

Онкологические заболевания челюстно-лицевой области

- Опухоли или новообразования – это неконтролируемое патологическое размножение клеток различных тканей организма, которое наблюдается как у представителей животного мира, так и у растений.
- С клинической точки зрения различают злокачественную и доброкачественную опухоли. Злокачественная имеет прямую угрозу для жизни человека независимо от локализации в организме, в то время как доброкачественная опухоль опасна лишь в исключительных случаях (например, в области черепа или кишки).
- На сегодня не существует стопроцентно универсального метода лечения рака. Выбор того или иного вида лечения (или же их комбинации) в каждом отдельном случае определяется строго индивидуально, после тщательного обследования больного.

- ▣ 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).

Классификация опухолей головы и шеи

- ▣ Новообразования головы и шеи подразделяются согласно следующей классификации:
 - ▣ По клиническому течению:
 - ▣ доброкачественные
 - ▣ промежуточные (местнодеструкующие)
 - ▣ злокачественные
 - ▣ По тканевой принадлежности:
 - ▣ из эпителия
 - ▣ из соединительной ткани
 - ▣ из нервной ткани
 - ▣ из меланообразующей ткани
 - ▣ По степени дифференцировки опухолевых клеток:
 - ▣ зрелые (высокодифференцированные)
 - ▣ незрелые (малодифференцированные и недифференцированные)
 - ▣ По степени распространённости: согласно TNM-классификация стадий развития злокачественных опухолей

TNM классификация

- ▣ Классификация подразделяется на три основных параметра.
- ▣ Первый — T (англ. tumor) — размер опухоли и степень её врастания в ткани,
- ▣ второй — N (англ. nodus) — поражение лимфатических узлов,
- ▣ третий — M (англ. metastasis) — наличие или отсутствие метастазов.

- ▣ В свою очередь эти параметры подразделяются на ряд значений.

- ▣ Градация
- ▣ T — размеры первичной опухоли:
- ▣ TX — данные о наличии опухоли отсутствуют;
- ▣ T0 — опухоль отсутствует;
- ▣ Tis(in situ) — опухоль не выходит за пределы места возникновения;
- ▣ T1 — опухоль затрагивает окружающие ткани органа;
- ▣ T2 — опухоль затрагивает серозную или адвентициальную оболочку органа;
- ▣ T3 — опухоль затрагивает все ткани органа;
- ▣ T4 — опухоль выходит за пределы органа, может прорасти в окружающие органы и ткани.

- Опухоли головы и шеи - это доброкачественные и злокачественные новообразования, к которым относятся:
- опухоли кожи лица
- опухоли нижней челюсти
- опухоли нижней и нижней губы
- опухоли верхней челюсти
- опухоли слюнных желез
- опухоли слизистой оболочки полости рта
- опухоли языка
- опухоли щитовидной железы

- ▣ N — степень поражения лимфатических узлов:
- ▣ NX — данные для оценки состояния лимфоузлов отсутствуют;
- ▣ N0 — поражения регионарных лимфоузлов нет;
- ▣ N1 — метастазы во внутриорганных лимфатических узлах;
- ▣ N2 — метастазы в ближайших внеорганных лимфатических узлах доступные для удаления;
- ▣ N3 — метастазы во внеорганных лимфатических узлах недоступные для удаления.
- ▣ M — наличие отдалённых метастазов:
- ▣ M0 — без отдаленных метастазов
- ▣ M1 — с наличием отдаленных метастазов.

- 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

- 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.

- Нос. Полипы — наиболее частый вид доброкачественных опухолей, локализованных в полости носа и его придаточных пазухах. Они часто множественны, располагаются симметрично, с обеих сторон носовой полости. Проявляются полипы в нарушении носового дыхания, выделении слизи, потере обоняния. Те полипы, которые находятся в области решетчатой кости и носовых раковин, обычно в большей степени аллергического происхождения, а располагающиеся более кзади, скорее, инфекционного генеза. При исследовании надо провести тест на аллергическую настроенность организма больного. Образование полипов в полости носа (это доказано)¹ связано с приемом аспирина. Эффект при терапии могут оказать носовые стероидные ингаляторы. Иногда целесообразно произвести хирургическое удаление полипов.

Юношеская назофарингеальная ангиофиброма представляет собой доброкачественную, но очень экспансивную опухоль, вызывающую деструкцию окружающих тканей, которая типична для лиц мужского пола в возрасте 10~20 лет. Возникая в полости рта и верхнего носового хода¹, она может широко распространяться в околоносовые пазухи, орбиты, крылонебную и среднюю черепную ямки. К ранним симптомам относятся; нарушения носового дыхания и носовые кровотечения, в то время как при выраженном процессе отмечаются выпячивание глазного яблока и дисфункция черепно-мозговой иннервации. Перед лечением показана ангиография с последующим хирургическим удалением полипов. Примерно в 10% случаев требуется внутричерепной доступ. Лучевая терапия в целом приберегается для остаточных явлений патологии или на случай, рецидива, хотя есть сообщение, что применение лучевой терапии в качестве первого

- 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 инклюдционные кисты кожи, добавочные зубы или сомоидный

