

ҚР ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ МИНИСТРЛІГІ

С.Д.АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ
ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА
УНИВЕРСИТЕТІ



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РК

КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ
С.Д.АСФЕНДИЯРОВА

Кафедра: Хирургическая стоматология

Презентация

Опухоли нижней челюсти

Принял: Адильбаев Г.Б

Выполнил: Балкан А.С

Факультет: Стоматология

Курс: 5

Группа: СТ-12-001-01

Алматы 2016

Статистика

- Статистические данные об опухолях нижней челюсти неинформативны. Среди опухолей челюстно-лицевой области новообразования челюстей встречаются в 22% случаев, а по отношению к верхней челюсти нижняя челюсть поражается несколько чаще с локализацией опухоли у угла и тела. По данным многих авторов, среди доброкачественных неодонтогенных опухолей челюстно-лицевой области наиболее часто (20,7%) встречаются гигантоклеточные опухоли (остебластокластомы). Среди доброкачественных одонтогенных опухолей чаще всего наблюдаются эпулиды (60%), реже встречаются амелобластомы (1,2-2%) и одонтомы. По данным E. Peters и соавт. (1989г.) самыми частыми неэпителиальными опухолями человека является остеогенная саркома (32%), фибросаркома (19%), хондросаркома (9%).

Клиническая классификация опухолей челюсти.

Международная классификация ВОЗ.

- Опухоли нижней челюсти прежде всего делятся на две основные группы: **одонтогенные** и **неодонтогенные**, т.е. опухоли, развившиеся из кости.

1. ОПУХОЛИ И ОПУХОЛЕПОДОБНЫЕ ПРОЦЕССЫ, СВЯЗАННЫЕ С ОДОНТОГЕННЫМ АППАРАТОМ.

- **А. Доброкачественные.**
- 1. Амелобластома.
- 2. Обызвествляющаяся эпителиальная одонтогенная опухоль (аденоамелобластома).
- 3. Амелобластическая фиброма.
- 4. Аденоматоидная одонтогенная опухоль (аденоамелобластома).
- 5. Обызвествляющаяся одонтогенная киста.
- 6. Дентинома.
- 7. Амелобластическая фиброодонтома.
- 8. Одонто-амелобластома.
- 9. Сложная одонтома.

- 10. Смешанная одонтома.
- 11. Фиброма (одонтогенная фиброма).
- 12. Миксома (миксофиброма).
- 13. Цементомы:
 - а) доброкачественная цементобластома (истинная цементома);
 - б) цементирующая фиброма;
 - в) периапикальная цементная дисплазия (периапикальная фиброзная дисплазия);
 - г) гигантоформная цементома (семейные множественные цементомы).
- 14. Меланотическая нейроэктодермальная опухоль у новорожденных (меланотическая прогонома, меланоамелобластома).

● **Б. Злокачественные.**

● 1. Одонтогенный рак:

● а) злокачественная амелобластома;

● б) первичный внутрикостный рак;

● в) другие карциномы, развивающиеся из одонтогенного эпителия, включая карциномы, возникающие из **ОДОНТОГЕННЫХ КИСТ.**

● 2. Одонтогенные саркомы:

● а) амелобластическая фибросаркома (амелобластическая саркома);

● б) амелобластическая одонтосаркома.

II. НЕОПЛАЗМЫ И ДРУГИЕ ОПУХОЛИ, СВЯЗАННЫЕ С КОСТЬЮ.

- **А. Остеогенные неоплазмы.**

- 1. Оссифицирующая фиброма (фиброosteома).

- **Б. Неопухолевые костные поражения.**

- 1. Фиброзная дисплазия.

- 2. Херувизм.

- 3. Центральная гигантоклеточная гранулема (гигантоклеточная репаративная гранулема).

- 4. Аневризматическая костная киста.

- 5. Простая костная киста (травматическая, геморрагическая костная киста).

III. ЭПИТЕЛИАЛЬНЫЕ КИСТЫ.

- **A. Развивающиеся.**
- **1. Одонтогенные:**
- а) примордиальная киста (кератокиста);
- б) гингивальная киста;
- в) прорезывающаяся киста;
- г) дентальная (фолликулярная киста).
- **2. Неодонтогенные:**
- а) киста носонебного протока;
- б) глобуломаксиллярная киста;
- в) носогубная (носоальвеолярная) киста.
- **Б. Воспалительные.**
- 1. Радикалярная киста.

IV. НЕКЛАССИФИЦИРОВАННЫЕ ПОРАЖЕНИЯ

Неодонтогенные опухоли.

I. КОСТЕОБРАЗУЮЩИЕ ОПУХОЛИ.

- **А. Доброкачественные.**

- 1.Остеома.

- 2. Остеоидная остеома и остеобластома (доброкачественная остеобластома).

- **Б. Злокачественные.**

- 1.Остеосаркома (остеогенная саркома).

- 2. Юкстакортикальная остеосаркома (паростальная остеосаркома).

II. ХРЯЩЕОБРАЗУЮЩИЕ ОПУХОЛИ.

● А. Доброкачественные.

- 1. Хондрома.
- 2. Остеохондрома (костно-хрящевые экзостозы).
- 3. Хондробластома (доброкачественная хондробластома, эпифизарная хондробластома).
- 4. Хондромиксоидная фиброма.

● Б. Злокачественные.

- 1. Хондросаркома.
- 2. Юкстакортикальная хондросаркома.
- 3. Мезенхимальная хондросаркома.

- **III.ГИГАНТОКЛЕТОЧНАЯ ОПУХОЛЬ (ОСТЕОКЛАСТОМА).**

- **IV.КОСТНОМОЗГОВЫЕ ОПУХОЛИ.**

- 1.Саркома Юинга.
- 2.Ретикулосаркома кости.
- 3.Лимфосаркома кости.
- 4.Миелома.

V. СОСУДИСТЫЕ ОПУХОЛИ.

- **А. Доброкачественные.**
- 1. Гемангиома.
- 2. Лимфангиома.
- 3. Гломусная опухоль (гломангиома).

- **Б. Промежуточные или неопределенные.**
- 1. Гемангиоэндотелиома.
- 2. Гемангиоперицитомма.

- **В. Злокачественные.**
- 1. Ангиосаркома.

VI. ПРОЧИЕ СОЕДИНИТЕЛЬНотКАННЫЕ ОПУХОЛИ.

- **А. Доброкачественные.**
- 1. Десмопластическая фиброма.
- 2. Липома.

- **Б. Злокачественные.**
- 1. Фибросаркома.
- 2. Липосаркома.
- 3. Злокачественная мезенхимома.
- 4. Недифференцированная саркома.

VII. ПРОЧИЕ ОПУХОЛИ.

- 1.Хордома.
- 2.«Адамантинома» длинных костей.
- 3.Невриллемома (шваннома, невринома).
- 4.Нейрофиброма.

VIII. НЕКЛАССИФИЦИРУЕМЫЕ ОПУХОЛИ.

IX. ОПУХОЛЕПОДОБНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ.

- 1. Солитарная костная киста (простая или однокамерная костная киста).
- 2. Аневризмальная костная киста.
- 3. Юкстаартикулярная костная киста (внутрикостный ганглион).
- 4. Метафизарный костный дефект (неостеогенная фиброма).
- 5. Эозинофильная гранулема.
- 6. Фиброзная дисплазия.
- 7. «Оссифицирующий миозит».
- 8. «Бурая опухоль» при гиперпаратиреозе.

Амелобластома (адамантинома).

- Это доброкачественная одонтогенная эпителиальная опухоль, располагающаяся преимущественно в нижней челюсти. Она имеет строение сходное со строением ткани, из которой развивается эмаль зачатка зуба. Микроскопически различают много видов амелобластомы: фолликулярную, плексиформную, акантоматозную, базальноклеточную, гранулярную и др. Опухоль встречается редко, с одинаковой частотой у мужчин и женщин в возрасте 20-40 лет. Описаны наблюдения амелобластомы у новорожденных и пожилых людей; известны случаи, когда она локализовалась в большеберцовой и других костях.

