

Онкология челюстно-лицевой области



Опухоли челюстно-лицевой области. Доброкачественные органоспецифические опухоли и кисты

- Все новообразования делятся на: истинные опухоли, опухолеподобные поражения, кисты.
- Опухоль (определение МККО) - это аномальная масса ткани с избыточным разрастанием, которое не скоординировано с ростом нормальной ткани и продолжается столь же чрезмерно после прекращения действия причин, его вызвавших.
- Опухоли челюстно-лицевой области составляют до 15 % всех стоматологических заболеваний. До 25 % новообразований приходится на челюстно-лицевую область.

- **Особенности.**
- Близость к жизненно важным органам.
- Наличие зубов.
- Вызывают значительные функциональные и эстетические дефекты.
- **Среди опухолей челюстно-лицевой области выделяют:**
- доброкачественные;
- злокачественные опухоли;
- смешанные формы (некоторые опухоли слюнных желез).
- Опухоли различают первичные и вторичные (метастазы); также подразделяются в зависимости от происхождения (из соединительной ткани, эпителия, мышечной, нервной и др.).

Виды новообразований

- *Фиброма* - доброкачественная опухоль, встречается в различных местах челюстно-лицевой области: альвеолярный отросток, подслизистая оболочка щек, кожа лица.
- Имеет широкую или узкую ножку. Чаще имеет плотную консистенцию, располагается в альвеолярном отростке. Фиброма мягкой консистенции чаще встречается под оболочкой щек.
- Объективно: четкие границы, с окружающими тканями не спаяна, целостность слизистой оболочки над ней сохранена, растет медленно, болевых ощущений не вызывает.
- Лечение - хирургическое, только по косметическим показаниям

- **Папиллома** состоит из соединительной ткани с сосудами с эпителиальным покровом. Встречается на слизистой оболочке.
- **Объективно:** имеет вид сосочка различной величины. Иногда бывает округлой формы на тонкой ножке бахромы, имеет плотную или мягкую консистенцию. Безболезненны. Медленный рост.
- **Лечение:** иссечение ее с окружающей ткани лазером, электроножом. Прижигание папилломы, частичное ее иссечение противопоказаны

- **Ангиома** - сосудистая опухоль, возникающая в результате порока развития сосудов. Чаще ангиома поражает мягкие ткани, до 65 % располагаются на лице, чаще у женщин, чаще врожденные. В челюстно-лицевой области наиболее часты гемангиомы мягких тканей.
- Объективно различают капиллярную, кавернозную и ветвистую формы опухолей. Опухоли располагаются как поверхностно, так и в глубине тканей. Характерна красная либо синюшная окраска, уменьшение при надавливании пальцами и восстановление прежнего объема опухоли после снятия давления.
- Могут достигать больших размеров, случайная травма вызывает кровотечение.
- Лечение: иссечение опухоли, множественные мелкие ангиомы лечат термокоагуляцией, иногда применяют перевязку наружной сонной артерии. Обширные ангиомы кожи лица иссекают, а образовавшийся дефект закрывают кожным аутооттрансплантатом. Проводят склерозирующую терапию раствором хинин-уретана (вызывает асептическое воспаление и образование сгустков крови, способствует развитию соединительной ткани в полости опухоли)

- **Лимфангиома** состоит из соединительной ткани и скопления расширенных лимфатических сосудов. Чаще встречаются на языке, реже - на губах. В отличие от гемангиомы при лимфангиоме отсутствует пигментация кожи или слизистой оболочки.
- Лечение: клиновидное иссечение вместе с прилегающими здоровыми тканями, полное иссечение.

- **Остеома** (костная опухоль) встречается в различных отделах лицевого скелета. Может располагаться снаружи кости (экзостоз) и внутри (энностоз). Растут очень медленно.
- Жалобы: болевые ощущения вследствие сдавления нерва, асимметрия лица.
- Объективно: ассиметрия лица; рентгенографически определяется участок кости повышенной плотности, с четкими границами, чаще округлой формы.
- Лечение: хирургическое удаление опухоли. При множественном поражении костей лица хирургическое лечение не показано.