Рак

Общие положения. Инвазивные карциномы головы и шеи нарушают нормальную деятельность систем пищеварения и дыхания. Расстройство процессов питания, дыхания и речи проявляются гипотрофией, обструкцией верхних дыхательных путей и повторной аспирационной пневмонией. У 60% больных, умирающих от рака тканей головы и шеи, нет клинических признаков метастазов, помимо локальных проявлений патологии. Наиболее частые причины смерти среди этих больных: инвазия в ЦНС, разрыв крупных сосудов, обструкция верхних дыхательных путей, варианты инфильтрующей местной обструкции. Из-за преимущественно локально-регионарного распространения болезни особое внимание должно быть уделено локальной диагностике и терапии. Большинство злокачественных опухолей, развивающихся на голове и шее, относятся к плоскоклеточным карциномам (эпидермоидные карциномы), происходящим из дыхательного и плоскостлоистого (многослойного) эпителия верхнего участка респираторного тракта. Большинство плоскоклеточных карцином головы и шеи проявляются сходно. Какие-либо особенности их клиники зависят от нарушения нормальной деятельности тканей, расположенных в их эпицентре, и от тех зон, куда они распространяются. Назофарингеальная карцинома проявляется нарушением носового дыхания и прогрессирующей патологией черепно-мозговой иннервации. Карцинома диафрагмы рта может проявляться болью. Ограничения движения языка и дисфагия приводят к дефицитному питанию и возможной аспирации. При составлении плана терапии по спасению больного, страдающего раком головы и шеи, требуется оценка как опухолевого роста, так и степени локальных функциональных нарушений. Взвешенный выбор подходящей комбинации из лучевой терапии, варианта удаляющей и реконструктивной операции, химиотерапии относится к определяющим в попытке продлить жизнь пациента и восстановить в удовлетворительном объеме деятельность его организма и внешний вид. Совершенно необходим полидисциплинарный подход к данной группе опухолей.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

- Эпидемиология. В США отмечается в год 30-40 тыс новых случаев рака головы и шеи и соответственно 10-15 тыс летальных исходов при данной патологии. Примерно 30% больных с диагнозом плоскоклеточной карциномы верхнего отдела респираторного тракта умирают от данной патологии. В США, похоже, отмечается четкая зависимость между развитием плоскоклеточной карциномы и хроническим употреблением алкоголя и табака в комбинации. Употребление табака и алкоголя по отдельности увеличивают вероятность развития плоскоклеточной карциномы, но комбинация этих веществ резко усиливает данный риск. Несмотря на разную значимость предположительных причинных факторов в развитии рака головы и шеи, во всем мире складывается впечатление, что определяющим фактором в развитии плоскоклеточной карциномы является химический канцероген и что существует линейная зависимость между дозой канцерогена и временем развития опухоли. Поэтому профилактика целесообразна и возможна. Роль вирусного канцерогена (стимуляция и продвижение) остается неясной, но, безусловно, значимой. Пациенты с папилломатозом в носовой полости и гортани, вызванным папилломавирусом, относятся к представителям группы наибольшего риска по развитию плоскоклеточной карциномы. Повышенный; титр антител к вирусу Эпштейна-Барр (ВЭБ) связан с развитием назофарингеальной карциномы, но данный титр не является достаточно специфическим фактором, имеющим клиническое значение, поскольку эта вирусная инфекция широко распространена. О том, что вирус играет или начальную, или способствующую роль в канцерогенезе, говорит не только наличие генома ВЭБ в цервикальных метастазах и первичной опухоли в назофарингеальном отделе, но и отсутствие в лимфатических узлах (ЛУ) антител к ВЭБ у серопозитивных больных (без опухоли) и их отсутствие в метастатических опухолях с другой этиологией. Плоскоклеточные карциномы верхнего отдела респираторного тракта — непропорционально частые находки и необычайно агрессивны у больных с синдромом приобретенного иммунодефицита (СПИД) по сравнению с другими иммунодефицитными состояниями, например хроническим лимфолейкозом. Встречаемость саркомы Капоши в ротоглоточной зоне повышена у серопозитивных больных на вирус человеческого иммунодефицита (ВИЧ+), что может потребовать хирургической или лучевой терапии.