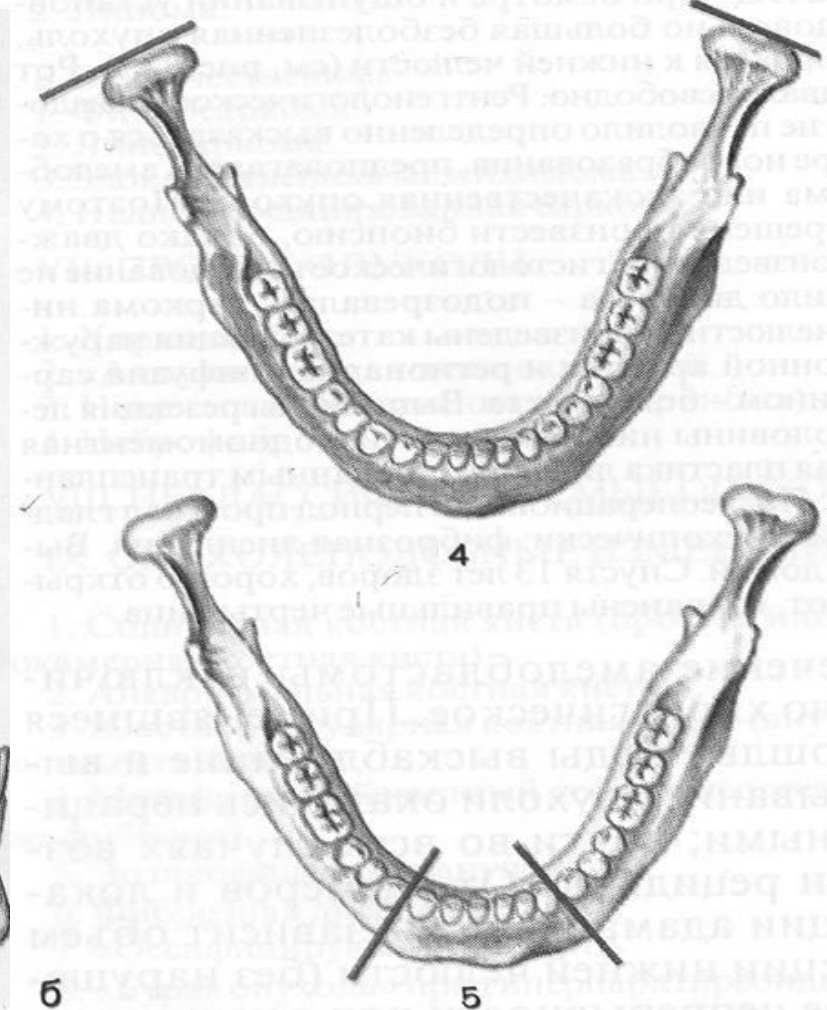
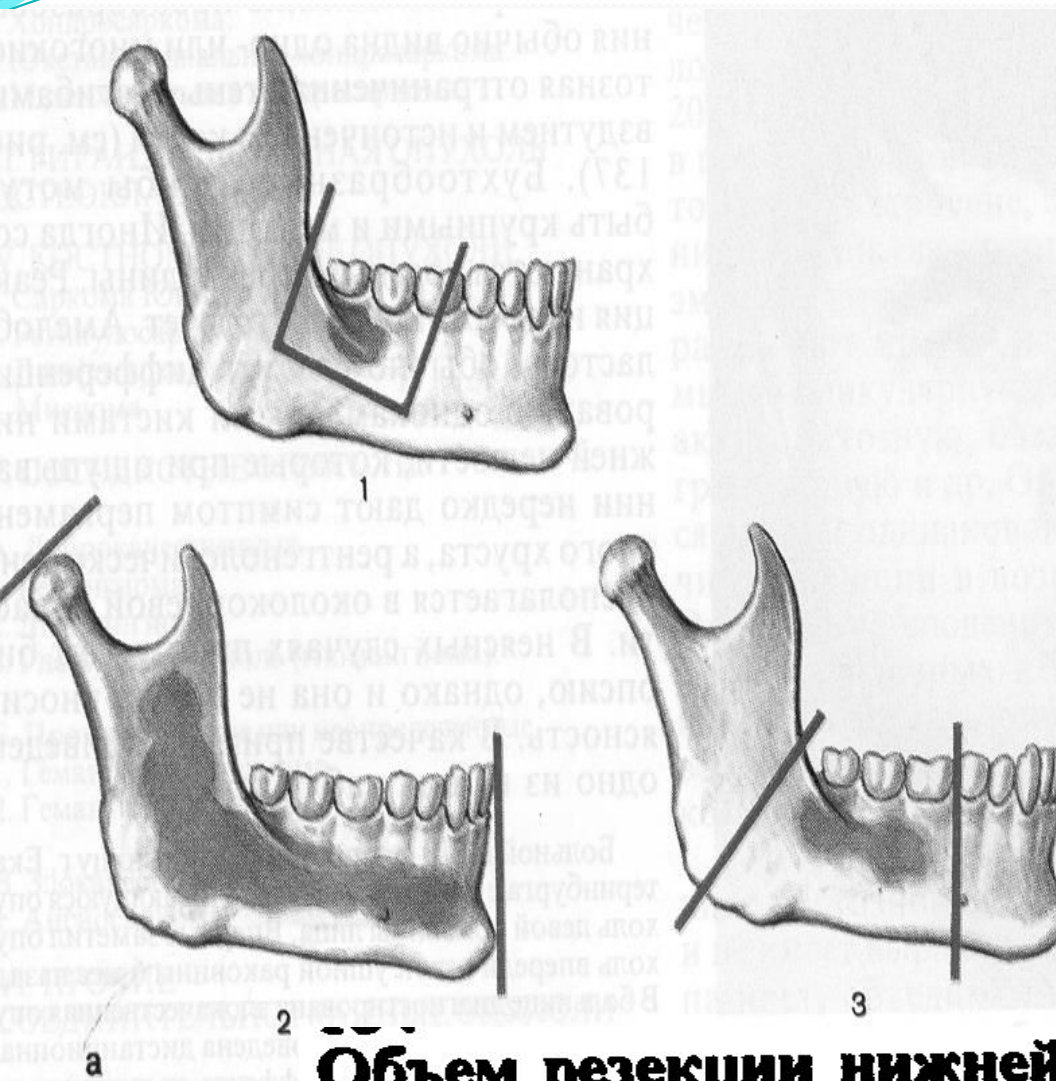
- Клиническое течение амелобластомы нижней челюсти проявляется постепенным утолщением той области кости, где она возникла, и появлением деформации лица. Для амелобластомы характерно медленное и безболезненное течение. Утолщение появляется сначала на небольшом участке и чаще локализуется в области угла нижней челюсти. Со временем деформация лица увеличивается, развиваются нарушения движений в нижнечелюстном суставе, глотания, появляются боли. При больших аденомиомах могут быть кровотечения из язвы слизистой оболочки над опухолью, нарушения дыхания и патологические переломы нижней челюсти. Клинически превращение амелобластомы в рак характеризуется ускорением роста опухоли и явлениями прорастания новообразования в окружающие ткани. Метастазирование наблюдается редко и происходит лимфогенно.



Амелобластическая фиброма.



● **Лечение амелобластомы** исключительно хирургическое. Применявшие в прошлые годы выскабливание и вычерпывание опухоли оказались нерадикальными; почти во всех случаях возникли рецидивы. От размеров и локализации адамантиномы зависит объем резекции нижней челюсти (без нарушения ее непрерывности или с нарушением, резекция половины или полная экзартикуляция нижней челюсти). При амелобластоме нижней челюсти могут быть использованы, по данной А. О. Козыревой, в основном 4 вида операций, однако иногда приходится осуществлять резекцию подбородочного отдела нижней челюсти. Схематически они представлены на рисунке 2. Благодаря радикальному и правильному лечению рецидивы стали редкостью. Рациональное протезирование и костно-пластическая операция обычно дают хорошие результаты.

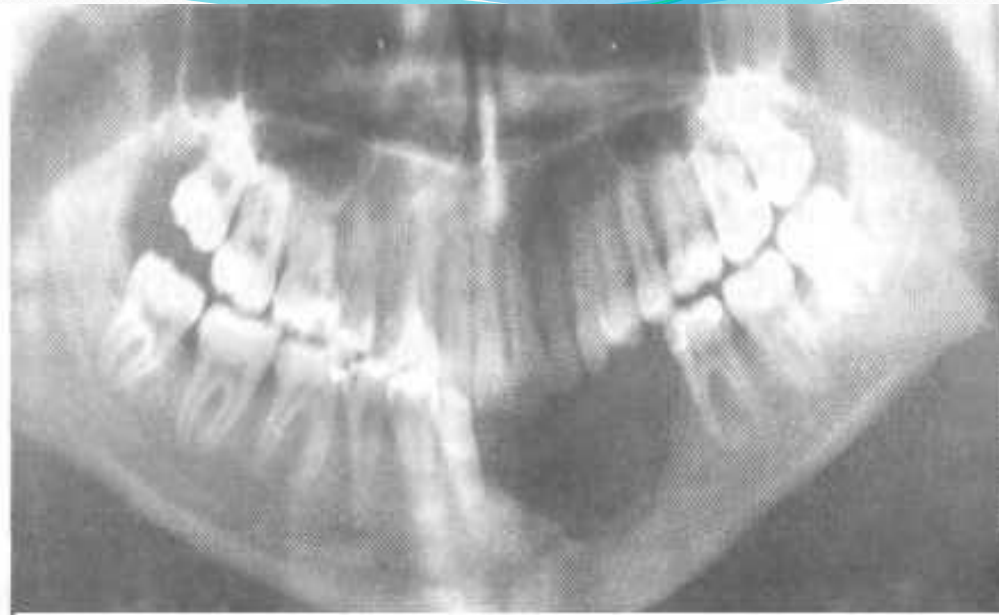


Объем резекции нижней челюсти в зависимости от локализации и размеров амелобластомы.