- **Остеобластокластома** - опухоль остеогенного происхождения. Поражает челюстные кости, составляя около 65 % всех опухолевых процессов челюстей.
- Остеобластокластомы делят на центральные (развиваются внутри кости) и периферические (развиваются экстраоссально на альвеолярном отростке и напоминают эпulis). Чаще поражается нижняя челюсть. Растут медленно. Различают ячеистую и диффузно-остеокластическую формы. При ячеистой форме остеобластокластом на рентгенограмме обнаруживается большое количество мелких и крупных полостей, отграниченных друг от друга крестными перегородками. Для диффузно-остеокластической формы характерно наличие гомогенного овального просветления кости.
- Лечение: хирургическое, лучевая терапия малоэффективна.

- **Липома** - опухоль из жировой ткани с соединительнотканными прослойками. Чаще встречаются в области лба, в толщине щеки. Дольчатая опухоль с широким основанием, мягкой консистенции. Растут медленно. Лечение: вылушивание после рассечения.
- **Пигментированное пятно** - порок развития кожного покрова, состоит из клеток, содержащих пигмент. На лице в виде плоских и бугристых разрастаний темно-коричневого цвета. Постепенно растет. Со временем может подвергнуться злокачественному росту.

- **Ретенционная киста** слизистой оболочки малой слюнной железы развивается в результате закупорки выводного протока, наблюдается на слизистой оболочке губ и щек.
- **Объективно:** округлое образование на внутренней поверхности губы, щеки, безболезненное, границы четкие. При значительных размерах кист (до 0,5-1,0 см в диаметре) слизистая вокруг кисты истончается и приобретает желтоватый цвет, обычно округлой формы с четкими границами, может спадаться после опорожнения. Содержимое кисты - бесцветное или желтоватое.
- **Лечение:** хирургическое - вылушивание кисты, удаление ее оболочки.

- **Дермоидная киста** - опухоль, состоящая из соединительной ткани, остатков потовых и сальных желез, волосяных фолликулов. Возникает при патологии эмбриогенеза в местах замещения щели дермой.
- Чаще встречаются в под подбородочной области между подъязычной костью и внутренней поверхностью подбородочного изгиба челюсти. Растет медленно. Располагаясь на дне полости рта, киста может вызывать затруднения при разговоре и приеме пищи. При значительных размерах дермоидная киста может деформировать лицо. Пальпация дермоидной кисты безболезненна, ощупь тестоподобной консистенции. В сомнительных случаях производится пункция, которая выявляет характерное содержимое (эпидермальные клетки, жир, остатки волос).
- Лечение оперативное.

- **Фолликулярная киста** - развивается из фолликула зачатка зуба вследствие его аномалии.
- Развивается вокруг коронки непрорезавшегося зуба, коронка зуба при этом вовлекается в полость кисты. Характеризуется медленным ростом, отсутствием болевых ощущений. Объективно: выбухание кортикальной пластинки челюсти, податливость ее при надавливании, пергаментный хруст, отсутствие воспалительных явлений. Рентгенографически округлой формы просветление кости челюсти с обязательным включением в него коронки зуба. Гистологический анализ пунктата определяет наличие холестерина.
- Лечение: цистэктомия с обязательным удалением зуба, находящегося в кисте.

Органоспецифические опухоли

- *Доброкачественные органоспецифические опухоли*
- К доброкачественным органоспецифическим опухолям челюстно-лицевой области относятся:
 - эпулис
 - одонтому
 - амелобластому
 - смешанные опухоли.

- **Эпулис** (наддесневик) - опухолевидное образование размером от 0,5 до 5-6 см в диаметре, располагающееся на альвеолярном отростке.
- Чаще локализуется в области малых коренных зубов. Причина возникновения - хроническое раздражение слизистой оболочки. Рост медленный. Безболезненная.
- Объективно: имеет широкую ножку и покрыта неизменной слизистой оболочкой, при травмировании образуются кровоизлияния, эрозии, изъязвления.
- Патоморфологически различают фиброзную, ангиоматозную и гигантоклеточную формы.
- Лечение: оперативное - выскабливание и удаление размягченной кости вокруг опухоли.

