

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно - Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Реферат

На тему: «Опухоли челюстно –лицевой области»

Выполнил:
ординатор 2 года обучения
Лисицын Андрей Алексеевич
Проверил:
К.м.н., Поляков А.В.

Красноярск, 2018

Содержание

Введение.

1. Доброкачественные опухоли.

2. Смешанные опухоли.

3. Злокачественные опухоли.

Список используемой литературы.

Введение

Опухоли челюстей - остеогенные и неостеогенные, доброкачественные и злокачественные новообразования челюстных костей. На долю опухолей челюстно-лицевой области приходится около 15% всех заболеваний в стоматологии. Опухоли челюстей могут возникать в любом возрасте, в т. ч. довольно часто они встречаются у детей. Опухоли челюстей разнообразны по своему гистогенезу и могут развиваться из костной и соединительной ткани, костного мозга, тканей зубного зачатка, околочелюстных мягких тканей. По мере своего роста опухоли челюстей вызывают значительные функциональные нарушения и эстетические дефекты. Лечение опухолей челюстей представляет собой технически непростую задачу, требующую объединения усилий специалистов в области челюстно-лицевой хирургии, отоларингологии, офтальмологии, нейрохирургии.

Среди опухолей ЧЛО выделяют:

- а) доброкачественные;
- б) злокачественные опухоли;
- в) смешанные формы (некоторые опухоли слюнных желёз).

1.Доброкачественные опухоли

Фиброма – опухоль, встречающаяся в различных местах челюстно-лицевой области: на альвеолярном отростке, в то под слизистой оболочкой щек, на коже лица.

Вследствие особенностей строения фиброма бывает плотной консистенции.

Фиброма плотной консистенции чаще располагается альвеолярном отростке, давление которой вызывает иногда с зубов. Разрастание опухоли вдоль альвеолярного края отдельных случаях к покрытию зубного ряда ткань Фиброма мягкой консистенции чаще встречается под оболочкой щек.

Распознавание опухоли не вызывает затруднений – фиброма имеет четкие границы, с окружающими тканями не спаяна, целостность слизистой оболочки над ней и опухоль растет медленно, болевых ощущений не вызывает

Л е ч е н и е – хирургическое.

Ретенционная киста слизистой оболочки малой слюнной железы развивается в результате закупорки выводного протока наблюдается на слизистой оболочке губ и щек. При значительных размерах кист (до 0,5 – 1,0 см в диаметре) слизист вокруг кисты истончается и приобретает желтоватый обычно округлой формы с четкими границами. При истонченной слизистой оболочки и оболочки кисты (при приеме пищи, накусывания) она опорожняется, но приобретает прежние размеры.

Л е ч е н и е – хирургическое – вылушивание кист.

Папиллома встречается на слизистой оболочке. Опухоль чаще имеет вид сосочка различной величины. Иногда бывает округлой формы на тонкой ножке бахромы. Папиллома имеет плотную текстуру, вокруг основания ее слизистая оболочка и подслизистый слой нормальной консистенции, уплотнения и инфильтрации нет.

Распознавание папилломы не представляет трудностей, даже при довольно четкой картине доброкачественного образования не следует пренебрегать дифференциальной раковой опухолью, так как в отдельных случаях может быть сходным с папилломой. Основной чертой папилломы являются отсутствие уплотнения и медленный рост.

Следует учитывать действие раздражающих факторов в полости рта, иногда способствующих малигнизации опухоли. Лечение папилломы заключается в иссечении ее с окружающей тканью. Для этой цели может быть использован лазер, электронож. Прижигание папилломы, частичное ее иссечение противопоказаны.

Дермоидная киста представляет собой опухоль, состоящую из соединительной ткани, остатков потовых и сальных желез, волосяных фолликулов, и возникает при патологии эмбриогенеза в местах замещения щели дермой.

Чаще дермоидные кисты встречаются в подподбородочной области между подъязычной костью и внутренней поверхностью подбородочного изгиба челюсти. Дермоидная киста растет медленно, достигая иногда размеров куриного яйца. Располагаясь на дне полости рта, киста может вызывать затруднения при разговоре и приеме пищи. При значительных размерах дермоидная киста может обусловить существенную деформацию лица. Пальпация дермоидной кисты безболезненна, на ощупь тестоподобной консистенции. В сомнительных случаях производится пункция, которая выявляет характерное содержимое (эпидермальные клетки, жир, остатки волос).

