

ОПУХОЛИ ЧЕЛЮСТНО ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Бегайдарова Л

- 1. Виды новообразований челюстно-лицевой области.**
- 2. Международная классификация опухолей.**

Одонтогенные опухоли и опухолеподобные образования челюстей

- Опухоли челюстно-лицевой области (ЧЛО), из всех патологических процессов встречающихся в челюстно-лицевой хирургии (хирургической стоматологии), составляют более чем 13%.

**По международной классификации
опухолей,
опухоли и опухолеподобные образования
(по клиническому течению) делятся, на:**

- **Доброкачественные опухоли;**
- **Промежуточные (местнодеструктирующие);**
- **Злокачественные опухоли.**

Доброкачественные:

- а) органоспецифические;
- б) органонеспецифические.

Промежуточные:

- а) остеогенные;
- б) неостеогенные

Злокачественные:

- а) имеющие первичный (I) очаг;
- б) имеющие системный характер.

I. Органоспецифические доброкачественные опухоли ЧЛО :

- а) одонтогенные;
- б) слюнных желез;
- в) слизистой оболочки полости рта.

□ II. Органонеспецифические доброкачественные опухоли ЧЛО :

- а) остеогенные;
- б) неостеогенные;
- в) неодонтогенные.

Одонтогенные органоспецифические доброкачественные опухоли:

- Адамантинома (амелобластома);
- Однтома мягкая (составная);
- Однтома твердая (сложная);
- Одонтогенная фиброма;
- Цементома;
- Остеобластокластома: - периферическая форма и
- центральная форма.
- Эпулисы:
 - а) ложные - (фиброзный и ангиоматозный);
 - б) истинный - гигантоколечный
(периферическая форма остеобластокластомы);
 - в) гормональные (эпулис беременных и др.)

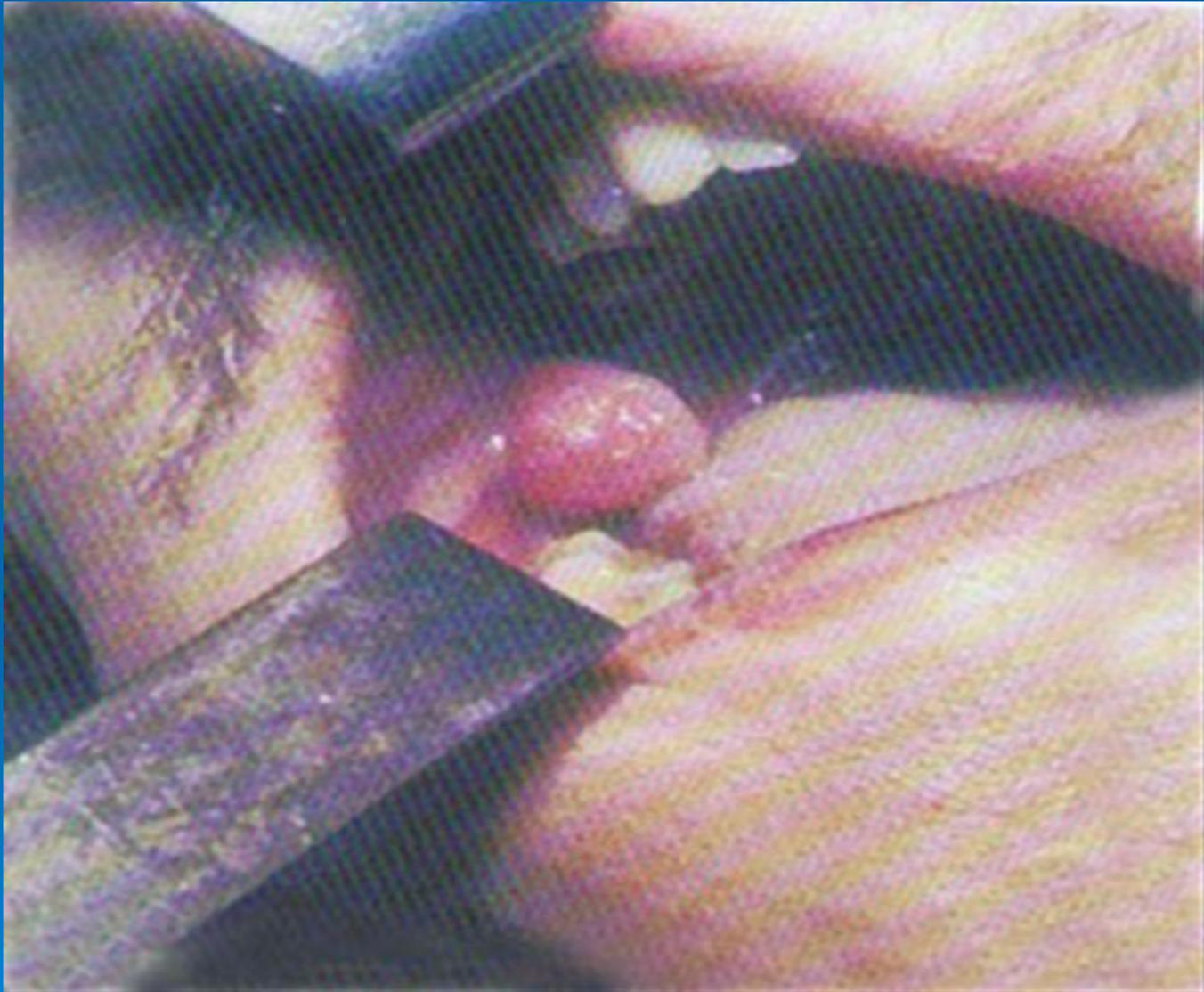
Доброкачественные органоспецифические опухоли слюнных желез:

