



ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Выполнил студент
МЛ-602
Мурадов Эшкин

СОДЕРЖАНИЕ:

- Принципы классификации
- Общие принципы диагностики
- Клиническое обследование
- Лабораторные показатели
- Данные инструментального обследования
- Общие принципы лечения

ПРИНЦИПЫ КЛАССИФИКАЦИИ:

- Классификации новообразований строятся по различным принципам: *по локализации, биологическим признакам, клинико-анатомической распространённости, гистологическому строению, степени дифференцировки и др.*
- *Эти признаки влияют на прогноз заболевания*

ПРИЗНАКИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ:

- прогрессирующий рост; инфильтративный характер роста
- ограниченная подвижность;
- постоянные, нарастающие по интенсивности боли
- появление плотного инфильтрата в основании и по периферии опухоли;
- повторные кровотечения;
- изъязвление покровных тканей (слизистой оболочки, кожи);
- отсутствие чётких границ между злокачественной опухолью и окружающими здоровыми тканями;
- неровные контуры; метастазирование;
- нарушением общего состояния больного вследствие интоксикации организма продуктами жизнедеятельности опухоли, а в поздних стадиях - продуктами её распада. Для терминальных стадий характерна кахексия

КЛАССИФИКАЦИЯ ОПУХОЛЕЙ ПО ТКАНЕВОЙ ПРИНАДЛЕЖНОСТИ:

- 1) эпителиального происхождения;
 - 2) соединительно-тканного происхождения;
 - 3) из нервной ткани;
 - 4) из меланообразующей ткани.
-
- Различное тканевое происхождение опухолей отражено в их номенклатуре

КЛАССИФИКАЦИЯ НОВООБРАЗОВАНИЙ ПО СТЕПЕНИ ДИФФЕРЕНЦИРОВКИ КЛЕТОК:

- 1) зрелые (высокодифференцированные);
- 2) незрелые (малодифференцированные и недифференцированные).

ПРОГНОЗ

- Чем менее дифференцирована опухоль, тем злокачественнее ее клиническое течение, выражающееся в быстром темпе роста и метастазирования. Прогноз при таких опухолях неблагоприятен.
- Недифференцированные и низкодифференцированные опухоли в большинстве своём хорошо поддаются лучевому воздействию.
- *Высокодифференцированные опухоли имеют более благоприятный прогноз, но плохо поддаются лучевой терапии иливовсе радиорезистентны.*

КЛАССИФИКАЦИЯ ОПУХОЛЕЙ ПО ПО ЛОКАЛИЗАЦИИ:

- — опухоли кожи лица;
- — опухоли нижней челюсти;
- — опухоли нижней губы;
- — опухоли верхней челюсти;
- — опухоли верхней губы;
- — опухоли слюнных желез;
- — опухоли слизистой оболочки полости рта;
- — опухоли языка

TNM

- В настоящее время в большинстве стран мира принято обозначать распространенность злокачественных опухолей символами TNM. Идея использования системы TNM принадлежит P. Denoix (Франция).
- *Основное правило системы TNM — описание лишь первичных, ранее не леченных злокачественных опухолей.*
- Для оперативных находок существует постхирургическая патогистологическая классификация TNM, обозначаемая pTNM.

TNM

- T — (*tumor* — опухоль) характеризует распространенность первичного очага. Для этого применяются следующие символы: T0, T1, T2, T3, T4;
- N — (*nodulus* — узел) характеризует состояние зон регионарного метастазирования. Символы N0, N1, N2, N3, Nx;
- M — (*metastasis* — метастаз) характеризует наличие или отсутствие отдалённых метастазов. Символы M0, M1, Mx;

ОСМОТР.

