у детей, очень редко выявляется у лиц старше 21 года.

Преимущественная локализация — нижняя челюсть, особенно область премоляров к моляров. Несколько чаще наблюдается у мальчиков.

Рентгенологически опухоль неотличима от однокамерной амелобластомы — обнаруживается разрежение костной ткани с четкими границами.

- Макроскопически челюсть деформирована, часто отсутствует несколько зубов. На разрезе в очаге поражения видна мягкоэластическая ткань серовато-белого цвета.
- Микроскопически опухоль представлена островками и тяжами одонтогенного эпителия, располагающегося в клеточно-волоконистой ткани, напоминающей ткань зубного сосочка в зачатке. Эпителиальные островки могут быть разной величины, иногда в центре комплексов отмечается ретикулирование эпителия, но кисты встречаются очень редко. По периферии комплексы ограничены цилиндрическими или кубическими клетками либо эпителий образует переплетающиеся между собой тяжи из двух рядов клеток кубической формы. Соединительнотканый компонент опухоли содержит большее количество клеток, чем в амелобластоме. Клетки округлые или удлинённые, лежат между нежными пучками коллагена. Иногда вокруг эпителиальных комплексов определяется нередко гиалинизированная бесклеточная гомогенная зона. Однако элементы твердых тканей зубов не обнаруживаются.

гемангиома



Это наиболее часто встречающаяся сосудистая опухоль. Внешний вид и размеры этого новообразования зависят от вида гемангиомы. По типу строения сосудистого русла принято различать капиллярные, кавернозные, ветвистые и комбинированные гемангиомы. С другими видами доброкачественных опухолей говорят о смешанной гемангиоме.

- а) простая, или капиллярная (гипертрофическая) гемангиома.
- Основу гемангиомы составляют разрастания новообразованных капилляров, наряду с которыми встречаются мелкие артериальные и венозные сосуды. Капиллярные гемангиомы развиваются в виде пятна на коже или слизистых покровах. При венозных капиллярах гемангиома имеет синюшно-багровый цвет, мельчайшие артериальные сосуды образуют ярко-красные пятна. Размеры могут быть от ограниченных до значительных. При надавливании гемангиомы обычно бледнеют. Озлокачествление крайне редко (переходит в гемангиоэндотелиому).



- б) кавернозная, или пещеристая, гемангиома.
- Опухоль состоит из широких, сосудистых полостей, имеющих различные очертания и содержащие кровь. Чаще всего представляет собой узел мягко-эластической консистенции багрового или синюшного цвета. Поверхность опухоли бугристая, при сжатии размеры опухоли уменьшаются, при наклоне головы она как бы «набухает», увеличиваясь в размерах. Иногда рентгенологически и пальпаторно определяются в толще опухоли плотные, шаровидные тела: флеболиты или ангиолиты, представляющие собой обезызвевленные тромбы. При значительном распространении опухоль дает увеличение органа в объеме (макрохейлия, макрогlossия), затрудняет арти-куляцию, акт глотания. При поражении челюстных костей рентгенологически определяется ноздреватый рисунок кости. Элементы просветления чередуются с участками склероза, окаймляющими очаги просветления. При пункции можно обнаружить содержащуюся в сосудистых полостях кровь.



- в) ветвистая , или рацелюзная, гемангиома.
- Состоит из сплетения расширенных сосудистых стволов, разбросанных среди тканей пораженного органа. Клинически определяется в виде узла мягкой консистенции, выбухающего над окружающими тканями. Локализуясь в каком-либо органе, дает его увеличение в размерах. Характерной особенностью является пульсация опухоли, соответствующая сокращениям сердца. Малейшая травма способна повлечь за собой кровотечение, угрожающее жизни больного.