Л е ч е н и е дермоидной кисты оперативное. При отсутствии в анамнезе воспалительных явлений киста легко вылуцивается.

Ангиома – сосудистая опухоль, возникающая в результате порока развития сосудов. Чаще ангиома поражает мягкие ткани, однако встречается и внутрикостное ее расположение. В челюстно-лицевой области наиболее часты гемангиомы мягких тканей.

Различают капиллярную, кавернозную и ветвистую формы опухолей. Опухоли располагаются как поверхностно, так и в глубине тканей, поражая иногда всю толщу тканей (щеки, губы). Распознавание поверхностных ангиом не представляет больших затруднений. Характерная окраска, уменьшение при надавливании пальцами и восстановление прежнего объема опухоли после снятия давления подтверждают диагноз.

Ангиомы могут достигать больших размеров, разрушая при этом костную ткань челюстей и вызывая деформацию лица, языка, губ. Случайная травма может вызвать кровотечение. При расположении ангиомы ближе к

слизистой оболочке полости рта возникают кровотечения в результате травмы деформированной слизистой оболочки во время жевания.

Сложно диагностировать глубоко расположенные ангиомы, особенно внутрикостные. Следует учитывать, что с помощью рентгенографии и пункции не всегда удается установить характер заболевания. Для наиболее полного изучения патологии сосудов используют метод контрастной ангиографии.

Этот метод позволяет выявить не только локализацию сосудистой патологии, но и определить размеры ангиом, диаметр приводящих и отводящих сосудов, что помогает при лечении и планировании этапов операции (лигирование приводящих и отводящих сосудов).

Л е ч е н и е. Небольшие ангиомы легко удаляют при незначительной кровопотере. Множественные мелкие ангиомы лечат термокоагуляцией. Обширные ангиомы кожи лица иссекают, а образовавшийся дефект закрывают кожным аутооттрансплантатом.

При лечении ангиом, расположенных в глубоких слоях мягких тканей, используют консервативные или хирургические методы. При склерозирующей терапии в полость опухоли вводят 1 ~ раствор хинин-уретана по 0,5 – 1 мл через день; курс лечения до 10 инъекций. Вместо хинин-уретана может быть использован варикоцид. Эти вещества, вызывая асептическое воспаление и образование сгустков крови, способствуют развитию соединительной ткани в полости опухоли.

Все большее значение в лечении сосудистых опухолей приобретает метод введения 80 % этилового спирта. Механизм действия спирта аналогичен таковому указанных выше препаратов.

Для создания необходимой концентрации спирта в опухоли необходимо временно, на 5 – 10 мин, уменьшить скорость кровотока путем прижатия приводящего и отводящего сосудов. После введения спирта следует на несколько часов наложить давящую повязку.

Однако при гемангиомах больших размеров этот метод, как и рентгенотерапия, положительных результатов не дает. В таких случаях опухоль удаляют оперативным методом. Операция сопряжена иногда с профузным кровотечением. Поэтому необходима специальная подготовка к операции (запас донорской крови, тщательное планирование операции, иногда с предварительным лигированием сонной артерии и т. п.). Иногда оперативному лечению предшествует введение в опухоль спирта, что уменьшает объем опухоли и риск вмешательства.

Порок развития лимфатических сосудов обуславливает появление лимфангиом, которые чаще встречаются на языке, реже на губах. В отличие от гемангиомы при лимфангиоме отсутствует пигментация кожи или слизистой оболочки.

Л е ч е н и е лимфангиом сводится к клиновидному иссечению их вместе с прилегающими здоровыми тканями.

Остеома (костная опухоль) встречается в различных отделах лицевого скелета. Может располагаться снаружи кости (экзостоз) и внутри (энностоз). Развиваются остеомы очень медленно и поэтому длительно остаются незамеченными. Иногда первыми признаками остеомы служат усиливающиеся болевые ощущения вследствие сдавления нерва или асимметрия лица, вызванная утолщением кожи и изменением контура пораженного отдела.