Эпителиальные	Соединительно- тканные	Нервные
Аденома Аденолимфома Смешанная опухоль Мукоэпидермоид- ная опухоль Кисты слюнных желез	Ангиома Лимфангиома Липома	Невринома Нейрофиб- рома

Доброкачественные органоспецифические опухоли слизистой оболочки полости рта:

1. Папиллома;
2. Фиброма;
3. Фиброматоз;
4. Миксома;
5. Гемангиома;
6. Лимфангиома;
7. Липома;
8. Нейрофиброма.





Остеогенные органонеспецифические доброкачественные опухоли:

1. Остеомы;
2. Остеоидные остеомы;
3. Остеобластокластомы (центральные);
4. Хондромы;
5. Оссифицирующая фиброма.

□ Неостеогенные органонеспецифические доброкачественные опухоли:

- Гемангиома челюстей;
- Гемангиэндотелиома челюстей;
- Фиброма челюстей;
- Нейрофиброма челюстей;
- Миксома челюстей;
- Хондрома челюстей;
- Нейрофиброматоз (б-нь Реклингаузена);
- Врожденные кисты и свищи: а) срединные кисты и свищи шеи; б) боковые кисты и свищи шеи; предушные и позадиушные свищи — лица;
- **Тетрады Дарне:**
 1. пигментация кожи;
 2. опухоли кожи;
 3. опухоли нервных стволов;
 4. нарушение психики.

Промежуточные опухолеподобные образования ЧЛО

Остеогенные:	Неостеогенные:
<p>Фиброзная дисплазия; Херувизм; Деформирующий остоз; Гиперпаратиреоидная остедистрофия; б-нь Педжета; б-нь Реклингаузена; Эозинофильная гранулема; Гиперостоз; (б-нь Таратынова); Экзостоз.</p>	<p>Холестеотома; Пиогенная гранулема; Кератоакантома; Ретенционные кисты.</p>

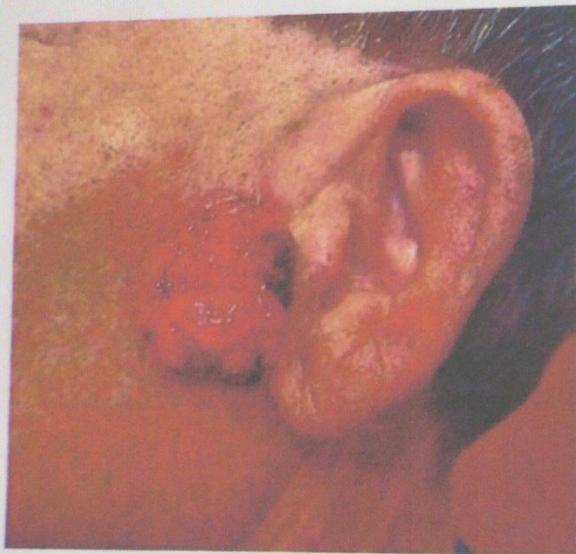


Рис. 4.10, 4.11. Базальноклеточный рак кожи лица (экзофитная форма)