Anamnesis morbi

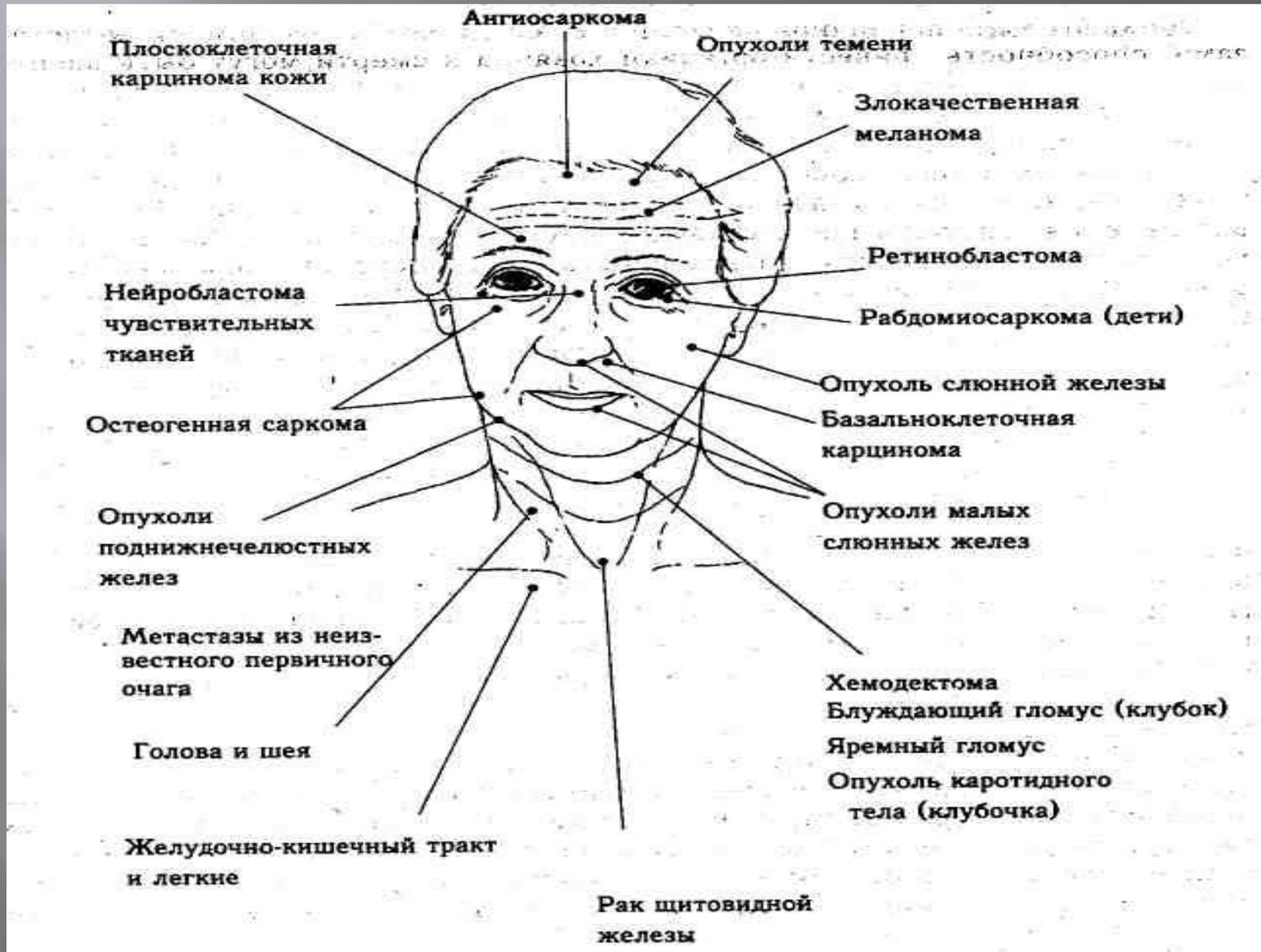
- Вирусная инфекция, хроническое раздражение неудачным зубным Протезом, травма, инфекция из-за плохого ухода за полостью рта могут стимулировать реакцию эпителия, называемую гиперплазия или папилломатоз, при которой клетки с нормальной конфигурацией ДНК и структурой органелл пролиферируют, что приводит 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.

- ▣ Вирулентность первичной опухоли и ее сходство с имеющимися метастазами, способность привести организм хозяина к смерти могут быть оценены множеством методик. Размер первичной опухоли служит главным параметром, определяющим клиническую фазу процесса в соответствии с классификацией TNM, одобренной Американским объединенным раковым комитетом и другими известными организациями. Хотя это и грубая характеристика, но она очень удачно описывает прогноз заболевания и желаемый вид лечения. Гистологические характеристики, такие как степень дифференциации, инвазивность, насыщенность микрососудами, периневральная распространенность и толщина опухоли, используются для прогнозирования вероятности метастазирования в лимфатических узлах и прогноза в целом. Другие микробиологические методики, позволяющие высказаться о прогнозе, включают подсчет анеуплоидии, оценку тимидинового индекса, выраженность антигенов гистосовместимости и уровень рецепторного фактора эпителиального роста. Производились также гистологические, биохимические и генетические оценки опухолей головы и шеи, чтобы спрогнозировать реакцию организма на лучевую и химиотерапию.

- Как и при большинстве плотных опухолей наиболее убедительным прогностическим фактором при раке головы и шеи является присутствие или отсутствие метастазов в лимфатические узлы (ЛУ). Клинико-патологическая оценка стадии заболевания, т. е. новообразования, располагающегося на шее, в соответствии с системой Американского объединенного ракового комитета зависит от количества обнаруживаемых ЛУ, их величины, фиксации к коже или подлежащим и расположенным сбоку мышцам шеи — все это при учете характеристик первичной опухоли. Хотя, безусловно, имеется много критериев, описывающих поведение первичной опухоли, именно ее размер и степень дифференциации относятся к полезным прогностическим факторам, оценивающим риск развития метастазов. Развитая Т стадия в целом свидетельствует о развитой N стадии. Наличие отдаленных метастазов тем не менее более тесно связано с N стадией, чем с T стадией заболевания. При III стадии карциномы полости рта 2-летний период выживаемости у пациентов без метастазов в ЛУ отмечается в 87% случаев, при внутрикапсулярных метастазах в ЛУ — в 75% случаев, а при шейных метастазах с внекапсулярным распространением — только в 39% случаев.

- Бесконтрольный рост плоскоклеточного рака на шее проявляется кровотечением из данной артерии, пролиферацией в симпатический узел с появлением синдрома-Горнера (Horner), эрозией шейных позвонков, захватом в процесс черепно-мозговых нервов (IX, X, XI и XII пар) на основании черепа, обструкции воздухоносных путей и параличом плечевого сплетения. Локализация первичной опухоли определяет расположение шейных метастазов. При раке миндалин и основания языка чаще отмечаются метастазы в область шеи, в то время как эта вероятность существенно ниже при опухоли, исходящей из слизистых оболочек щек и неба! Наличие отдаленных метастазов от плоскоклеточной карциномы колеблется от 31% у больных без признаков шейных метастазов до 59% у пациентов с выраженной картиной болезни на шее. Несмотря на относительно частую встречаемость, они (периферические метастазы) не обязательно служат причиной смерти пациента.

Злокачественные процессы на голове и шее.