- **Одонтома** - опухоль, развивающаяся из избытка эмбриональных тканей развивающегося зуба: пульпы, дентина, эмали и цемента. Встречаются одонтомы с нормально сформированной коронкой, тогда как корневая часть их представляет бесформенный конгломерат твердых тканей, и наоборот.
- Чаще развивается на нижней челюсти в области моляров. Рост одонтомы медленный, болевых ощущений не причиняет.
- Объективно: выбухание кости. Рентгенографически: округлая тень, по интенсивности аналогичная тканям зуба, имеются участки просветления (дольчатая структура). Лечение одонтомы хирургическое.

- **Амелобластома** (адамантинома) - опухоль, развивающаяся из эпителиальной ткани, чаще в области нижней челюсти. Гистологическое строение паренхимы опухоли весьма схоже со строением эмалевого органа развивающегося зуба.
- Патологоанатомически различают солидную и кистоматозную адамантиномы. Первая образована губчатой, серой или коричневой тканью, сформированной в эпителиальные тяжи.
- Наиболее часто встречается кистоматозная амелобластома.
- Объективно: выбухание кости, асимметрия лица. При пальпации определяется "пергаментный хруст", болевых ощущений обычно нет. При разрушении кортикальной пластинки определяется эластическая консистенция опухоли. Рентгенологически: полости различного размера, иногда они совмещаются, образуя полулуния.
- Лечение: хирургическое - производят иссечение слизистой оболочки над опухолью, экстирпация опухоли с последующей тампонадой костной полости. Рентгенотерапия амелобластомы малоэффективна.

- **Смешанные опухоли**

- Особую группу доброкачественных новообразований составляют опухоли слюнных желез, так называемые смешанные опухоли. Такое название эти опухоли получили в результате наличия в них эпителиальных и соединительных тканей. Смешанная опухоль состоит из жировой, миксоматозной, хрящевой, мышечной, железистой и костной тканей.
- Клинически смешанная опухоль обычно обнаруживается в области околоушных слюнных желез (80-90 %). Часто поражаются околоушные слюнные железы, реже - другие отделы челюстно-лицевой области (поднижнечелюстная, подъязычная, малая слюнные железы).
- Этиология: задержка роста эмбриональных клеток, развитие и рост которых возникают вдруг под влиянием неизвестных в настоящее время причин. Характерно также наличие нескольких зачатков опухоли. Количество зачатков смешанной опухоли может достигать до нескольких десятков. Этим иногда объясняется возобновление роста опухоли после тщательного удаления ее вместе с оболочкой.

Злокачественные опухоли челюстно-лицевой области

- Органы и ткани челюстно-лицевой области относительно часто поражаются раком и саркомой (от 2 до 7 % общего числа больных злокачественными опухолями). Так, рак языка, слизистой оболочки полости рта встречается в 2 % случаев рака, рак челюсти - в 3 %, рак губы - в 7 %.
- Этиология: влиянием постоянных раздражителей на лицо человека (ультрафиолетовые лучи, смена температуры воздуха, химические факторы); при употреблении чрезмерно горячей или холодной пищи, острой или грубой пищи, длительном механическом раздражении слизистой оболочки острым краем разрушенной коронки зуба или плохим зубным протезом; вредные привычки - жевание табака, вдыхание табачного дыма.
- Предрасполагающими факторами возникновения злокачественной опухоли являются хронические воспалительные процессы (хронический гайморит, длительно незаживающие трещины, язвы, лейкоплакия).

- **Рак губы** встречается наиболее часто, преимущественно у мужчин, в основном, нижняя губа.
- Предрасполагающие факторы: курение, хейлиты, гиперкератозы, хронические трещины.
- Протекает относительно благоприятно.
- По своему строению является ороговевающим.
- Объективно: появление инфильтрата в подслизистом слое губы, затем язва с плотным валиком, позже - метастазы в подподбородочные и поднижнечелюстные лимфатические узлы. Узлы при этом умеренно увеличены, плотны, подвижны, безболезненны. Дно язвы выстлано некротическими тканями, края выворочены, приподняты над поверхностью губы. Губа значительно увеличивается, подвижность ее ограничена. Через некоторое время раковая опухоль распространяется на костную ткань челюсти.
- Лечение: устранение первичной опухоли, лучевая терапия, криодеструкция, иссечение участка, превентивная операция на регионарном лимфатическом аппарате, лечение метастазов, симптоматическое лечение.