- **Изменение кожных покровов.** Обычно больные с злокачественными новообразованиями полости рта, челюстей, а в далеко зашедших стадиях и при раке кожи лица и губ — **бледные, кожа у них сухая, с характерным желтушно-серым оттенком.**
- Больные часто **вялы, угнетены.**
- При поражении опухолью покровных тканей (кожа, слизистая оболочка), доступных для исследования органов (губы, язык, дно полости рта, нёбо, щеки), осмотр является одним из основных методов обследования. При этом необходимо определить **асимметрию органа, цвет покровных тканей как в области опухолевого очага, так и вокруг него, вид и размеры новообразования, его локализацию, близость к жизненно важным органам** (например, при раке верхней челюсти путем внешнего осмотра можно обнаружить асимметрию лица, сглаженность носогубной складки, экзофтальм).

ПЛОСКОКЛЕТОЧНЫЙ РАК КОЖИ ЛИЦА



ПЛОСКОКЛЕТОЧНЫЙ РАК КОЖИ ЛИЦА

- Проявляется в виде сосочка, папилломы или бородавки на широком основании с валикообразными краями и эрозивной поверхностью. Различают язвенный и эрозивный тип новообразования. Обе формы быстро растут, инфильтрируя окружающие ткани, дают метастазы.

БАЗАЛЬНОКЛЕТОЧНЫЙ РАК



БАЗАЛЬНОКЛЕТОЧНЫЙ РАК

- наиболее благоприятно протекающая форма рака кожи, не дающая метастазов. Чаще располагается в области крыльев носа, углов глаз, век, носогубной складки. Проявляется в виде небольшого, просвечивающегося через истонченный эпидермис узелка или группы узелков, растет медленно. Поверхность может изъязвляться, тогда опухоль начинает быстро расти, инфильтрируя окружающие ткани. Диагноз ставится на основании цитологического и гистологического исследования.

РАК НИЖНЕЙ ГУБЫ



-
- 90% всех опухолей встречается в центральной части нижней губы; в 90% случаев гистологической формой является плоскоклеточный рак с ороговением. Предрасполагающие факторы — хроническая травматизация слизистой оболочки губы, курение. Предраковыми заболеваниями являются хейлит, гиперкератоз, бородавчатый предрак, кератоакантома, кожный рог.

-
- *Симптомы. Клиническая картина.* В начале заболевания рак губы проявляется в виде шероховатого уплотнения, покрытого струпом. По краям уплотнения образуется валикообразный венчик. По мере роста опухоли в ней возникают процессы распада, сопровождающиеся изъязвлением; присоединяется вторичная инфекция. Метастазирование в лимфатические узлы наблюдается в 10% случаев. Первые метастазы при локализации первичной опухоли в центральной части губы появляются в подбородочных лимфатических узлах, при боковом расположении первичной опухоли — в подчелюстных лимфатических узлах. Отдаленные метастазы редки. Возможно прорастание нижней челюсти

-
- ▣ **Лечение.** Лечение рака губы I стадии (опухоль не более 2 см) — лучевое (внутриканальное введение радиоактивных игл или короткофокусная рентгенотерапия) или криогенное. Хирургическое иссечение опухоли применяется редко. При II стадии (опухоль более 2, но менее 4 см без метастазов) — лучевая терапия, возможна криодеструкция опухоли. При III стадии (опухоль в пределах губы более 4 см или меньших размеров, но при этом пальпируются лимфатические узлы на стороне поражения) на первичный очаг воздействуют сочетанным лучевым методом, после регрессии опухоли производят фасциально-футлярное иссечение шейной клетчатки с обеих сторон. При IV стадии (распространение опухоли на кости, язык, шею, двусторонние метастазы в лимфатические узлы, отдаленные метастазы) показано паллиативное облучение либо химиотерапия (возможно применение метотрексата, фторурацила, блеомицина, цисплатина).

РАК ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ



-
- В области челюстей развиваются рак и саркома, наиболее часто поражается верхняя челюсть. Предрасполагающими факторами являются хронический воспалительный процесс, травмы, очаги одонтогенной инфекции, пародонтоз, гайморит. Рак верхней челюсти развивается в основном на эпителиальной выстилке слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи и эпителия слизистой оболочки полости рта.