Наиболее редко остеомы наблюдаются в верхнечелюстной пазухе в виде экзостоза на ножке. Симметричное развитие остеом костей лица приводит к резкому обезображиванию лица. Для диагностирования остеомы решающее значение приобретает рентгенография. На рентгенограмме остеома определяется в виде участка кости повышенной плотности, с четкими границами, чаще округлой формы.

Л е ч е н и е остеом при появлении болевых ощущений или устранении косметических дефектов (при ограниченном поражении костей скелета лица)

сводится к хирургическому удалению опухоли. В случае наличия очень твердых тканей опухоли при удалении используют не только долото, но и вращательные режущие инструменты (пила, боры), лазерный луч. При множественном поражении костей лица хирургическое лечение не показано.

Остеобластокластома – опухоль остеогенного происхождения. Наиболее часто она 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 остеобластокластома поражает нижнюю челюсть.

Преобладающими элементами опухоли являются мелкие клетки типа остеобластов и гигантские клетки типа остеокласто. При микроскопии опухолевой ткани обнаруживают серозные или кровяные кисты, сочетающиеся с костными балочками.

Развитие остеобластокластом чаще протекает медленно. Обычно первыми признаками опухоли являются болевые ощущения челюсти или утолщение последней. Истончение костной стенке челюсти обуславливает появление симптома епергаментного хруста.

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-osteокластической формы характерно наличие гомогенного овального просветления кости. При литическом течении очаг поражения кости не имеет определенной структуры, что затрудняет распознавание заболевания.

Дифференциальную диагностику проводят с одонтогенной кистой, адамантиномой, фиброзной дисплазией, остеосаркомой, эозинофильной

гранулемой. Для уточнения диагноза необходимо гистологическое исследование.

Л е ч е н и е остеобластокластом хирургическое.

При ограниченном очаге поражения достаточно тщательно выскабливать патологическую ткань. Распространение опухоли на значительный участок кости обуславливает проведение операции резекции челюсти, возможно с одномоментной пластикой.

Как показывает опыт, лучевая терапия малоэффективна при остеобластокластомах и проводится только при подозрении на озлокачествление опухоли или при противопоказаниях к операции.

Органоспецифические опухоли

К доброкачественным органоспецифическим опухолям челюстно-лицевой области относят энтулис, одонтому, амелобластому, смешанные опухоли.

Эпулис (наддесневик) представляет собой опухолевидное образование размером от 0,5 до 5 – 6 см в диаметре, располагающееся на альвеолярном отростке.

Чаще эпулис локализуется в области малых коренных зубов. Однако может встречаться на уровне всех зубов верхней и нижней челюстей.

Причиной возникновения эпулиса считают длительное раздражение слизистой оболочки альвеолярного отростка либо острым краем разрушенного зуба, либо недоброкачественным протезом. Существуют и другие причины возникновения эпулиса. Нередко он встречается у беременных.

Рост опухоли медленный. У беременных наблюдается ускорение роста эпулиса. Болевых ощущений эта опухоль не причиняет, если не травмировать ее зубами-антагонистами. Травмы могут обусловить

воспаление с присущими ему болевыми ощущениями. При больших размерах опухоль частично или полностью закрывает коронковую часть зуба или нескольких зубов с вестибулярной, иногда с язычной стороны.

Обычно опухоль имеет широкую ножку и покрыта неизменной слизистой оболочкой, при травмировании образуются кровоизлияния, эрозии, изъязвления. Однако признаков распада в местах травмы, как это наблюдается при злокачественных опухолях, при эпулисе не бывает. Эпулис может вызвать деструкцию кортикальной пластинки альвеолярного отростка и подлежащего отдела губчатого вещества. При этом на рентгенограмме наблюдается остеопороз кости.

Окраска эпулиса несколько отличается от окраски окружающей слизистой оболочки. В одних случаях она красновато-бурая, в других преобладает синюшность.

При наличии широкого основания эпулис неподвижен. Патоморфологически различают фиброзную, ангиоматозную и гигантоклеточную формы. Последняя гистологически схожа с саркомой, что ранее давало ошибочное основание рассматривать этот вид доброкачественной опухоли как гигантоклеточную саркому.