Гигантоклеточная опухоль (остеокластома).

- Остеокластома- доброкачественная опухоль, поражающая различные кости скелета. В челюстных костях остеокластома встречается довольно часто, составляет, по данным клиники хирургической стоматологии ММСИ, около 30% случаев всех костных новообразований. Отмечается преимущественная локализация в области малых коренных зубов нижней челюсти. Лица женского пола заболевают 2 раза чаще.

- Начальные симптомы опухоли протекают незаметно. Затем возникает взбухание участка челюсти, появляется подвижность зубов в пределах опухоли. Опухолью увеличивается медленно, безболезненно. Постепенно развивается деформация лица. Кожа над опухолью не изменяется, слизистая оболочка иногда приобретает цианотичный оттенок, регионарные лимфатические узлы не реагируют. Пальпаторно определяют плотное образование, гладкое или бугристое, безболезненное, при отсутствии кортикальной пластинки- эластичное.. Зубы в границах опухоли становятся подвижным, смещаются.

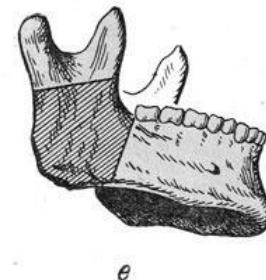
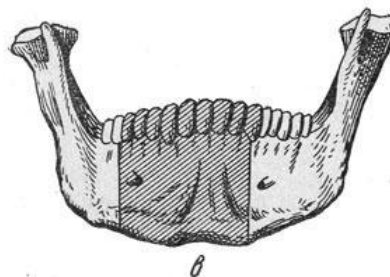
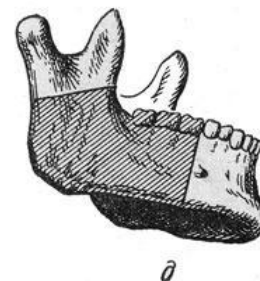
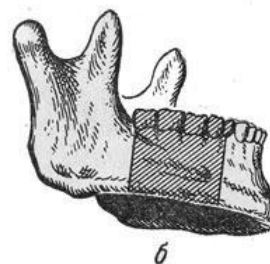
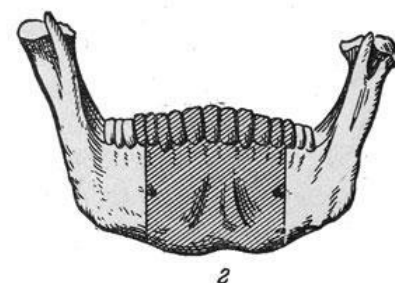
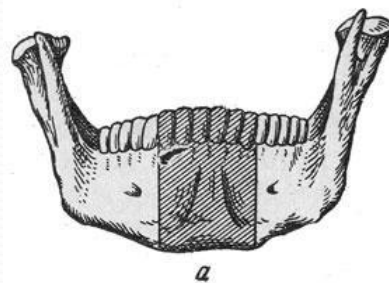


Рентгенография гигантоклеточной опухоли нижней челюсти

Рис. 23. Боковая рентгенограмма. Гигантоклеточная опухоль нижней челюсти

● **Лечение** заключается в удалении опухоли в пределах здоровых тканей. При показаниях резекцию сочетают с одномоментной костной пластикой.

● Прогноз для жизни хороший. После полного удаления опухоли наступает выздоровление, но возможно возникновение функционально-косметических нарушений.



Фиброзная дисплазия

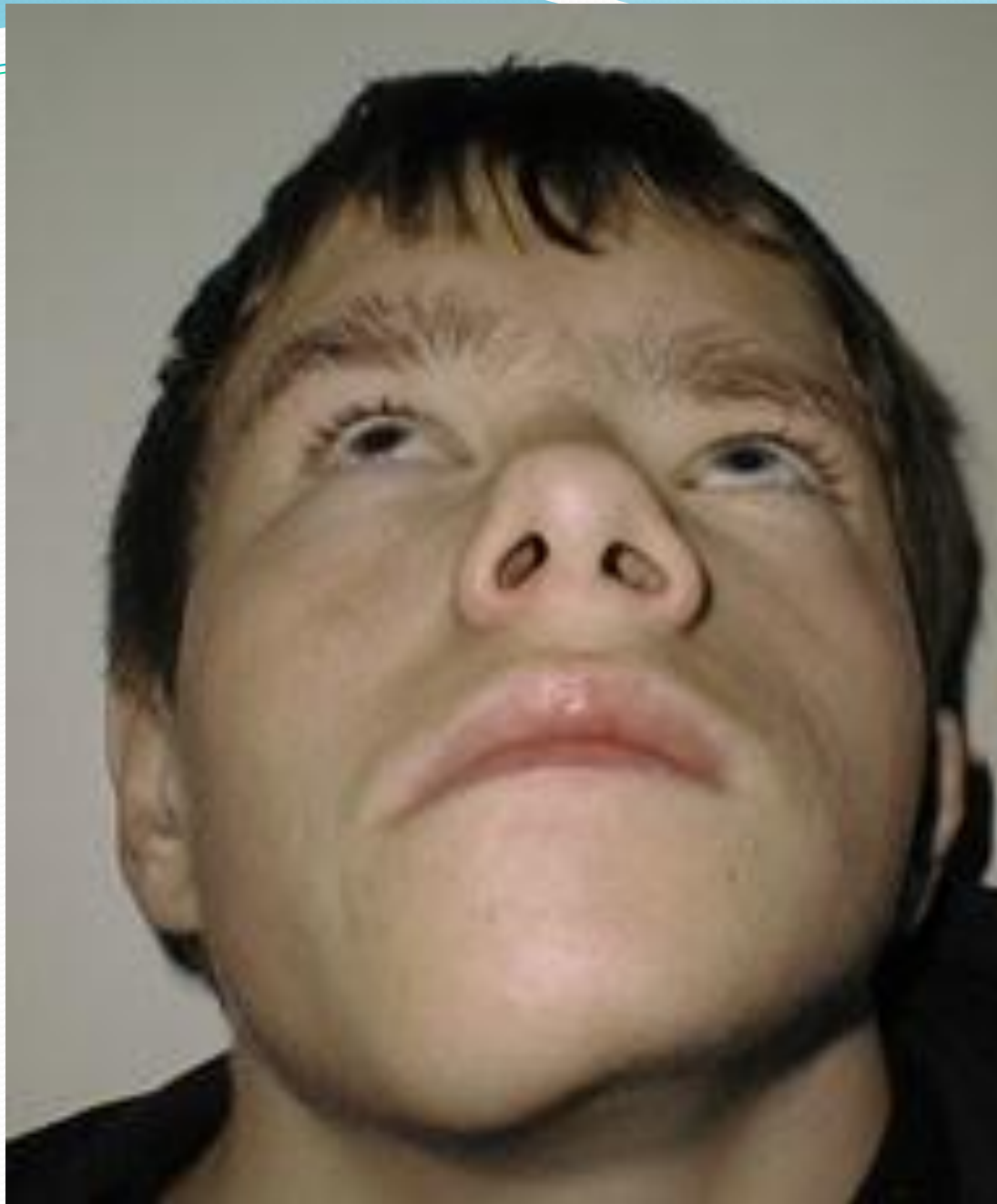
- **Фиброзная дисплазия** - опухолеподобное поражение кости, заключающееся в очаговом нарушении костеобразования. Фиброзная дисплазия встречается, по нашим данным у 13% больных с костными опухолями и опухолеподобными поражениями. Лица женского пола заболевают чаще, чем мужчины. Различают монооссальную (однокостную) и полиоссальную (многокостную) формы, последняя встречается редко.