Злокачественные опухоли

□ Злокачественные опухоли по гистологической структуре разделяются:

1. Эпителиальные - рак
2. Опухоли мягких тканей - фибросаркома
3. Опухоли костной и хрящевой ткани – остео-хондро-саркома
4. Опухоли лимфо и кроветворных тканей – ангиоперицитома
5. Опухоли смешанного генеза – рак из смешанной опухоли
6. Вторичные опухоли- МТС - МТС в различные органы
7. Неклассифицируемые опухоли - лейомиома

□ По характеру атипизма тканевой структуры, злокачественные опухоли разделяются на:

1. Рак;
2. Саркома;
3. Системные поражения:
 - а) Лимфогранулематоз;
 - б) Лимфосаркома.

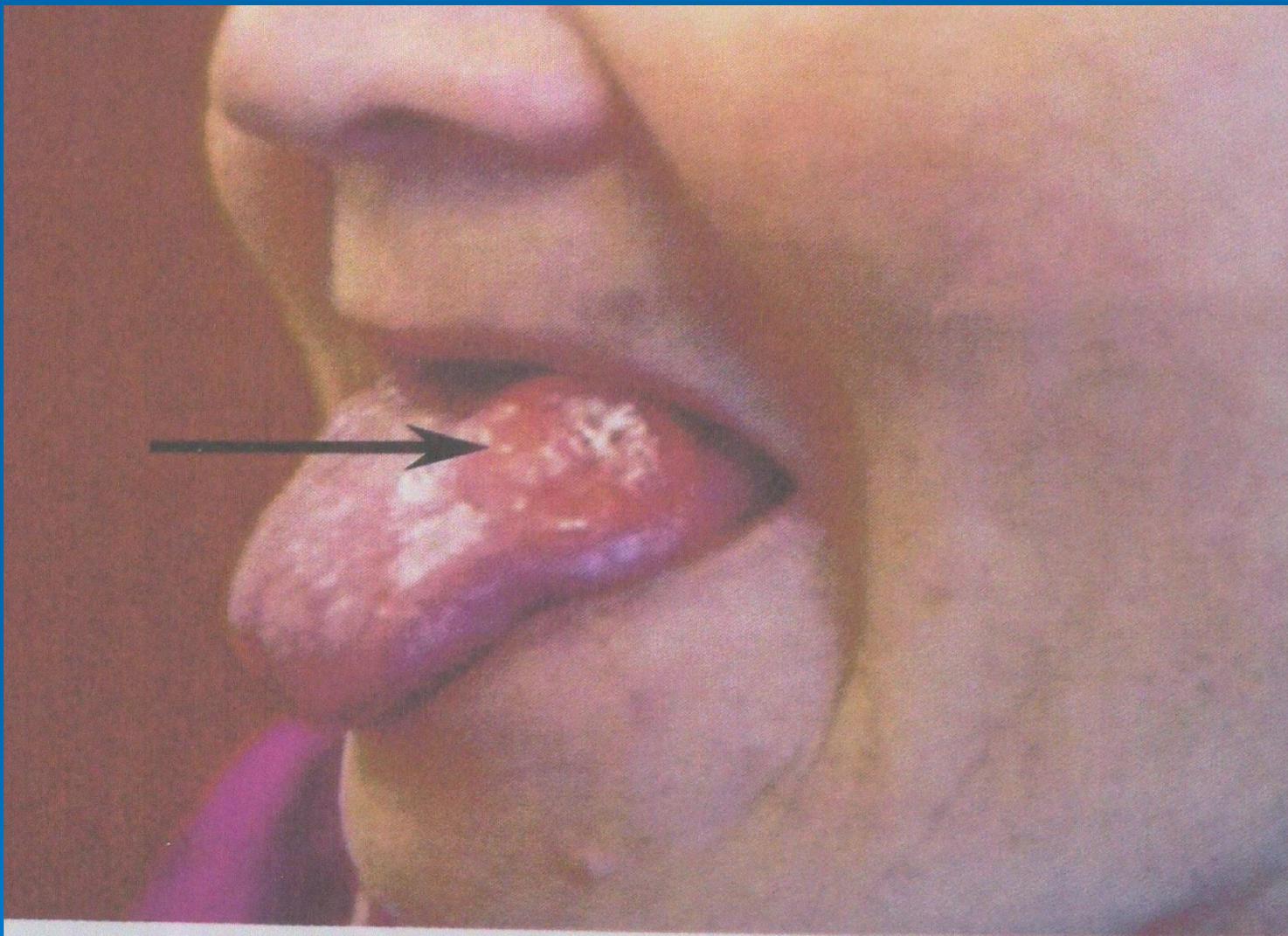


Рис. 3.23. Рак языка (показан стрелкой)