- Хотя метастазы могут располагаться в любых органах и тканях, чаще всего метастазирование происходит в легкие, кости, кожу и печень. Системные проявления при наличии в организме как локальной, так и диссеминированной опухоли включают гиперкальциемию из-за метастазов в кости и циркуляцию в крови паратгормоноподобных пептидов, так же как элементов вазопрессинподобных субстанций. Существуют некоторые доказательства того, что широкое применение химиотерапии, изменило естественное течение процесса метастазирования плоскоклеточной карциномы, увеличивая число пациентов, умерших в результате диссеминации заболевания

Диагностика и оценка патологии

- К важной диагностической детали анамнеза и физикального обследования больных с потенциальным раком головы и шеи относится констатация хронического табакокурения и употребления алкоголя. Мужчины старше 40 лет с таким фактом в анамнезе составляют около 80% всех больных с раком головы и шеи. А если дополнительно в анамнезе есть упоминания о раке легких, пищевода или головы и шеи другой локализации, то тогда у этих пациентов отмечаете» высокая степень риска. Также имеет значение иммунодефицит, связанный; например, с трансплантацией по поводу почечной недостаточности, дефицитом питания и СПИДом.
- Весьма часто при физикальном осмотре отмечаются признаки опухоли уже в далеко зашедшей стадии развития. Боль в области уха у взрослого встречается относительно редко и обычно указывает на злокачественный процесс в области-полости рта, ротоглотке или гортани. Ощущение ползания мурашек по губе или щеке может свидетельствовать о распространении карциномы на интраорбитальные нервные стволы. Изменение речи (артикуляции звуков) является другим физикальным признаком карциномы в полости рта. Осиплость голоса служит признаком поражения голосовых связок в результате локального роста опухоли. Нарушение движения воздуха по дыхательным путям обычно относится к поздним симптомам, но может встретиться в неотложной ситуации. При оценке больного необходимо осмотреть весь верхний участок оровоздушного тракта. Важно провести внимательный осмотр полости рта и непрямую ларингоскопию зеркалом. Появление гибкого назофарингоскопа существенно расширило возможность обследования. Всегда следует оценить объем движений языка.

- Также важно положение и степень свободы движений голосовых связок. Ограничение движений нижней челюсти может быть связано с прямым распространением опухоли или ростом опухоли через ретромолярный треугольник. Такая причина может вызвать очень дискомфортный симптом тризма, зловещий клинический признак. При исследовании шеи выявляется наличие или отсутствие метастазов в ЛУ. При внимательном исследовании становится возможным установить N стадию, в которой находится пациент, что служит важным прогностическим фактором. При подробном неврологическом осмотре можно выявить еще более серьезную патологию. Сюда входит нарушение движений глазного яблока (нарушение, зависящее от внешних причин, не связанных с патологией органа зрения) или синдром Горнера из-за инвазии опухоли в нижний шейный симпатический узел. Оценка отдаленных метастазов производится с помощью лабораторных методик, рентгеновского обследования с обязательным привлечением данных анамнеза и физикального осмотра. Плевральная боль или одышка может свидетельствовать о вовлечении в процесс легкого, а определенного типа боль в некоторых местах может указывать на переход процесса на костную ткань.
- Окончательный диагноз зависит от результатов биопсии. Если первичная опухоль доступна обзору, то производится краевая биопсия с одной стороны опухоли. В связи с возможностью протекания нескольких первичных (опухолевых) процессов одновременно< следует внимательно обследовать весь верхний* участок ротовоздушного тракта. При* поиске злокачественного процесса на голове и шее целесообразно провести эндоскопическое обследование, преследующее три цели: прямую ларингоскопию, бронхоскопию и эзофагоскопию. Рентгенологическое исследование по поводу патологий головы и шеи включает оценку нижней челюсти (рентгенологическое исследование зубов, панорамные и серийные снимки). Ультразвуковое сканирование костей часто дает ложноположительные результаты, в то время как компьютерная томография (КТ) — очень чувствительный метод при диагностике патологии костей. Магнитно-резонансная томография (МР-томография) принадлежит* наверно, к одному из наиболее точных и полезных методов оценки состояния нижней челюсти, То же заключение верно и в

Терапия.

- ▣ Выбор варианта радикальной или паллиативной терапии у пациентов с обсуждаемой патологией основан на клинической стадии (TNM), опухоли в момент осмотра. Цель терапевтического воздействия заключается в полном устранении патологии на локальном и регионар-ном уровнях. Паллиативные оперативные вмешательства предложены для облегчения боли, устранения нарушения воздухообмена, улучшения деятельности органа на локальном уровне, нормализации гигиенической проблемы. Паллиативные процедуры иногда оправданы, если уже есть отдаленные метастазы. При локальном или локально-регионарном распространении процесса субтотальная резекция не является методом выбора ни при каких условиях. Для небольших опухолей (менее 2 см) хирургическое вмешательство и лучевая терапия (хорошо спланированная и соответствующим образом выполненная) дадут необходимое качество локального контроля и увеличат срок выживания после вмешательства. Далее выбор метода терапии зависит от способности пациента слушаться рекомендаций хирурга, волевых усилий больного, сопутствующей патологии, стоимости лечения, его зависимости от нормального функционирования организма больного в целом и возможностей терапии. Когда размер опухоли увеличивается до стадии T2 или больше, вероятность локального контроля и полного излечения только с помощью лучевой терапии уменьшается. Поэтому при обширных опухолях более предпочтительной становится только операция или операция в сочетании с вспомогательной лучевой терапией. Использование химиотерапии в послеоперационном периоде при многих исследованиях оказалось безуспешным. Несмотря на высокую положительную оценку

- ▣ Фундаментальным принципом терапии солитарной опухоли служит блочный подход (т. е. терапия блока тканей), независимо от того, идет ли речь о резекции или лучевой терапии первичной опухоли и регионарного процесса на шее. Когда на шее пальпируются увеличенные ЛУ, подтверждение наличия метастазов может быть получено после аспирации материала иглой и его цитологического анализа. Другой вариант, если решение по поводу выбора метода терапии будет сделано исключительно по клиническим соображениям. Пальпируемые или определяемые рентгенологически метастазы в ЛУ требуют того или иного хирургического вмешательства на шее, выполняемого последовательно удалением первичной опухоли. При субклинических проявлениях заболевания или присутствии микрометастазов модификация оперативного вмешательства на шее или вид лучевой терапии определяется основной схемой терапии, которая выбрана для лечения первичной опухоли.