карцинома



Лейкоплакия связанная с употреблением табака



- Желтовато-белый очаг поражения с рифлёной поверхностью, расположенный на переходной складке преддверия рта или слизистой оболочке губы, свидетельствует об употреблении жевательного табака. Поражение может локализоваться также на твёрдом нёбе, дне полости рта и нижней поверхности языка, если жевательный табак закладывают в область верхней переходной складки преддверия рта или под язык. В зависимости от способа употребления табака вызываемые им изменения слизистой оболочки могут локализоваться в переднем (например, при использовании нюхательного табака) или заднем (при закладывании табака в полость рта) отделе полости рта. При смешанном употреблении изменения бывают менее выражены, но затрагивают всю полость рта. Особенно часто лейкоплакию, связанную с употреблением табака, наблюдают у юношей. Это связано с тем, что они больше вовлечены в торговлю и перенимают эту вредную привычку у сверстников. В США лейкоплакия, связанная с употреблением табака, более распространена в южных штатах и в районе Аппалачей.



- Изменения слизистой оболочки вначале имеют вид бледно-розовых кератотических бляшек с рифлёной поверхностью. Со временем цвет бляшки по мере экзогенного окрашивания становится белесовато-жёлтым или жёлто-коричневым. Бляшки часто превышают в диаметре 1 см и обычно не вызывают болезненных ощущений.
- Длительное употребление табака вызывает рецессию дёсен, кариес зубов, дисплазию эпидермиса, бородавчатый рак. Диспластические изменения связывают с канцерогенным действием содержащихся в табаке нитрозаминов. Лечение заключается в отказе от привычки употреблять табак. Если в течение 14 дней после этого кератоз не исчезает, следует выполнить биопсию.

Одонтогенная фиброма



- Одонтогенная фиброма встречается чрезвычайно редко и представляет собой разновидность внутрикостных фибром челюстей.
- Происхождение одонтогенных фибром связано с нарушением развития зубного зачатка, о чем свидетельствует гистологическое строение опухоли. При микроскопическом исследовании опухоли обнаруживают бедную клетками фиброзную ткань, среди которой расположены тяжи или островки из клеток зубообразовательного эпителия. Отдельные участки опухоли могут иметь более рыхлое строение и содержать значительное количество клеток. Иногда наблюдается слизистое перерождение участков опухоли.



- Цементома развивается медленно и в клинической картине нет характерных признаков. С ростом опухоли деформируется челюсть, нередко появляются боли в зубах при приеме пищи или при пальпации опухоли. Вокруг опухоли может развиваться воспалительный процесс. Инфекция проникает или через канал зуба, или через слизистую оболочку полости рта, разрушенную в результате «прорезывания» цементомы.
- На рентгенограмме определяется овальная или неправильной формы однородная плотная тень вокруг или на некотором расстоянии от корней зубов.
- По клинической картине цементомы напоминают остеобластокластома, остеоому, остеоид-остеома и другие доброкачественные опухоли.
- Лечение цементомы хирургическое и сводится к вылуциванию опухоли вместе с капсулой. Зубы, спаянные с цементомой, подлежат удалению.

Опухоли языка



- Основные симптомы, по которым можно распознать рак языка и начать лечение – это наличие язвочек, белых или красных пятен на поверхности языка. Также у больных нарушается чувствительность языка, на более поздних этапах развития опухоли возможны кровотечения. Дополнительными факторами являются раздраженное горло, боли при глотании, мигрирующие боли разной локализации: в ухе, виске, затылке, полости рта. Как при многих других онкологических заболеваний, часто лечение рака языка начинается не сразу из-за неверной диагностики. Все эти симптомы приписывают другим заболеваниям, чаще всего зубам и десен. На более поздних этапах развития образования появляется неприятный запах изо рта, повышенное слюноотделение. Часто образование лечение рака языка осложняется тем, что опухоль начинает распространять метастазы. В 5-10% они появляются в легких, печени, головном мозге.



Одонтогенные саркомы

MedUniver.com
Все по медицине...