- При локализации на нижней челюсти она расширяется в вестибулярную и язычную сторону. Альвеолярный отросток постепенно деформируется, увеличивается, зубы становятся подвижными вследствие сдавления патологической тканью. Кожа и слизистая оболочка не изменяются. Реакция со стороны лимфатических узлов отсутствует. Так как процесс прогрессирует медленно (годами, десятилетиями), безболезненно, а иногда как бы приостанавливается (стабилизируется), заболевание долгое время остается незамеченным и при обнаружении вызывает резкую обеспокоенность. В таких случаях можно подтвердить давность заболевания фотографиями разных периодов жизни больного, на которых, если у больного фиброзная дисплазия, часто видна в той или иной степени деформация лица.

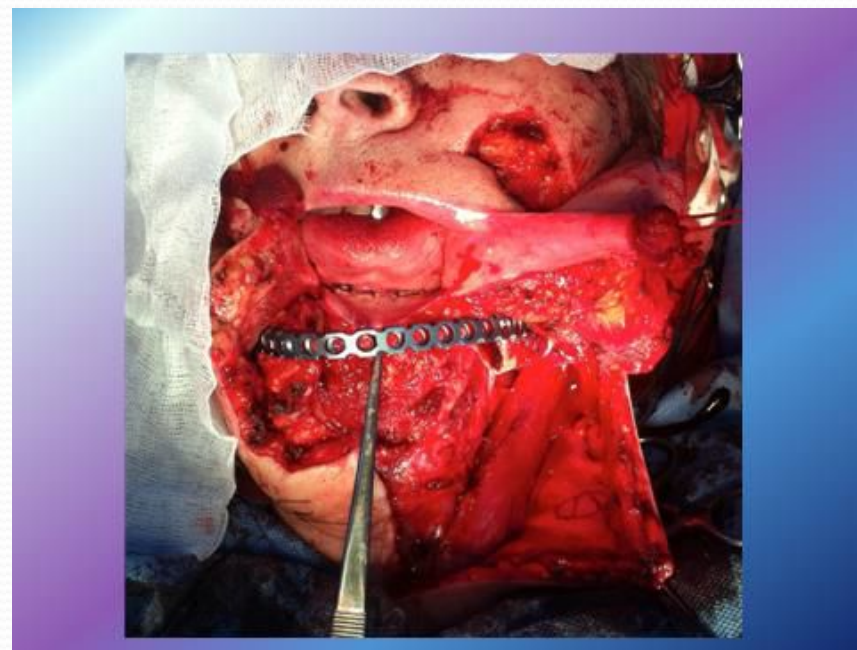
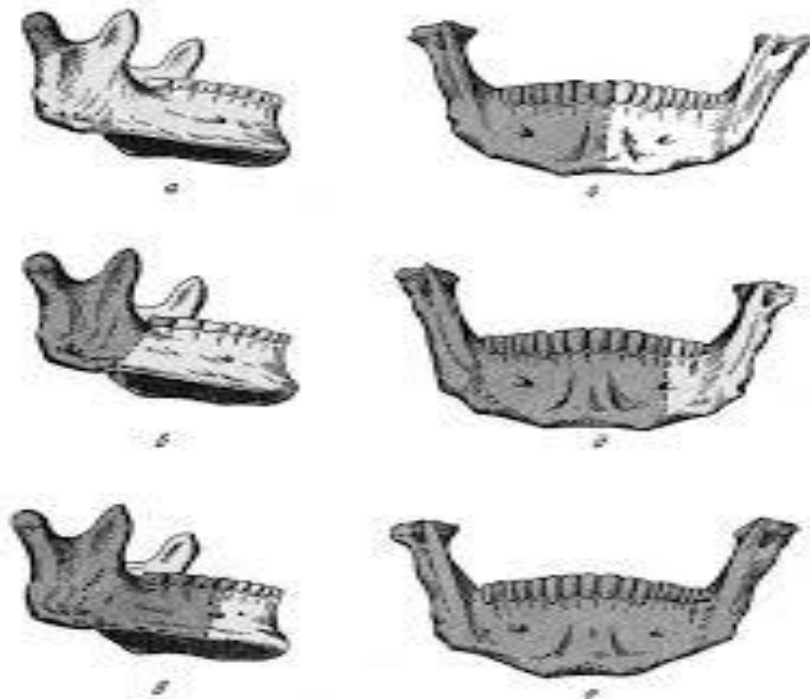
Рентгенологическая картина довольно типична. Определяется диффузное увеличение пораженного отдела кости с деструкцией костной ткани в виде чередования мелких участков уплотнения и разрежения, наблюдается картина — «матового стекла». В ранних стадиях заболевания участки разрежения более крупные. Границы поражения нечеткие, патологическая ткань постепенно переходит в нормальную костную. Кортикальная пластинка челюсти истончена, но, как правило не прерывается.



Фиброзная дисплазия тела нижней челюсти

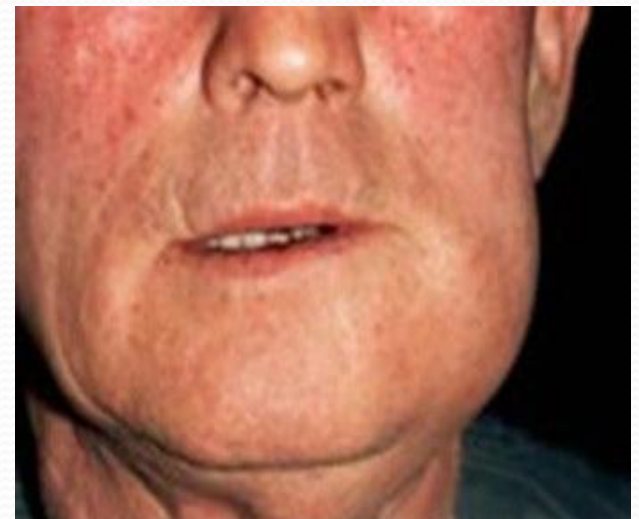


Лечение. Полностью удаляют пораженную ткань в виде выскабливания очага или резекции челюсти, при показаниях – с одномоментной костной пластинкой. Частичное удаление по типу коррегирующей операции нецелесообразно, так как в ближайшие месяцы после вмешательства патологический процесс приобретает прежний размер. Лучевая терапия противопоказана ввиду возможности озлокачествления.



Что такое Злокачественные опухоли нижней челюсти

- **Злокачественные опухоли нижней челюсти** встречаются примерно в три раза реже, чем верхней (Кабаков Б.Д. с соавт., 1978, Пачес А.И., 1983). У мужчин злокачественные опухоли этой локализации отмечаются чаще, чем у женщин. Болеют обычно люди в возрасте 40-60 лет.
- **Гистологическая структура.** Среди злокачественных опухолей нижней челюсти встречаются эпителиальные (раки) и соединительно-тканые (саркомы). Рак выявляется чаще у больных старше 40 лет, саркома - у лиц, моложе 40 лет. Однако возможны исключения.

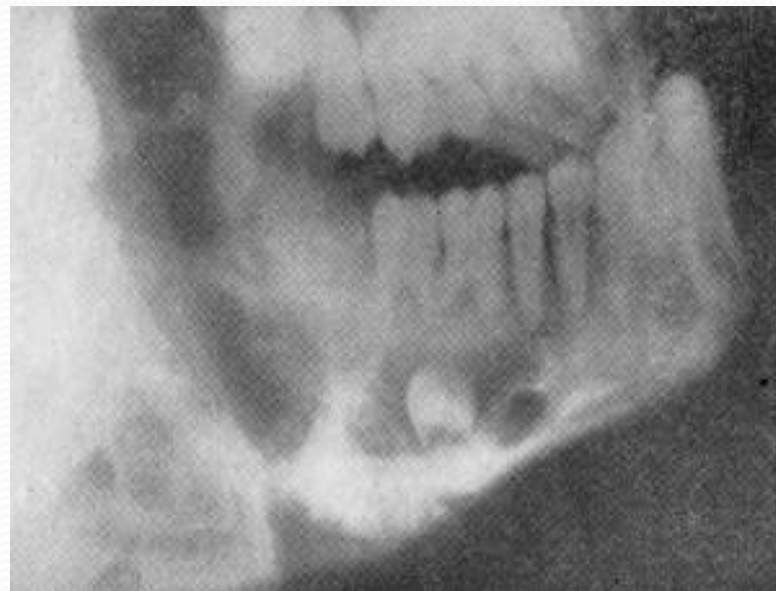


Патогенез во время злокачественных опухолей нижней челюсти:

- **Раковые поражения нижней челюсти** подразделяются на первичные и вторичные.
- **Первичный рак** возникает в толще альвеолярного отростка. Считают, что основой развития первичного рака нижней челюсти являются остатки гертвиговской эпителиальной мембраны в виде эпителиальных отростков Маляссе. Будучи разбросаны в толще периодонта зубов, клетки этих островков сохраняют высокие пластические свойства на протяжении всей жизни человека. Первичный рак нижней челюсти может развиваться также из эпителиальных элементов стенки гранулемы или кисты.