Реконструктивное

вмешательство.

- Совершенствование методов реконструктивных операций и способов исследования хирургической патологии, более глубокое понимание естественного течения рака головы и шеи сделали одноэтапную реконструкцию в момент первоначального хирургического вмешательства в большинстве случаев стандартной процедурой. При плоскоклеточной карциноме верхнего участка ородыхательного тракта обычно возможно одномоментное удаление первичной опухоли и регионарных метастазов, проведение реконструкции и получение подтверждения (посредством краевой криобиопсии) о радикальности вмешательства. При злокачественных процессах, затрагивающих кость, когда краевая криобиопсия может дать ошибочный результат, при рецидиве с курсом лучевой терапии в анамнезе или если есть некоторая неопределенность в отношении плана оперативного вмешательства, более подходящим вариантом может быть проведение реконструкции во вторую очередь.
- Основными целями хирургического вмешательства служат восстановление непрерывности пищеварительной трубки с эпителиальной выстилкой, создание удовлетворительного внешнего покрытия для защиты крупных сосудов и костных выступов и отделение ЦНС от верхнего участка пищеварительного тракта.

- Принципиальное достижение в реконструктивной хирургии последних десятилетий состоит в возможности переносить крупные участки хорошо васкуляризованных тканей в область шеи и головы. В 70-е годы XX века стало ясно, что кровоснабжение кожи осуществляется не только через хаотично расположенные подкожные сосудистые сплетения и аксиальные (осевые) кожные сосуды, но также и через перфорантные сосуды из подлежащей мускулатуры. Большие плоские мышцы грудной клетки могут быть ротированы на своих длинных сосудистых ножках. Эта концепция изменила реконструктивную хирургию, в частности, занимающуюся вмешательством по поводу дефектов на голове и шее. С этой целью вместе с кожей или изолированно могут использоваться *mm. pectoralis major, latissimus dorsi, trapezius, sternocleidomastoideus* и *platysma*. Микрососудистая пластика или трансплантация свободного лоскута сделали возможными для хирурга закрывать любые дефекты на голове и шее, независимо от их размеров и степени сложности. Большое количество доступных методов позволяет хирургам, занимающимся реконструктивной хирургией, выбирать наиболее удачный метод или методы в каждой конкретной ситуации и анализировать полученные результаты.

Осложнения.

- Осложнения при лечении рака шеи и головы можно классифицировать как анатомические, физиологические, технические или функциональные. Наилучший способ лечения осложнений — это их профилактика. Важными неспецифическими мероприятиями являются раннее восстановление положительного азотистого баланса» хорошая предоперационная санация легких, контроль за течением сахарного диабета; устранение алкогольной зависимости. Применение антибиотиков перед операцией уменьшает вероятность раневой инфекции и соответствующих осложнений. Предоперационная лучевая терапия в терапевтических дозах определенно увеличивает риск возникновения осложнений. Обучение пациента в этих вопросах служит решающим фактором, чтобы внушить ему мысль о важности совместных действий при реабилитационных мероприятиях в послеоперационном периоде.
- Повреждение нервов — достаточно частое осложнение в хирургии рака шеи и головы. Могут случаться травмы в результате натяжения, электроожога или других неудачных технических манипуляций. Безусловно, важнейший момент — это осторожная, точная техника оперативного вмешательства и хорошее знание нормальной анатомии.

- Другой причиной осложнений может быть ишемия тканей в ране. Предоперационная лучевая терапия нарушает кровоснабжение тканей. Гипопаратиреозидизм также относится к осложнениям, которые возможны после радикальной ларингофарингэктомии. Закупорка одной или обеих яремных вен в комбинации с лимфатическим отеком лица может вызвать отек мозга. Расхождение краев раны или некроз трансплантированного лоскута могут привести к обнажению а. carotis, ранее подвергшейся лучевой терапии. Бактериальная инфекция и последующий разрыв не являются столь редкими в этой ситуации и должны рассматриваться как ургентный хирургический случай. Другие катастрофические осложнения которые могут случиться, — это острая обструкция дыхательных путей «следствие гематомы или смещения трахеотомической трубки, трахеобезымянная фистула (свищ) или массивное кровотечение. Может также возникнуть гяоточно-кожный свищ, лечение которого заключается в трансплантации кожно-мышечного лоскута для создания хорошо васку-ляризированной ткани.

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, ретромоляр-ный 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. pectoralis major для внутренней выстилки и кожный лоскут с m. deltopectoralis и т. 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 опорочиться 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 зоны 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 про-исходить в. подслизистом слое на основание 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 пережи-ваемость 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. pectoralis 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 raetatarsurtt*. 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 (hypopharynx). Важной характеристикой глотки является ее роль в разделении пищеварительного тракта и воздухоносных путей.
- В состав глотки входят основание языка, начиная от окруженной сосочками спинки, миндалина, мягкое небо/боковые стенки глотки, задняя стенка глотки. Границы hypopharynx отражают ее анатомическое соседство с гортанью. Стенка глотки опускается от кончика надгортанника до нижней границы перстневидного хряща гортани. Передней границей hypopharynx 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 сосочкового вала на основании языка, обычно протекает бессимптомно, и диагноз ставится на поздней фазе развития болезни. Патология часто пропускается из-за нежелания врачей, осуществляющих первичную диагностику, сделать напрямую ларингоскопию или пропальпировать основание языка. При центральной локализации 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 лимфоэпителиомы 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 кератиноproduцирующей плоскоклеточной карциномы. При опухолях удовлетворительные локальные результаты при контроле отмечаются у 75% больных. Сопутствующая аспирационная 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) глосэктомию. 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 достигим 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 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-