- **Рак языка** возникает чаще на боковой поверхности языка и в области его кончика. Болеют чаще мужчины.
- Предрасполагающие факторы: механическая травма языка острыми краями разрушенных зубов или плохо подогнанными протезами, термическое и химическое раздражение, длительно существовавшая лейкоплакия.
- Объективно: появление инфильтрата в подслизистом слое или плотное эпителиальное разрастание типа папилломы, после его распада образуется язва с вывороченными краями, легко кровоточит. Язык теряет способность активно двигаться, затрудняется процесс самоочищения полости рта. Сопутствующая микрофлора усугубляет некроз тканей языка. В связи с этим у таких больных могут возникнуть воспалительные явления, маскирующие основной процесс. Отмечается резкий, зловонный, гнилостный запах изо рта.
- При раке языка быстро возникает метастазирование клеток опухоли в поднижнечелюстные, под подбородочные, шейные лимфатические узлы.
- Лечение: проводят рентгено- и радиотерапию первичного очага, половинная резекция (электрорезекция). Проводится иссечение клетчатки, лимфатических узлов, поднижнечелюстных слюнных желез в поднижнечелюстной области и в области шеи (фасциально-футлярное иссечение).

- **Рак слизистой оболочки полости рта** встречается в 1 % случаев поражения раком.
- Процесс может развиваться на слизистой оболочке щек, альвеолярного отростка, мягкого и твердого неба, дна полости рта. Гистологически относится к плоскоклеточному раку.
- **Объективно:** появление папилломатозных разрастаний, которые увеличиваются и изъязвляются с образованием болезненной щелевидной язвы. У основания таких новообразований - плотный безболезненный инфильтрат. Рак слизистой оболочки альвеолярного отростка распространяется на кость челюсти, что приводит к расшатыванию зубов. Отмечается гнилостный запах изо рта.
- **Лечение:** лучевая терапия первичного очага и метастазов, иссечение тканей дна полости рта в сочетании с резекцией нижней челюсти и языка, операции на лимфатическом аппарате.
- Рак слизистой оболочки щеки развивается редко, на фоне лейколакии, преимущественно у мужчин старше 50 лет, течение благоприятное.
- **Объективно:** чаще локализуется на слизистой щеки по линии смыкания зубов в виде язвенно-бородавчатого или бородавчатого образования. Со временем прорастает в подлежащие мышцы и кожу щеки, крыловидные складки.
- **Лечение комбинированное.**

- **Рак нижней и верхней челюсти**
- Рак нижней челюсти развивается у лиц старше 40 лет, локализуется чаще в области малых и больших коренных зубов в виде язвенно-бородавчатого или бородавчатого образования. Дном язвы является шероховатая узурированная кость серого цвета. Имеются боли, зубы в пределах опухоли становятся подвижными. Характерно раннее метастазирование в регионарные лимфатические узлы. Рентгенографически: деструкция костной ткани без четких границ, по типу "тающего сахара". Периаостальная реакция отсутствует.
- Лечение: лучевая терапия первичного очага и регионарных метастазов, оперативное лечение.

- **Рак верхней челюсти** проявляется в виде плоскоклеточного рака с ороговением или без ороговения. Гистологически определяются железистые образования. Клинические проявления: вначале - характерная картина рака слизистой оболочки рта, позже появляются подвижность зубов, затрудненное носовое дыхание, ограничивается открывание рта, затем присоединяется картина поражения слизистой оболочки пазухи (отделяемое из носового хода, заложенность носа). Рентгенологически: остеолитический по типу "тающего сахара" в межкорневых и межзубных перегородках, альвеолярном отростке; изменения прозрачности верхнечелюстной пазухи и последующее рассасывание костных стенок пазухи.
- Лечение: лучевая терапия, хирургическое лечение - резекция верхней челюсти.