- **При вторичном раке** первичный опухолевый очаг более, чем в половине случаев располагается на слизистой оболочке полости рта. А.И. Пачес считает неверным выделение вторичных раковых опухолей нижней челюсти в отдельную группу, т.е. в действительности речь в этом случае идет о раке слизистой оболочки альвеолярного края, дна полости рта и других областей полости рта, прорастающем в нижнюю челюсть.

● **Саркомы нижней челюсти** могут развиваться из надкостницы, кортикального слоя, элементов губчатого вещества костного мозга, одонтогенных структур (амелобластическая фибросаркома и амелобластическая одонтосаркома), сосудистых элементов (гемангиоэндотелиомы), нейрогенных клеток (нейрогенные саркомы, злокачественные невриномы), элементов неясного гистогенеза (саркома Юинга). Если саркома прорастает в нижнюю челюсть из окружающих тканей (мышц, элементов ВНЧС и т.д.), то говорят о вторичной саркоме, например, рабдомиосаркоме, синовиальной фибросаркоме.



- **Вторичные (метастатические) злокачественные опухоли нижней челюсти** наблюдаются редко и, в основном, у женщин. Они возможны при железистом раке желудка, молочной железы, раке предстательной, щитовидной желез, надпочечников, прямой кишки. Наконец, регионарный подчелюстной метастаз может прорасти в нижнюю челюсть.
- **Определение распространенности злокачественных опухолей нижней челюсти (первичных) по стадиям, как это принято для других органов, пока не принято.** По системе TNM проектов классификации Международного комитета не имеется. По предложению А.И. Пачеса, для установления стадии процесса необходимо учитывать анатомические части нижней челюсти:
 - передний сегмент - на уровне клыков;
 - горизонтальные сегменты - до угла нижней челюсти;
 - задние сегменты - ветви нижней челюсти.

- Автор считает (А.И. Пачес), что по системе TNM злокачественные опухоли нижней челюсти можно было бы классифицировать следующим образом:
- T1 - опухоль поражает одну анатомическую часть;
- T2 - опухоль поражает не более двух анатомических частей;
- T3 - опухоль поражает более двух анатомических частей;
- T4 - опухоль поражает большую часть нижней челюсти и распространяется на другие органы.

- Метастазирование при злокачественных опухолях нижней челюсти наблюдается редко. Обычно встречается лимфогенный путь распространения опухоли. Чаще регионарные метастазы возникают в подчелюстной области, рано срастаются с нижней челюстью, а затем инфильтрируют кожу. В запущенных случаях появляются отдаленные метастазы в печень, позвоночник и другие органы. При саркоме нижней челюсти отдаленные метастазы встречаются редко, а регионарные практически не возникают.

Симптомы Злокачественных опухолей нижней челюсти:

- Клиника злокачественных опухолей нижней челюсти очень разнообразна. Ранняя диагностика этой локализации весьма затруднительна. Причины этого в бессимптомности течения, сходстве клинических признаков с другими заболеваниями неопухолевого характера (гингивит, стоматит, пародонтит, остеомиелит и др.). Такой период до появления признаков, характерных для злокачественной опухоли, может продолжаться весьма долго. Эти особенности клинического течения и являются причиной позднего обращения больных за медицинской помощью, а также врачебных ошибок.

Клиника первичных "Внутриальвеолярных" злокачественных опухолей

- Клинические проявления первичного рака особенно ярки при возникновении опухоли в тех участках, где имеются зубы. На ранней стадии появляются безболезненное уплотнение и утолщение десны. Вскоре возникают болевые ощущения. Зубы соответственно утолщенному участку десны как бы вырастают и расшатываются. В таких случаях больных нередко лечат по поводу гипертрофического гингивита или пародонтита. Лишь скорость нарастания признаков новообразования заставляет врача изменить тактику лечения. Образующиеся язвы и боли в области интактных зубов нередко служат поводом для настойчивых просьб больных удалить эти зубы, что, разумеется, не приносит облегчения. Боли не стихают, заживления лунок не происходит. Это должно насторожить врача и заставить его предпринять необходимые меры для выяснения истинной природы заболевания.



При некоторых разновидностях первичного рака нижней челюсти опухоль может появиться в виде рыхлых грибовидных разрастаний по краю десны. Очень рано зубы могут начать расшатываться и выпадать. Резко выражен болевой синдром. Опухоль быстро распространяется на соседние участки альвеолярного отростка и тело нижней челюсти. На ранних этапах роста новообразования его легко принять за эпулид. Но для эпулида не характерны боли, быстрый рост, резкое расшатывание зубов, изъязвление.



- Регионарные лимфоузлы в этой стадии развития опухоли практически всегда увеличены. Однако к общеизвестным признакам метастатического поражения их (плотность, безболезненность или слабая болезненность, тенденция к спаиванию с окружающими тканями и между собой) при распаде, изъязвлении опухоли присоединяются признаки воспалительного характера (банального лимфаденита). Это надо всегда иметь в виду при обследовании больного, чтобы не пропустить метастазы.

Первичные "центральные" опухоли нижней челюсти

- Эти злокачественные опухоли в отличие от первичных "внутриальвеолярных" исходят из центральных отделов нижней челюсти и вполне обоснованно рассматриваются отдельно от опухолей первой группы. Вследствие глубокого расположения в центральных отделах нижней челюсти клиницист лишен возможности визуального наблюдения и пальпаторного исследования опухоли, особенно, если речь идет о ранних этапах.



a



б

- Такие больные обращаются за медицинской помощью еще позже, чем пациенты с "внутри-альвеолярным" раком. Клиническое распознавание "центральных" злокачественных опухолей нижней челюсти базируется на констатации уже возникших изменений ее конфигурации, анализе неврологических данных и обнаружении характерных рентгенологических признаков.

- Особенностью проявлений центральных первичных злокачественных опухолей нижней челюсти является то, что наиболее ранним внешним признаком служит деформация того или иного участка челюсти. Наиболее ярко она проявляется при поражении подбородочного отдела, что больные замечают довольно рано. Несколько менее заметна и потому позже обращает на себя внимание деформация боковых отделов челюсти, ее углов и ветвей. При обнаружении деформации врач должен выяснить, является ли она результатом процесса, развивающегося в толще челюсти, либо это реакция надкостницы в виде игольчатых выступов, козырьков, шипов. Следует иметь в виду, что пальпаторное исследование пораженного участка челюсти обычно безболезненно. При выраженной периостальной реакции оно более болезненно.

- При опухолевой деформации нормальная форма челюсти изменяется быстро, при периостальной реакции - значительно медленнее. В связи с тем, что при центральных локализациях злокачественных опухолей повреждается идущий в нижнечелюстном канале сосудисто-нервный пучок, сравнительно рано возникают неврологические симптомы, которые иногда бывают единственными признаками опухолевого роста. На ранних стадиях нижнечелюстной нерв подвергается только механическому раздражению, и больные испытывают резкие самопроизвольные боли по ходу его с иррадиацией в висок, ухо.

- При злокачественных опухолях нижней челюсти, исходящие из глубоко расположенного очага, губчатое вещество челюсти разрушается весьма быстро. Несколько дольше сохраняется целостность компактного слоя в области нижнего края челюсти. При первичных центральных злокачественных опухолях довольно часты патологические переломы нижней челюсти. В некоторых случаях больные впервые обращаются к врачу только после патологического перелома нижней челюсти.

- Общее состояние больных с центральными опухолями нижней челюсти долго остается удовлетворительным. Здесь имеет значение более длительное сохранение жевательной функции, целостности опухоли без изъязвления ее поверхности. Резкие изменения общего состояния к худшему наступают при прорыве опухоли в полость рта.

Саркомы нижней челюсти

- Как по клиническому течению, так и по рентгенологическим признакам имеют много сходного с эпителиальными злокачественными опухолями. Меньшая склонность к изъязвлению, чем при раке, и более быстрый рост саркомы являются причинами того, что опухоль нередко достигает очень больших размеров.