- Мягкое небо
- Изолированная карцинома мягкого неба встречается редко; такая патология чаще наблюдается в комбинации с другими явными злокачественными процессами или в сочетании с предраковым заболеванием, например, с эритроплакией. Оральная часть мягкого неба чаще всего является местом расположения злокачественной опухоли. В 50% случаев наблюдаются односторонние метастазы в шейные ЛУ (конкретно в яремные и прилежащие к *m. digastricus*), билатеральные метастазы отмечаются в 15% случаев.
- Лечение карциномы мягкого неба проводится по обычным правилам: небольшие опухоли хорошо поддаются радикальной лучевой терапии в дозе примерно 6500 сГр, а комбинированная терапия (хирургическая операция в сочетании с вспомогательной лучевой терапией) показана для получения должного эффекта при больших опухолях. Использование лучевой терапии чрезвычайно важно из-за больших сложностей при реконструкции мягкого неба после радикального вмешательства.

- Нурорфаринх
- Нурорфаринх состоит из грушевидных синусов, латеральной и задней границ слизистой оболочки гортани и задней стенки глотки. Опухолевый рост в этой зоне теснейшим образом связан с функциями гортани. В большей степени, чем при росте опухоли грушевидного синуса, вероятность достижения ею T стадии увеличивается при переходе процесса на медиальную стенку или при фиксации голосовых связок. Другим фактором, который необходимо принять в соображение при карциноме нурорфаринх, является переход процесса на шейный отдел пищевода. Такая прогрессирующая фаза развития локальной болезни встречается достаточно часто, причем только у 10-15% больных опухоль в нурорфаринх локализуется с одной стороны. Даже при опухолях малого размера отмечается большая вероятность метастазов в ЛУ. От 50 до 60% больных попадают к врачу с пальпируемыми поражениями ЛУ, а у 40% больных с клинически незатронутыми ЛУ метастазы наблюдаются после пробного хирургического вмешательства на шее. Отдаленные метастазы в момент первичного осмотра и в ходе терапии обнаруживаются чаще, чем при другой первичной локализации опухоли.
- Поскольку карцинома нурорфаринх обычно не может быть обнаружена на ранней фазе развития, то лечение проводят, как правило, комбинированное, включающее хирургическое вмешательство и вспомогательную лучевую терапию. Объем оперативного вмешательства зависит от распространения процесса на гортань. Наиболее часто требуется операция, включающая ларингофарингэктомию с двусторонним удалением ЛУ на шее. При таком

- Попытка сохранить непрерывность слизистой оболочки на глотке после парциальной ларингофарингэктомии влечет за собой большую вероятность возникновения свища. Поэтому при реконструкции предпочтительнее использовать свободный аутотрансплантат кишки или кожи. Когда в результате операции возникает круговой дефект ткани, то его можно закрыть трансплантацией кожи: для задней стенки новой глотки следует взять превертербральную фасцию, а для замещения 270-градусного циркулярного дефекта и создания глоточной трубки следует взять *m. pectoralis major* с соответствующим участком кожи.
- Когда при лечении карциномы глотки тотальная эзофагэктомия составляет часть общего плана терапии, для восстановления целостности пищеварительного канала применяют транспозицию желудка и части толстой кишки в грудную полость. Подтягивание желудка на сосудистой ножке из *a. v. gastricae* + *a. v. gastroepiploicae* представляет собой вполне реальную методику, к сожалению, сопровождающуюся летальностью в 10-20%
- Хотя накоплен опыт по трансплантации сегментов желудка, толстой кишки и тощей кишки, но наибольшее количество информации существует по пересадке аутотрансплантата именно тощей кишки. Успех при реконструкции с использованием тощей кишки сопутствовал 90% больных. Из всей группы таких пациентов у 80% питание через рот было восстановлено полностью.
- При плоскоклеточной карциноме шейного отдела пищевода попытка реконструктивной операции встречает те же сложности, что при операциях на *hypopharynx*. Локальный процесс может распространиться в субслизистом слое, в связи с чем может потребоваться тотальная эзофагэктомия. Лимфатический отток из шейного отдела пищевода больше ориентирован на средостение и окологлоточные узлы, чем латерально на шею, поэтому для удаления ЛУ необходим другой-доступ.

- 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.

- Компьютерная томография (КТ) помогает очертить проникновение опухоли и через параносоглоточную фасциальную пластинку, и в кости черепа в сочетании с отсутствием параличей черепно-мозговых нервов. Прогноз зависит от результатов гистологического исследования. При кератинпродуцирующей плоскоклеточной карциноме отмечается самый низкий процент 5-летней переживаемости. Круглоклеточная карцинома и смешанная некератинпродуцирующая карцинома гораздо менее вирулентны.
- Лучевая терапия в дозе от 5000 до 8400 сГр на первичную опухоль и в дозе 5000-70 000 сГр на обе стороны шеи дает 5-летний период переживаемости у 100% больных при стадии I и у 30% больных при стадии IV. Суммарная лучевая доза сказывается на выживаемости: при использовании доз меньших, чем указанные выше, результаты лечения явно хуже. 62% случаев нарушений черепно-мозговой иннервации могут быть устранены при лучевой терапии с общей цифрой 37% выживаемости в данной группе пациентов. Отдаленные метастазы при носоглоточной карциноме встречаются весьма часто, особенно у больных с крупными метастазами на шее. Тем не менее с течением времени вспомогательная химиотерапия в целом оказалась не слишком успешной.