- Одонтогенные саркомы. В этой группе редких новообразований выделяют амелобластическую фибросаркому - новообразование, характеризующееся признаками малигнизации мезодермального компонента. Опухоль представлена переплетающимися пучками коллагеновых волокон, среди которых располагаются резко полиморфные фибробластические элементы с многочисленными атипичными фигурами митоза. Эпителиальный компонент представлен мелкими островками или тяжами одонтогенного эпителия, иногда с ретикулированием в центре комплексов и образованием фолликулоподобных структур амелобластомы. Описывают случаи развития саркомы на фоне рецидивирующей доброкачественной опухоли типа амелобластической или одонтогенной фибромы.

одонтоамелобластома

MedUniver.com
ВСЕ ПО МЕДИЦИНЕ.....



- одонтоамелобластома очень редкая опухоль, состоящая из форм амелобластомы, сочв сочетании с отложениями дентина и эмали, которые иногда напоминают зачаток зуба. Обладает, как и амелобластома, местно деструкующим ростом.
- Одонтома возникает как результат нарушения развития зуба. Наиболее часто развивается в период формирования постоянных зубов. Редко достигает больших размеров, растет медленно. Встречается в верхней челюсти не сколько чаще, чем в нижней, преимущественно в области премоляров. Часто связана с отсутствием зубов и деформацией челюсти.
- Рентгенологически определяется узловатое плотное образование, окаймленное светлой четкой полосой.
- Макроскопически многообразна от небольших образований, напоминающих недоразвитый или деформированный зуб, до массивных конгломератов, состоящих из нескольких зубоподобных образований, легко разделяющихся или плотно спаянных; окружена капсулой. Иногда содержит кисты, заполненные светлой жидкостью.

Рак верхнечелюстной пазухи



- Рак верхнечелюстной пазухи: опухоль, разрушив нижнюю стенку пазухи выступает в полость рта в области твердого неба.



Рак губы

- Рак губы - злокачественная опухоль зоны между кожей и слизистой оболочкой полости рта.
- Верхняя губа поражается относительно редко. Заболеваемость раком губы от общего количества заболеваний раком в России составляет примерно 1.5%. Заболевание раком губы у мужчин встречается примерно в 10 раз чаще чем у женщин. Наиболее часто данное заболевание встречается у пожилых людей. Пик заболеваемости приходится на возрастную группу 70 лет.
- Наибольшую роль в образовании рака губы играют факторы нарушающие процесс ороговения. Причиной часто являются курение, алкоголь, вирусные инфекции, несоблюдение гигиены рта.

Рак губы

- На красной кайме губы (обычно нижней) возникает небольшой участок уплотнения, который выступает над поверхностью. В центре уплотнения обычно формируется язва с краями в форме валика. Рак губы на ощупь плотный. Плотное образование при раке губы постепенно увеличивается и приобретает неровные очертания. Часто опухоль имеет вид трещины и кровоточит. Различают 2 рахновидности роста рака губы.
- 1. Экзофитный рост.
- 2. Эндофитный рост.
- При Экзофитном росте опухоли, она имеет плотную консистенцию и часто покрыта чешуйками.
- При Эндофитном росте опухоль имеет язву с плотными неровными краями. Такая форма роста часто появляется на фоне деструктивного дискератоза. Рак губы при эндофитном росте склонен к метастазированию, быстро прорастает в мягкие ткани губы.



Рак слюнных желёз



- Рак слюнных желез — редкий, малоизученный вид опухолей. Трудность диагностики заключается в том, что без специальных исследований отличить доброкачественную опухоль железы от злокачественной нельзя. Но при этом любое вмешательство с целью забора кусочка железы на исследование само по себе становится провоцирующим рак фактором. У рака слюнных желез нет гендерной избирательности, он одинаково поражает и мужчин и женщин, развивается у лиц обоих полов после 50 лет, но не встречается у стариков старше 70 лет.