● Некоторым видам сарком нижней челюсти свойственны специфические особенности. Так, особо яркие клинические признаки злокачественности имеют остеогенная и круглоклеточная саркомы. Для них характерны исключительно быстрый рост, разрушение костных барьеров и инфильтрация мягких тканей, раннее метастазирование в легкие и нарастающая кахексия. Гибель больных обычно наступает в короткие сроки от начала заболевания. Весьма близка по клиническим признакам к описанным и центральная фибросаркома. Периостальная фибросаркома характеризуется более благоприятным течением.

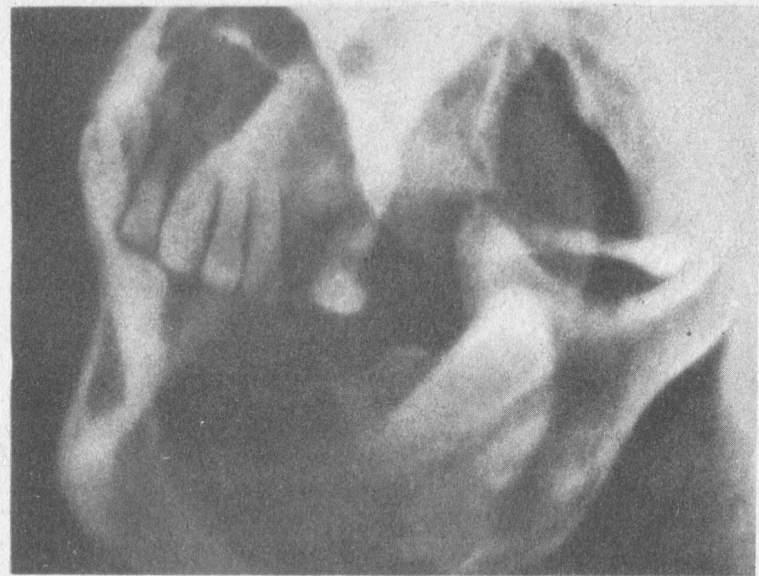
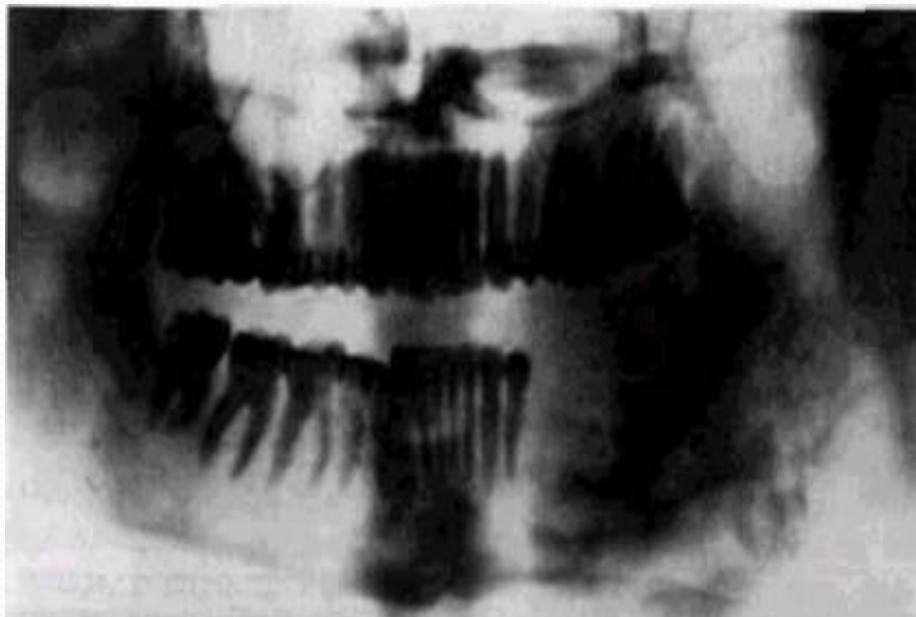


Рис. 167. Рак нижней челюсти. На рентгенограмме виден дефект кости, патологический перелом.

- Сравнительно долго сохраняют удовлетворительное самочувствие больные с хондросаркомой нижней челюсти, но она склонна к раннему метастазированию.



Диагностика Злокачественных опухолей нижней челюсти:

● **Диагностика злокачественных опухолей нижней челюсти**, особенно первичных, как отмечалось выше, сложна. При обследовании больных применяются общепринятые методы: опрос, осмотр, пальпация. Среди специальных методов диагностики особая роль и значение принадлежат рентгенографии нижней челюсти, которая выполняется не менее, чем в двух проекциях: прямой и боковой.

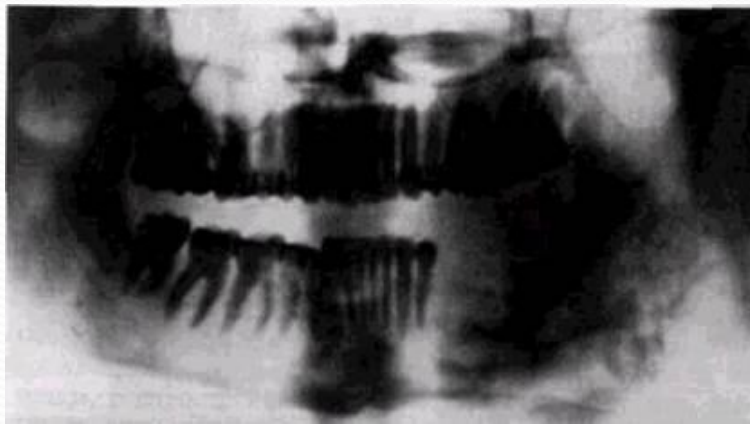


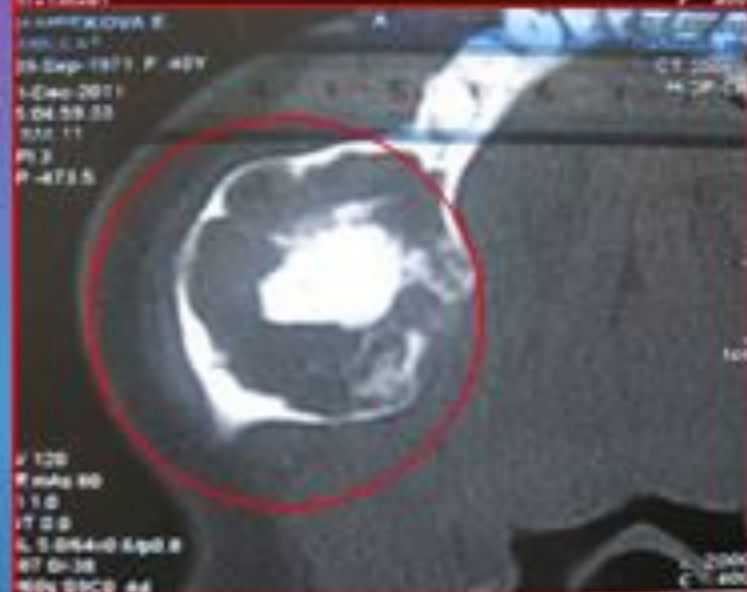
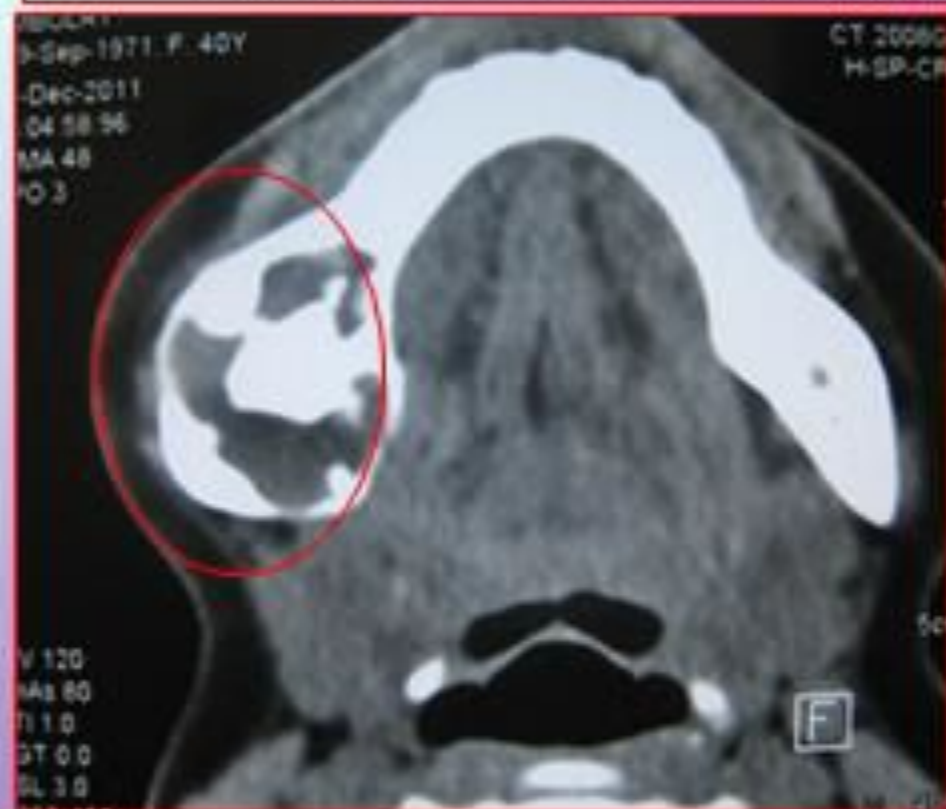
Рис. 167. Рак нижней челюсти. На рентгенограмме виден дефект кости, патологический перелом.