Л е ч е н и е эпулиса только оперативное. Учитывая возможную зону роста опухоли в надкостнице и кости, после иссечения опухоли в пределах здоровой слизистой оболочки необходимо тщательно выскоблить и удалить размягченную кость вокруг основания опухоли и произвести термообработку кровоточащих участков. В отдельных случаях удаляют прилегающий к основанию опухоли зуб, особенно когда стенка альвеолы и часть связочного аппарата разрушены опухолевым процессом. Следует помнить~ что неполное удаление пораженных опухолью тканей вызывает рецидив. Применяют также иссечение блока кости челюсти на уровне основания эпулиса. Хорошие результаты лечения получены при использовании лазерного скальпеля.

Раневую поверхность после операции укрывают йодоформным тампоном до начала гранулирования раны.

Одонтома – опухоль, развивающаяся из избытка эмбриональных тканей развивающегося зуба: пульпы, дентина, эмали и цемента. В отличие от тканей нормального зуба при одонтоме их расположение беспорядочно.

Встречаются одонтомы с нормально сформированной коронкой, тогда как корневая часть их представляет бесформенный конгломерат твердых тканей, и наоборот.

Одонтома чаще развивается на нижней челюсти в области моляров. Рост одонтомы медленный, болевых ощущений она не причиняет, если не сдавливает нервные окончания.

С увеличением размера опухоли может возникнуть выбухание кости, на что больные обращают внимание. Однако чаще обнаружение одонтомы бывает случайным при рентгенографии челюсти по другому поводу. На рентгенограмме представлена округлой формы тень, по интенсивности аналогичная тканям зуба. Участки просветления на фоне наблюдаемой тени совпадают с расположением в опухоли мягкой ткани – пульпы. Поэтому на рентгенограмме тень одонтомы имеет дольчатую структуру. Иногда одонтому обнаруживают при удалении корней зуба, когда вместо кости обычной плотности встречается очень плотное образование, с трудом поддающееся воздействию долота и бора.

Л е ч е н и е 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, что и отражено в названии опухоли.

Патологоанатомически различают солидную и кистоматозную адамантиномы. Первая образована губчатой, серой или коричневой тканью, сформированной в эпителиальные тяжи.

Наиболее часто встречается кистоматозная амелобластома, формирующая кистозные полости различной величины, выстланные плоским эпителием. Клиническая картина амелобластомы наиболее четко проявляется при значительных размерах опухоли.

По мере роста опухоли возникает равномерное выбухание кости, приводящее к значительной асимметрии лица. При пальпации, если сохранилась кортикальная пластинка челюсти, определяется «пергаментный хруст», болевых ощущений обычно нет. При разрушении кортикальной пластинки определяется эластическая консистенция опухоли.

При локализации на нижней челюсти амелобластома оттесняет сосудисто-нервный пучок, на верхней – дно верхнечелюстной пазухи и стенки полости носа. Зубы прилежащей области альвеолярного отростка становятся подвижными. Слизистая оболочка над опухолью обычно цианотична и слегка пастозна.

Характерна рентгенологическая картина амелобластомы на рентгенограмме определяются полости различного размера, иногда они совмещаются, образуя полулуния .

Л е ч е н и е амелобластомы хирургическое. При ограниченных размерах опухоли производят иссечение слизистой оболочки над опухолью на уровне альвеолярного гребня, после чего производят экстирпацию опухоли с последующей тампонадой костной полости. Наиболее радикальным методом, предупреждающим возможность рецидива, служит поднадкостничная резекция пораженного отдела челюсти. Дефект нижней челюсти, возникающий после резекции, может быть одно моментно замещен аутологичной, формализированной гомологичной костью.

При недостаточном иссечении опухоли возможны рецидивы заболевания. Описаны также случаи малигнизации амелобластомы.

Рентгенотерапия амелобластомы малоэффективна. Однако для предупреждения рецидива после операции хороший результат может быть получен при местном применении радиоактивных элементов.

Фолликулярная киста развивается из фолликул зачатка зуба вследствие его аномалии. В отличие от радикулярной (корневой) фолликулярная (коронковая) киста развивается вокруг коронки непрорезавшегося зуба, при этом коронка зуба вовлекается в полость кисты. Киста характеризуется медленным ростом, отсутствием болевых ощущений. Иногда даже значительные разрушения кости челюсти, обусловленные ростом опухоли, не привлекают внимания больных. Поэтому фолликулярная киста нередко обнаруживается либо при рентгенографии по иному поводу, либо при возникновении заметного выбухания кортикальной пластинки челюсти.