- Полость носа
- Полость носа и придаточные пазухи носа контактируют со многими канцерогенами из воздуха, однако злокачественный процесс в этой области организма возникает редко. Этот тип карциномы оказался эндемичным в районах Южной Африки, где нюхательный табак имеет значительное содержание никеля. У работников деревообрабатывающей промышленности также отмечают повышенный риск возникновения адено-карциномы тканей в придаточных пазухах носа из-за вдыхания ими, древесной пыли. Гистологически чаще всего это плоскоклеточная карцинома, хотя в 20% случаев могут быть аденокарцинома, аденоидная кистозная карцинома и слизисто-эпидермальная карцинома. Метастазы в ЛУ нехарактерны.
- Симптомы достаточно неопределенные, включают обструкцию носа, локальную боль, носовые кровотечения и отек щеки. Диагноз ставится при интраназальной биопсии через расширитель или путем антростомии через латеральную носовую стенку или щечно-губную борозду. Синусы в верхней челюсти в большинстве случаев служат локусами, откуда исходит обсуждаемая опухоль.

- ▣ Лечение опухолей, происходящих из параназальных синусов, осуществляют комбинацией лучевой терапии и хирургического вмешательства. Лучевая терапия per se дает слабый паллиативный результат и неприемлемо низкий уровень выживаемости. Обычной методикой является предоперационная лучевая нагрузка в дозе 6000 cГр в комбинации с радикальным хирургическим вмешательством, что дает 3-летний период выживаемости примерно у 10-30% больных.
- ▣ При хирургическом вмешательстве одним блоком удаляют пораженный синус и окружающие, вовлеченные в процесс, ткани. Тотальная мак-силэктомия с или без эвисцерации содержимого орбиты может потребоваться для соблюдения принципа радикальности. Черепно-лицевая техника операции увеличила возможности хирургов по безопасному устранению опухоли из этмоидального и других параназальных синусов, что увеличило вероятность 5-летнего срока выживаемости примерно до 60%.
- ▣ Реконструкция послеоперационного дефекта тканей, которые до этого были облучены, весьма трудная задача. Небольшие дефекты могут быть закрыты протезами зубов или носа. Большие по размерам дефекты тем не менее требуют реконструкции в трех измерениях со свободной пластикой тканями.

- ▣ Параганглиомы
- ▣ Параганглиомы или хемодектомы — это опухоли, располагающиеся на голове и шее и происходящие из нервных гребешковых клеток, которые гистологически напоминают свои аналоги в надпочечниках — фео-хромочитомы. В зависимости от локализации они классифицируются так: каротидное, яремное, вагальное, орбитальное и гортанное тельца. Хотя эти, расположенные вне надпочечников, параганглиозные клетки и содержат небольшое количество катехоламинов, для них нетипично продуцировать Катехоламины в сколько-нибудь значимых количествах. Наиболее часто встречающимся типом Параганглиомы является опухоль каротидного тельца. Обычно она выглядит как опухоль на шее без каких-либо дополнительных симптомов. Только 6% этих опухолей относятся к злокачественным. Параганглиомы хорошо васкуляризированы и при ангиографии выглядят весьма специфически. При лечении необходимо полное удаление опухоли, которая располагается под адвентицией артерии.

- Патология, связанная со СПИДом
- ВИЧ-инфекция вызывает множество патологических отклонений в области головы и шеи как опухолевых, так и неопухолевых. Из-за иммуносупрессии условно-патогенные микробы вызывают серьезную патологию. Одним из ранних проявлений СПИДа может быть кандидоз в полости рта. Из-за вирусной инфекции herpes simplex возможно болезненное изъязвление губ, слизистой оболочки полости рта и ротоглотки. Инфекция, вызванная вирусом ветряной оспы (zoster), — болезненный синдром и распространяется по черепно-мозговой паре.
- Волосатая лейкоплакия в полости рта сходна с лейкоплакией у хронических курильщиков, но чаще обнаруживается на боковой поверхности языка. Такое повреждение может быть ранним признаком ВИЧ-инфекции и являться опять-таки проявлением сниженной иммунной защиты.

- Лимфопролиферативные расстройства характерны для СПИДа, а клинические проявления часто обнаруживаются на голове и шее. Сообщается о вторичном нарушении дыхания в носоглотке из-за гиперплазии лимфо-идного кольца. Лимфаденопатия на шее часто может быть частью клинического симптомокомплекса, характерного для СПИДа. Злокачественные лимфомы, чаще всего состоящие из В-клеток, также могут быть упомянуты в рамках обсуждаемой темы; по частоте они стоят на втором месте после саркомы Капоши. Лимфома из Т-клеток также может встречаться, но вероятность этого существенно ниже. Если патология достаточно хорошо локализована, то лучевая терапия может быть вполне эффективной. Системная химиотерапия с использованием нескольких препаратов также может быть эффективной, но она увеличивает риск возникновения диссеминированной инфекции у больного, уже находящегося в иммуно-супрессивном состоянии.
- При СПИДе саркома Капоши является наиболее часто встречающейся злокачественной опухолью. Оральная форма саркомы Капоши чаще всего располагается на небе. Обычно опухоль множественная. Она может развиваться и метастазировать в шейные ЛУ или слюнные железы. Опухоль первоначально выглядит как плоское пятно с окраской от синего до фиолетового цвета и может выглядеть как подслизистая гематома, возникшая из-за травмы. Далее по мере роста она становится узловатой. Монотерапия винбластином или VP16, а также интерфероном-α используется при системном введении или в виде инъекций в ткань опухоли как стандартная схема терапии саркомы Капоши полости рта.
- Плоскоклеточная (сквамозноклеточная) карцинома проявляется у ВИЧ-инфицированного пациента в раннем возрасте, и в данном случае обычные факторы (курение, алкоголь) не имеют значения. Вероятно, эта ситуация сходна с другим вариантом иммунодефицита, когда пациенту осуществляют (или он уже перенес)

Амелобластическая фиброма



- ▣ 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

- ▣ 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-волокнуистой 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 удлиненные, 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 обезызвленные 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, выступающего 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.