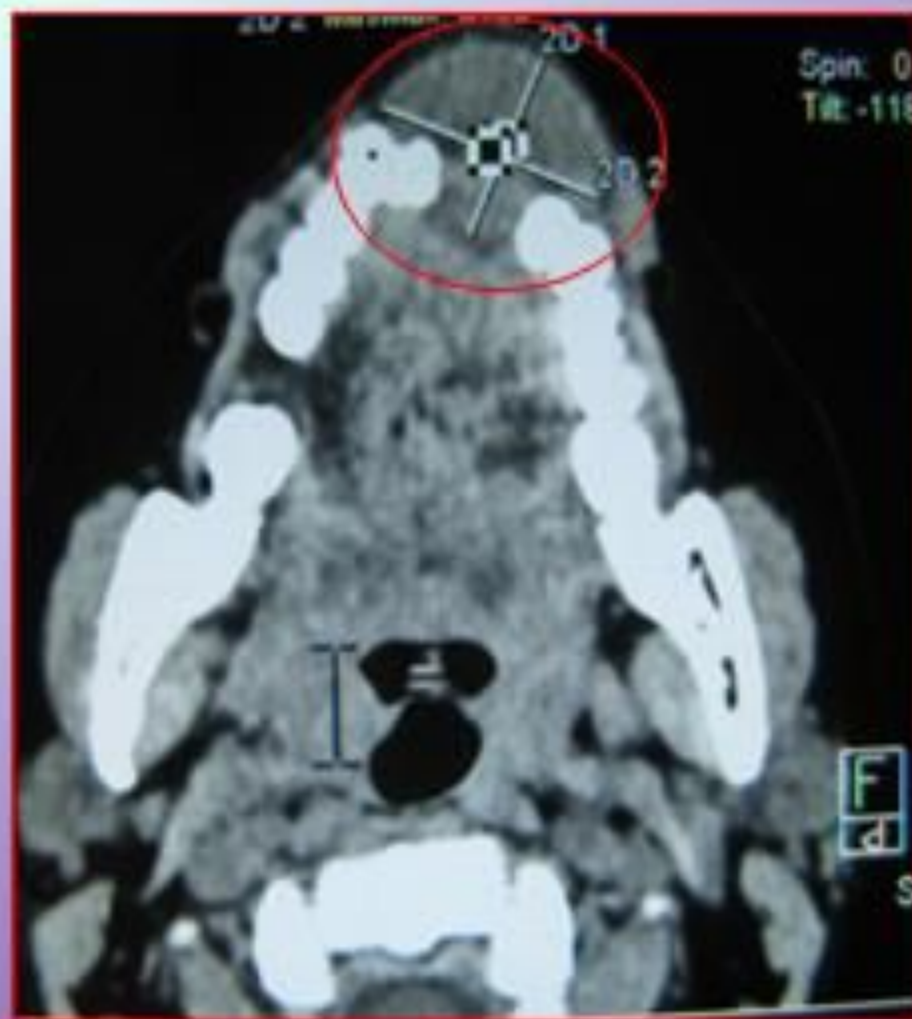
● При рентгенологическом исследовании центральных первичных опухолей нижней челюсти в раннем периоде обнаруживаются очаг деструкции кости, разрушение петель губчатого вещества, их разрыв. Края участка деструкции кости не ограничиваются зоной уплотнения, наоборот, характерны нерезкость, размытость перехода рисунка нормальной кости в зону структурных изменений. Позднее, на довольно большом участке кости появляется несколько очагов деструкции в виде отдельных пятен, которые, сливаясь, образуют обширное поле с бухтообразными краями, либо переплетающиеся полосы, придающие кости мраморный вид. Аналогичные изменения в нижней челюсти могут быть при метастазах в нее гипернефромы, рака молочной или щитовидной желез.

- **Рентгенологические признаки** сарком нижней челюсти трудно отличить от рака. Лишь остеогенные саркомы, рост которых связан с образованием шипов, выступов, козырьков на поверхности кости, рентгенологически определяются проще и с достаточной уверенностью.

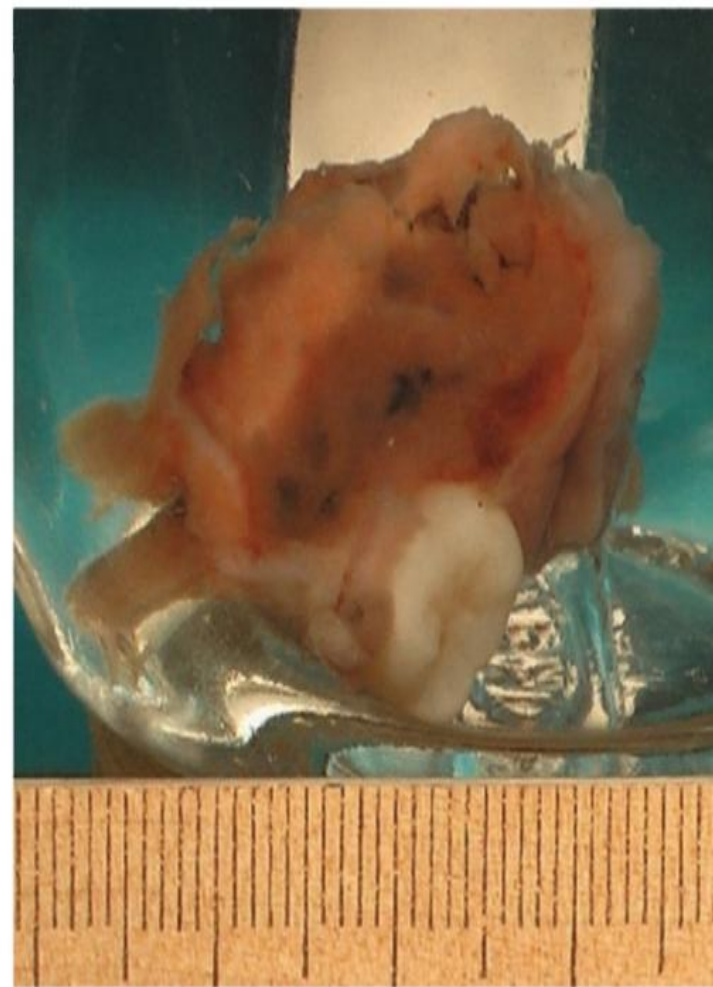
Сембекова Э. 54лет.

Диагноз: Остеогенная саркома нижней челюсти справа.





● **Гистологическое исследование** является совершенно необходимым этапом обследования больного, даже если клинически нет сомнений в наличии злокачественной опухоли. Добывание материала для гистологического исследования при центральных опухолях в отличие от внутриальвеолярных и вторичных связано с техническими трудностями. В более ранних периодах болезни следует выполнить трепанацию кости. В ряде случаев для этого более удобен внеротовой подход. Получение материала методом пункции в ранних стадиях менее удобно, чем при новообразованиях верхней челюсти, а иногда и невозможно в результате значительной толщины кости. Для трепанации кортикальной пластинки можно использовать долото и молоток или (лучше) бормашину.



- **При внутриальвеолярных опухолях** материал для гистологического исследования можно взять из лунки удаленного или выпавшего зуба, применяя кюретажную ложку. Если опухолевые разрастания расположены вокруг зубов, можно скальпелем иссечь участок опухоли с частью интактной ткани, а так как ушить рану в этом случае нельзя, то ее поверхность подвергают диатермокоагуляции.