Постановка диагноза при клиническом обследовании осуществляется на основании выбухания кортикальной пластинки челюсти, податливости ее при надавливании, иногда «пергаментного хруста», отсутствия воспалительных явлений.

Подтверждением диагноза служат гистологический анализ пунктата (наличие холестерина) и рентгенографическая картина (округлой формы просветление кости челюсти с обязательным включением в него коронки зуба).

Л е ч е н и е фолликулярных кист аналогично лечению радикулярных (см. «Цистэктомия»), но с обязательным удалением зуба, находящегося в кисте.

2.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. Обычно смешанная опухоль состоит из жировой, миксоматозной, хрящевой, мышечной, железистой и костной тканей.

Наиболее часто смешанные опухоли поражают околоушные слюнные железы, реже другие отделы челюстно-лицевой области (поднижнечелюстная, подъязычная, малая слюнные железы).

Причину возникновения смешанных опухолей усматривают в задержке эмбриональных клеток, развитие и рост которых возникают вдруг под влиянием неизвестных в настоящее время причин. Другие авторы это отвергают. Некоторые авторы полагают, что все тканевые разновидности, составляющие строю смешанной опухоли, являются продуктом видоизменения эпителия слюнной или слезной железы.

Характерно, что длительное время, исчисляемое в некоторых случаях десятилетиями, смешанная опухоль иногда не проявляет признаков роста, после чего вдруг начинается бурный рост ее. При этом она приобретает черты злокачественной опухоли: прорастание и метастазирование клеток опухоли. В зависимости от преобладания соединительных или эпителиальных элементов опухоль развивается как саркома или рак.

Для смешанной опухоли 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. Видимо, травма «дремлющих» зачатков при удалении смешанной опухоли инициирует их рост и развитие.

Клинически смешанная опухоль обычно обнаруживается в области околоушных слюнных желез (80 – 90 %).

3. ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ

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 %. В большинстве случаев (90 %) рак кожи локализуется на лице, что объясняется, видимо, влиянием постоянных раздражителей на лицо человека (ультрафиолетовые лучи, смена температуры воздуха, химические факторы). Немногие отличительные черты злокачественных опухолей челюстно-лицевой области обусловлены специфическим действием раздражающих факторов, сила, характер и длительность которых иногда превышают допустимые пределы.

При употреблении чрезмерно горячей или холодной пищи, острой или грубой пищи, вдыхании табачного дыма, длительном механическом раздражении слизистой оболочки острым краем разрушенной коронки зуба или плохим зубным протезом целостность слизистой оболочки частично нарушается, что способствует возникновению ракового поражения. Значительную роль в возникновении злокачественной опухоли играют также такие вредные привычки, как жевание табака и др.

Кроме того, при наличии указанных раздражителей доброкачественные новообразования полости рта (папиллома, фиброма, эпulis) могут малигнизироваться. Поэтому при отсутствии общих противопоказаний доброкачественные опухоли полости рта должны быть своевременно удалены.

Определенное значение в возникновении опухолевого роста вообще, а злокачественного в частности приобретает особенность челюстных костей, связанная с формированием зубных зачатков, ростом и развитием зубов. Закладка зачатков зубов в толще челюсти, прорезывание зубов (сначала молочных, а затем постоянных), выпадение и возникающая при адентии атрофия альвеолярного отростка – процессы, сопровождающиеся перестройкой костей, изменениями соотношений клеточных структур.

Несомненно, что при столь активной и постоянной внутрикостной перестройке возникают условия, нарушающие характер и ритм деления клеточных элементов. Это может служить причиной возникновения атипичного митоза, условием развития злокачественной опухоли. Наличие остаточных эмбриональных эпителиальных элементов в толще кости, первичное интраоссальное развитие раковой опухоли челюстей являются одним из примеров нарушения нормального «поведения» клеточных элементов, в частности эмбрионального эпителия.