Смешанная гемангиома



карцинома

MedicalPlanet.ru
– медицина для вас.



- Базальноклеточная карцинома относится к раковым заболеваниям кожи. На сегодняшний день это заболевание носит характер эпидемического. За последние 14 лет только в Великобритании по статистическим данным частота возникновения карциномы этого типа возросла на 238%. Процесс карциногенеза инициирует интенсивная инсоляция в возрасте до 20 лет, но клинически проявляется лишь после 40-летнего возраста. Базальноклеточная карцинома возникает из-за того, что интенсивное солнечное облучение приводит к изменениям в структуре ДНК клеток кожного покрова человека, селективно подавляет способности распознавать и гасить активность

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



- 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.

Лимфангиома

- ▣ доброкачественная опухоль, зачастую возникающая ещё при внутриутробном развитии. Клетки опухоли происходят из стенок лимфатических сосудов, тело опухоли макроскопически представляет собой тонкостенную полость различных размеров от 1 мм до нескольких сантиметров. Данные опухоли составляют приблизительно 10 – 12 % всех доброкачественных новообразований у детей.
- ▣ Чаще всего заболевание выявляется в течение первого года жизни ребёнка, как правило большинство подобных образований выявляются к 3-му году жизни. Преимущественно лимфангиомы локализуются в областях скопления лимфоузлов, растут довольно медленно, хотя и в ряде случаев могут резко увеличиваться в размерах за короткое время.





- ▣ Диагностика основана на неинвазивных методах исследования, таких как УЗИ, рентгенография, магнитнорезонансная и компьютерная томография.



Лечение заболевания как правило хирургическое, зачастую производится только при ускорении роста опухоли, или если она располагается так, что представляет опасность для здоровья больного или снижает качество жизни. При отсутствии экстренных показаний операцию выполняют после 6 месяцев жизни ребёнка.

Прогноз заболевания благоприятный, малигнизации опухолей зафиксировано не было. Хирургическое вмешательство полностью устраняет образование.

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



- Цементома — доброкачественная соединительнотканная опухоль, построенная из ткани, сходной с цементом зуба. Гистологическое строение цементом может варьировать: в одних случаях обнаруживаются характерные разрастания грубоволокнистой ткани, сходной с цементом зуба, в других — клеточно-волокну-стой ткани с участками обызвествления.
- Цементома чаще развивается на нижней челюсти, преимущественно у молодых женщин. Крайне редко бывает множественное поражение челюстных костей. Опухоль развивается вокруг корней одного зуба или их группы. Наблюдаются случаи возникновения цементом вдали от корней зубов. Опухоль ограничена капсулой.



- 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 остеобла-стокластому, остеоому, остеоид-остеоому 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 заболеваниях, 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.



Одонтогенные саркомы

- 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



- 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 деструирующим 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. Причинами 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 разновидности 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

СИМПТОМЫ



Начальный период этого вида рака протекает без симптомов. Иногда пациенты отмечают сухость во рту или, наоборот, гиперсаливацию — избыточное выделение слюны. Но связывать эти симптомы с онкопатологией редко кому приходит в голову. С течением времени опухоль разрастается, появляется припухлость, которая может «расти» наружу, выпячиваясь через щеку, а может лишь ощущаться изнутри, при ощупывании языком нижней части полости рта или над молярами (задними зубами). Позднее появляется ощущение онемения щеки с больной стороны, присоединяется боль — чаще тянущая, отдающая в ухо и шею. Многие принимают эту боль за отит, начинают греть ухо, что при онкопатологиях запрещено категорически. И когда рак слюнной железы переходит в конечную стадию, диагноз становится очевиден.

Шваннома

- ▣ Шванномы (невролемомы или невриномы) — это доброкачественные инкапсулированные опухоли оболочки нервного ствола, образованные шванновскими клетками, которые впервые были описаны Верокаи в 1908 году. 25% всех внечерепных шванном возникают на голове и шее, но только 1% — в полости рта.



МИКСОМА



- ▣ Миксома (миксофиброма) — эта опухоль гистогенетически тесно связана с одонтогенной фибромой. Обычно обнаруживается в возрасте 10–30 лет, значительно чаще в нижней, чем в верхней, челюсти. Рост опухоли может быть быстрым и зависит, вероятно, от увеличения основного мукоидного вещества. Опухоль не всегда инкапсулирована, поэтому ее не во всех случаях удастся полностью удалить при операции кюретажа, что обуславливает частое рецидивирование.
- ▣ Рентгенологически определяется разрежение кости с довольно четкими границами.

МИКСОМА



меланома



- Меланома (лат. *melanoma*, *melanoma malignum* от др.-греч. μέλας — «чёрный») (уст. Меланобластома) — злокачественная опухоль, развивающаяся из меланоцитов — пигментных клеток, продуцирующих меланины. Одна из трёх разновидностей рака кожи, и самая опасная из них. Преимущественно локализуется в коже, реже — сетчатке глаза, слизистых оболочках (полость рта, влагалище, прямая кишка). Одна из наиболее опасных злокачественных опухолей человека, часто рецидивирующая и метастазирующая лимфогенным и гематогенным путём почти во все органы.