Дифференциальная диагностика злокачественных опухолей нижней челюсти

- Следует проводить с уже упоминавшимися пульпитом, периодонтитом, пародонтитом, а также одонтогенным хроническим остеомиелитом, эпулидами, остеобластокластомой, амелобластомой, фиброзной остеодисплазией, эозинофильной гранулемой, туберкулезом, первичным актиномикозом кости, одонтогенными кистами челюсти. Следует дифференцировать от рака и саркомы.

Лечение Злокачественных опухолей нижней челюсти:

- Перед лечением злокачественных опухолей нижней челюсти необходимо провести санацию полости рта. Если больному предстоит облучение, то металлические протезы должны быть сняты, а лучше изолированы пластмассовой каппой.
- Выбор метода лечения зависит от вида, локализации, распространенности опухоли, возраста и общего состояния больного.

- Небольшие злокачественные опухоли нижней челюсти, когда процесс органичен одной анатомической частью органа и опухоль не прорастает в надкостницу, удаляют путем резекции челюсти с первичной костной аутопластикой. Если была проведена предоперационная лучевая терапия, то после резекции не следует откладывать проведение костной пластики. Однако операцию лучше делать не ранее чем через 3 нед после окончания облучения: в эти сроки, как показал П.В. Наумов, создаются наилучшие условия для приживления костного трансплантата.

- При комбинированной схеме лечения злокачественных опухолей нижней челюсти вначале проводят предоперационный курс дистанционной гамма-терапии. Сеансы ежедневные, количество полей облучения зависит от размеров очага поражения и наличия регионарных метастазов. Суммарная очаговая доза на курс - 40-50 Гр (4000-5000 рад).

- **Хирургический этап** выполняется спустя 3 недели после завершения лучевой терапии. За это время проходят лучевые реакции на коже и слизистой оболочке полости рта.
- До операции следует с учетом клинических, рентгенологических и морфологических данных продумать ее объем, способ фиксации остающегося фрагмента челюсти, возможность выполнения первичной костной пластики дефекта челюсти. Необходимо учесть также наличие или отсутствие регионарных метастазов. Надо помнить, что первейшей задачей хирурга является радикальное удаление новообразования.



Рис. 3. Макропрепарат — единым блоком удален подбородочный отдел нижней челюсти, покрытый слизистой оболочкой и надкостницей, клетчатка с лимфатическими узлами шеи справа



Рис. 4. Выполнена реконструкция подбородочного отдела нижней челюсти титановой пластиной Конмет

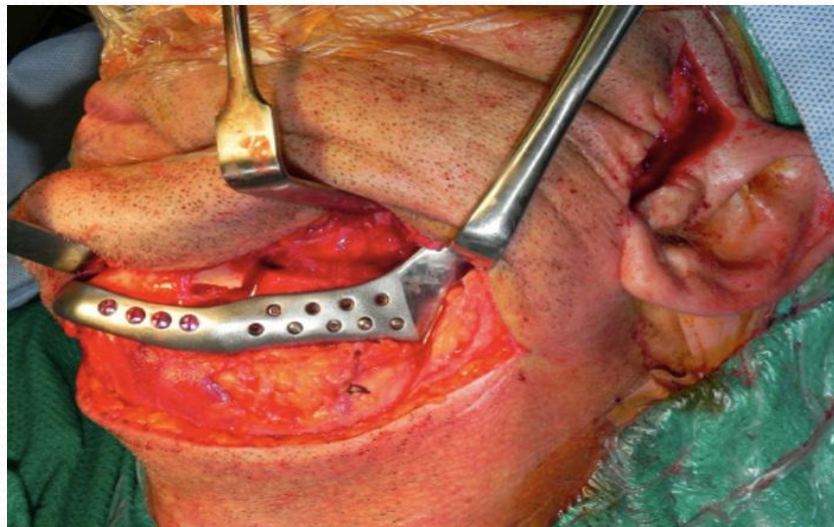
- Операции по поводу злокачественных опухолей нижней челюсти (резекции) могут быть нескольких разновидностей:
- резекции с нарушением непрерывности нижней челюсти (сегментарные);
- резекции без нарушения непрерывности нижней челюсти (сегментарные);
- сегментарная резекция нижней челюсти с экзартикуляцией;
- половинная резекция нижней челюсти с экзартикуляцией;
- резекция нижней челюсти (один из вариантов) с мягкими тканями.

- При вовлечении в опухолевый процесс сосудисто-нервного пучка показана резекция с экзартикуляцией.
- При локализации опухоли в области подбородка резекция выполняется от угла до угла челюсти.
- При локализации опухоли в области тела резекцию выполняют от середины подбородка до нижнечелюстного отверстия.
- При поражении угла нижней челюсти показана половинная резекция с экзартикуляцией.

Реабилитация больных

- Восстановление анатомической целостности нижней челюсти, а тем самым функции и внешнего вида - сложный и спорный вопрос. Пластика костного дефекта - сложная операция, которая у онкологического больного, ослабленного предшествующим лечением, может закончиться неудачей, т. к. регенераторные способности тканей резко снижаются. При злокачественных опухолях даже после радикально проведённого лечения возможны рецидивы.
- Некоторые хирурги прибегают к первичной костной пластике только после резекции небольших опухолей, не выходящих за пределы кости, ибо в противном случае невозможно создать хорошее воспринимающее ложе для трансплантата.

- В качестве удерживающих отломки челюсти в правильном положении имплантатов рекомендуются различные конструкции, приближающиеся к форме отсутствующего участка челюсти. При этом применяют индифферентные для тканей организма материалы: пластмассу, нержавеющую сталь, тантал. Следует учитывать, что эти приспособления не всегда обеспечивают жесткую фиксацию фрагментов челюсти, могут прорезываться через мягкие ткани. Тогда их необходимо удалить и заменить шиной.



К каким докторам следует обращаться если у Вас Злокачественные опухоли нижней челюсти:

- Онколог
- Челюстно-лицевой хирург

Использованная литература:

- 1. Медведов Ю.А., Гюнтер Э.В., Цветаев И.А., Гнилицкий К.А. Устранение дефектов нижней челюсти после удаления доброкачественных новообразований костной ткани с помощью индивидуальных эндопротезов из пористого никелида титана. // Онкохирургия, 2013, Спецвыпуск №1, Материалы I Междисциплинарного конгресса по заболеваниям органов головы и шеи, с.141.
- 2. Федяев И. М., Байриков И. М., Белова Л. П., Шувалова Т. «Злокачественные опухоли челюстно-лицевой области». — М.: Медицинская книга, Н. Новгород: Изд-во НГМД, 2000. — 160 с.
- 3. Карапетян И.С., Губайдуллина Е.Я., Цегельник Л.Н. Опухоли и опухолеподобные поражения органов полости рта, челюстей, лица и шей, Москва, 2004, с.32-46.
- 4. Кропотов М.А., Соболевский В.А. Реконструктивные операции на нижней челюсти у больных с злокачественными новообразованиями челюстно-лицевой области. Сибирский онкологический журнал, приложение №1, 2006, с.58.
- 5. Дробышев А.Ю. Реабилитация больных с дефектами верхней и нижней челюсти с применением костной пластики, дистракционного метода и дентальных имплантатов. Тезисы II Евразийского конгресса по опухолям головы и шеи, Алматы, 2011, с.89.

- 6. Ковалев О.А., Вихлянов И.В., Шойхет Я.Н., Лазарев А.Ф. Способ функциональной реабилитации больных, перенесших операции по поводу местнораспространенных опухолей дна полости рта и нижней челюсти. Тезисы II Евразийского конгресса по опухолям головы и шеи, Алматы, 2011, с.116
- 7. Кропотов М.А. Опухоли верхней и нижней челюсти. В клиническом руководстве Пачес А.И. Опухоли головы и шеи, Москва, 2013, с.210-242
- 8. Пустовая И.В., Енгибарян М.А., Нистратова Г.П. Восстановительные операции при дефектах нижней челюсти и дна полости рта у онкологических больных. Евразийский онкологический журнал, 2014, с.104.
- 9. Вербо Е.В., Гарелик Е.И., Буцан С.Б и др. Ревескулизированный надкостнично-кортикальный бедренный лоскут при устранении дефектов и деформации челюстно-лицевой области// Онкохирургия, 2013, Спецвыпуск N1, Материалы I Междисциплинарного конгресса по заболеваниям органов головышеи, с.123-124.
- 10. Поляков А.П., Решетов И.В., Моторин О.В и др. Микрохирургическая реконструкция лицевого скелета костными аутотрансплантатами у онкологических больных.// Онкохирургия, 2013, Спецвыпуск N1, Материалы I Междисциплинарного конгресса по заболеваниям органов головышеи, с.130.



Спасибо за внимание!