Предрасполагающими факторами возникновения злокачественной опухоли являются хронические процессы. Так, отмечено, что рак слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи нередко возникает на фоне хронического гайморита. Лейкоплакия – хроническое заболевание слизистой оболочки полости рта – иногда перерождается в рак. Таким образом, своеобразие челюстнолицевой области и, в частности, особенности полости рта должны учитываться при подозрении на онкологический характер обнаруженной патологии.

Большое значение в раннем распознавании у больных злокачественной опухоли челюстно-лицевой области и соответственно наиболее успешном лечении приобретает онкологическая настороженность врачей общего профиля (терапевт, хирург и др.), к которым больные обращаются раньше, чем к стоматологу.

Поэтому следует обращать особое внимание на предраковые состояния слизистой оболочки полости рта, губы и языка в виде появления дискератоза, длительно не заживающих трещин, язв, лейкоплакии. При выявлении предракового состояния следует немедленно направить больного к онкологу.

Раннее распознавание злокачественного новообразования и своевременно начатое специальное лечение обеспечивают наиболее благоприятный исход лечения больных.

Рак губы. Наиболее часто по сравнению с опухолями других отделов челюстно-лицевой области встречается рак губы. Нижняя губа поражается значительно чаще верхней; у мужчин рак губы встречается чаще, чем у женщин.

Чаще рак губы по своему строению является ороговевающим. Возникновению рака губы часто предшествует длительно не заживающая трещина, неоднократно возникающая эрозия красной каймы. Нередко развитию опухоли губы предшествует гиперкератоз слизистой оболочки в виде белесоватых бляшек, после удаления, которых образуются эрозии, кровоточащая поверхность.

Первым признаком опухолевого роста служит появление инфильтрата в подслизистом слое губы, иногда замаскированного имеющимися изменениями на слизистой оболочке. Затем на месте инфильтрата образуется язва с плотным окружающим ее валиком, возникают метастазы в подподбородочные и поднижнечелюстные лимфатические узлы. Узлы при этом умеренно увеличены, плотны, подвижны и безболезненны.

В дальнейшем язва распространяется в глубь тканей и по поверхности губы. Дно язвы выстлано некротическими тканями, края выворочены и приподняты над поверхностью губы. Распространение опухоли сопровождается ростом инфильтрата. Губа значительно увеличивается, подвижность ее ограничивается.

Через некоторое время раковая опухоль распространяется на костную ткань челюсти. В этот период подподбородочные и поднижнечелюстные лимфатические узлы еще более увеличиваются, становятся малоподвижными вследствие спаивания с окружающими тканями. В более поздней стадии заболевания

Злокачественные опухоли языка

Чаще раковая опухоль возникает на боковой поверхности языка и в области его кончика. У мужчин рак языка встречается чаще, чем у женщин.

Предрасполагающими факторами служат механическая травма языка острыми краями разрушенных зубов или плохо подогнанными протезами, термическое и химическое раздражение. Нередко рак языка развивается на месте длительно существовавшей лейкоплакии или механического раздражения слизистой оболочки.

Первоначальными признаками рака служит появление инфильтрата в подслизистом слое или плотное эпителиальное разрастание типа папилломы. Очень быстро четкие контуры опухоли исчезают вследствие распространения ее на ткани дна полости рта, альвеолярного отростка. В период распада опухоли образуется язва с вывороченными краями, кровоточащая при приеме даже мягкой пищи. С распространением опухоли 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. У больных появляется резкий, зловонный, гнилостный запах из рта.

При раке языка сравнительно быстро возникает метастазирование клеток опухоли в поднижнечелюстные, подподбородочные, шейные лимфатические узлы.

Распознавание рака языка на ранней стадии его развития затруднено. Возникновение язвы на языке, тем более на боковой его поверхности, может быть вызвано хронической травмой, чаще острым краем зуба. Поэтому необходимо устранить причину травмы языка. С этой целью либо сглаживают выступающие острые края зуба бором, либо (при значительном разрушении коронки) удаляют зуб. Устранение травмирующего фактора приводит к быстрой и полной эпителизации поврежденных тканей. При злокачественном процессе происходит дальнейшее развитие язвы с появлением плотного инфильтрата. Для исключения туберкулезной или сифилитической этиологии необходимо провести соответствующие исследования, в том числе биопсию.