САРКОМА

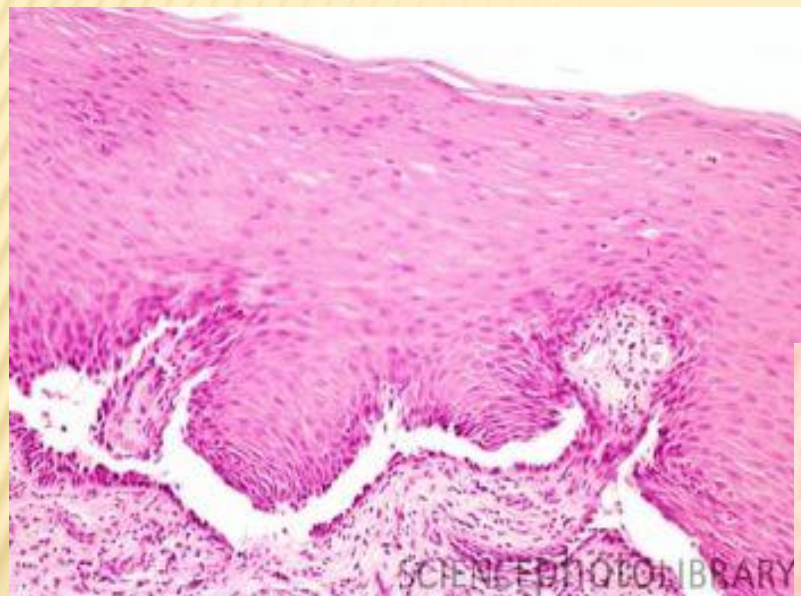


-
- **Саркома** развивается обычно из надкостницы, иногда из костномозговых элементов зубчатого вещества.

Новообразование диагностируется обычно на поздних стадиях развития, когда появляется деформация пораженной челюсти (II—III стадия). Пациенты жалуются на головную боль и боли в зубах, затрудненное носовое дыхание на стороне поражения, появление парестезии и анестезии в области отдельных зубов, щеки, верхней губы, отек век и нарушение зрения.

-
- Кость нижней челюсти, как правило, поражается вторичным раком, распространяющимся из эпителия слизистой оболочки или с нижней губы, дна полости рта, слюнных желез. Саркома развивается из надкостницы, костномозговых элементов или компактного вещества кости. Одним из ранних симптомов является боль или, наоборот, парестезии в области зубов, губы, языка. Позже появляется подвижность зубов, деформация челюсти, в области слизистой оболочки альвеолярной части челюсти развиваются язвы. Процесс распространяется в ретромолярную область, на ветвь челюсти, на жевательную мышцу, миндалины, на мягкое нёбо, боковую стенку глотки. Метастазы чаще определяются в подчелюстной области и быстро становятся неподвижными. Диагностика злокачественных опухолей челюстей основана на оценке жалоб больного, результатов дополнительного обследования рентгенологического исследования и морфологического исследования.

РАК ЯЗЫКА



-
- Рак языка и слизистой оболочки рта поражает чаще мужчин пожилого возраста. Предрасполагающие факторы: травмы языка, слизистой кариозными зубами, плохо подогнанным зубным протезом; курение, жевание табака и жевательных резинок; прием горячей пищи; злоупотребление алкоголем.

Предраковые состояния: хронические трещины, лейкоплакии, а на языке еще и сосочковые разрастания.

-
- По внешнему виду различается грибовидный и язвенный рак языка; на слизистой оболочке — язвенный. Больные отмечают, что язва не заживает в течение длительного срока (недели, месяцы). Она имеет плотные, валикообразные края, зернистое дно, покрытое скудным налетом, плотный инфильтрат в основании. Затем присоединяются боли при приеме пищи, слюнотечение, периодические кровотечения, неприятный запах изо рта. Поражаются подчелюстные и шейные лимфаузлы. Пациент отмечает прогрессирующее падение массы тела. Смерть наступает от кахексии или аспирационной пневмонии, возникающей при распаде опухоли.

Спасибо за внимание!