Л е ч е н и е рака языка сводится к электроэксцизии большей или меньшей части языка с отступом на 2 см от края язвы и инфильтрата. Одновременно производится иссечение клетчатки, лимфатических узлов, поднижнечелюстных слюнных желез в поднижнечелюстной области и в области шеи (фасциально-футлярное иссечение).

Большое значение имеют рентгено- и радиотерапия, применение которых в отдельных случаях бывает достаточным для излечения больных с раком языка. Однако чаще проводят комбинированное лечение. Успех лечения во многом зависит от своевременного распознавания опухоли и целенаправленного лечения.

Рак слизистой оболочки полости рта

Раковое поражение слизистой оболочки полости рта встречается приблизительно в 1 % случаев поражения раком. Злокачественное новообразование может развиваться на слизистой оболочке щек, альвеолярного отростка, мягкого и твердого неба, дна полости рта.

По гистологическому строению раковая опухоль слизистой оболочки полости рта относится к плоскоклеточному раку. Чаще первым признаком рака служит появление папилломатозных разрастаний, которые довольно быстро увеличиваются и изъязвляются. У основания таких новообразований удается пальпировать плотный безболезненный инфильтрат.

Локализация рака может быть в области поражения лейкоплакией. При этом наблюдаются утолщение измененного участка слизистой оболочки, появление трещин, эрозий и папилломатозных разрастаний.

В начальной стадии раковая опухоль слизистой оболочки часто расценивается как доброкачественное новообразование, а потому нестораживает ни больных, ни врачей. Однако опухоль довольно быстро изъязвляется, особенно в случае ее травмирования при приеме пищи и разговоре.

Рак слизистой оболочки альвеолярного отростка распространяется на кость челюсти. Иногда при ограниченной опухоли на слизистой оболочке происходит глубокое поражение альвеолярного отростка и тела челюсти.

Разрушение кости альвеолярного отростка приводит к расшатыванию зубов. Это обстоятельство может быть ошибочно расценено как проявление маргинального периодонтита или пародонтита. После удаления расшатанного зуба рост опухолевой ткани из альвеолы может быть также ошибочно принят за вегетацию грануляционной ткани.

Удаление зуба и выскабливание «грануляций» ускоряют опухолевый процесс, способствуют распространению его в окружающие ткани и метастазированию раковых клеток.

Рак слизистой оболочки дна полости рта чаще возникает в области подъязычных валиков или уздечки языка.

Рак слизистой оболочки щеки развивается обычно на месте лейкоплакии. Утолщение пораженной лейкоплакией слизистой оболочки, появление трещин, бугристости свидетельствуют о малигнизации процесса. Подтверждением служит также быстрое изъязвление пораженного участка.

Для диффузно-остеокластической формы характерно наличие гомогенного овального просветления кости. При литическом течении очаг поражения кости не имеет определенной структуры, что затрудняет распознавание заболевания.

Дифференциальную диагностику проводят с одонтогенной кистой, адамантиномой, фиброзной дисплазией, остеосаркомой, эозинофильной гранулемой. Для уточнения диагноза необходимо гистологическое исследование.

Л е ч е н и е остеобластокластом хирургическое.

При ограниченном очаге поражения достаточно тщательно выскабливать патологическую ткань. Распространение опухоли на значительный участок кости обуславливает проведение операции резекции челюсти, возможно с

одномоментной пластикой. Как показывает опыт, лучевая терапия малоэффективна при остеобластокластомах и проводится только при подозрении на злокачественное образование опухоли или при противопоказаниях к операции.

Список используемой литературы.

1. Федяев И. М., Злокачественные опухоли челюстно-лицевой области, 2000-160с.
2. Хирургическая стоматология: Учебник/Под ред. Т.Г.Робустовой. – 4-е изд., перераб. и доп. – М.: ОАО «Издательство «Медицина», 2010. – 688 с.: ил. (Учеб. лит. Для мед.вузов).
3. Тимофеев А.А., Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии.- Киев, 2002. -621с.: ил.
4. Бернадский Ю.И. Основы челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. – 3-е изд., перераб. и доп. Витебск: Белмедкнига, 1998.- 416 с.: ил.
5. Интернет -источники.