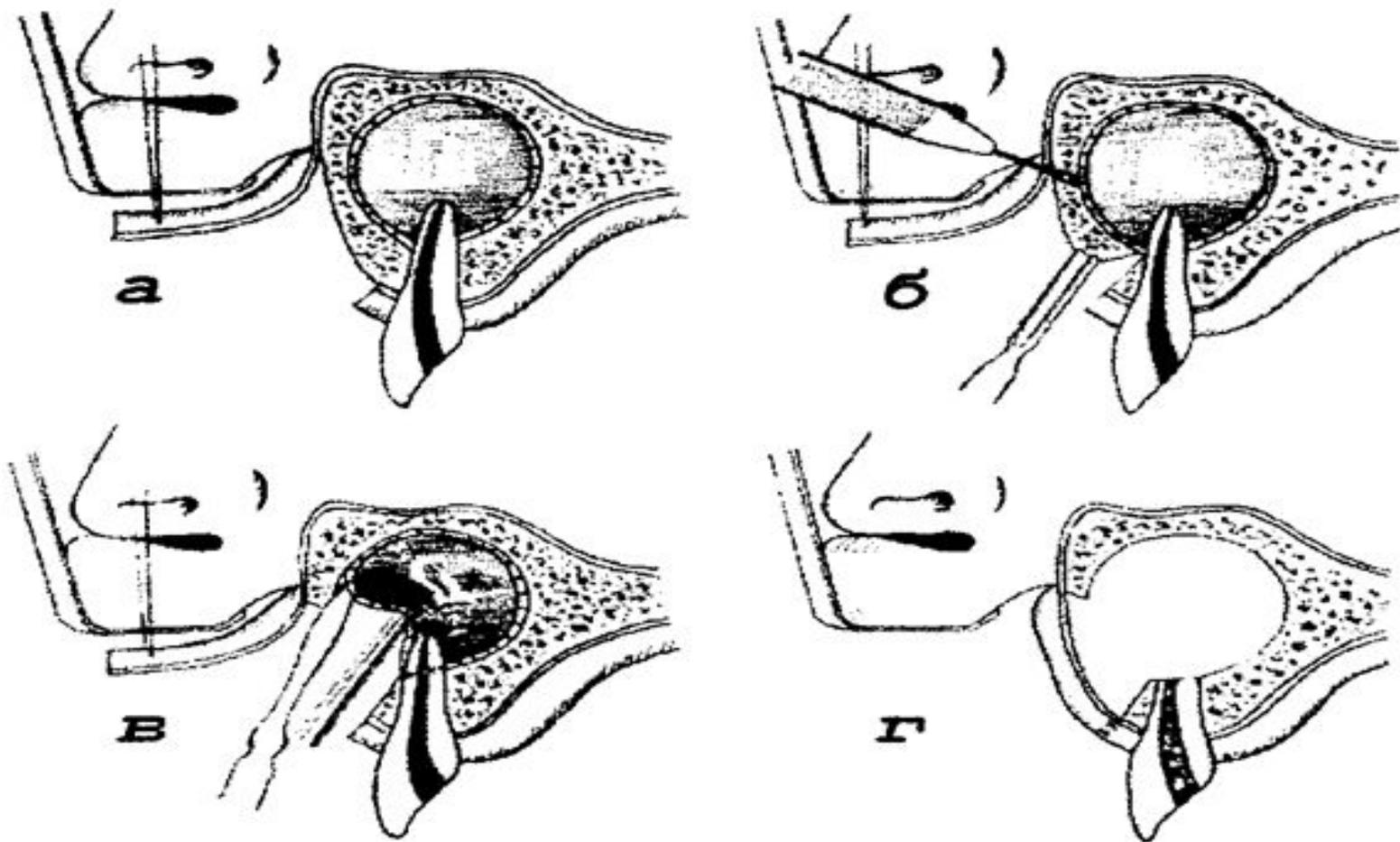


Рис. 8. Схема операции цистэктомии:

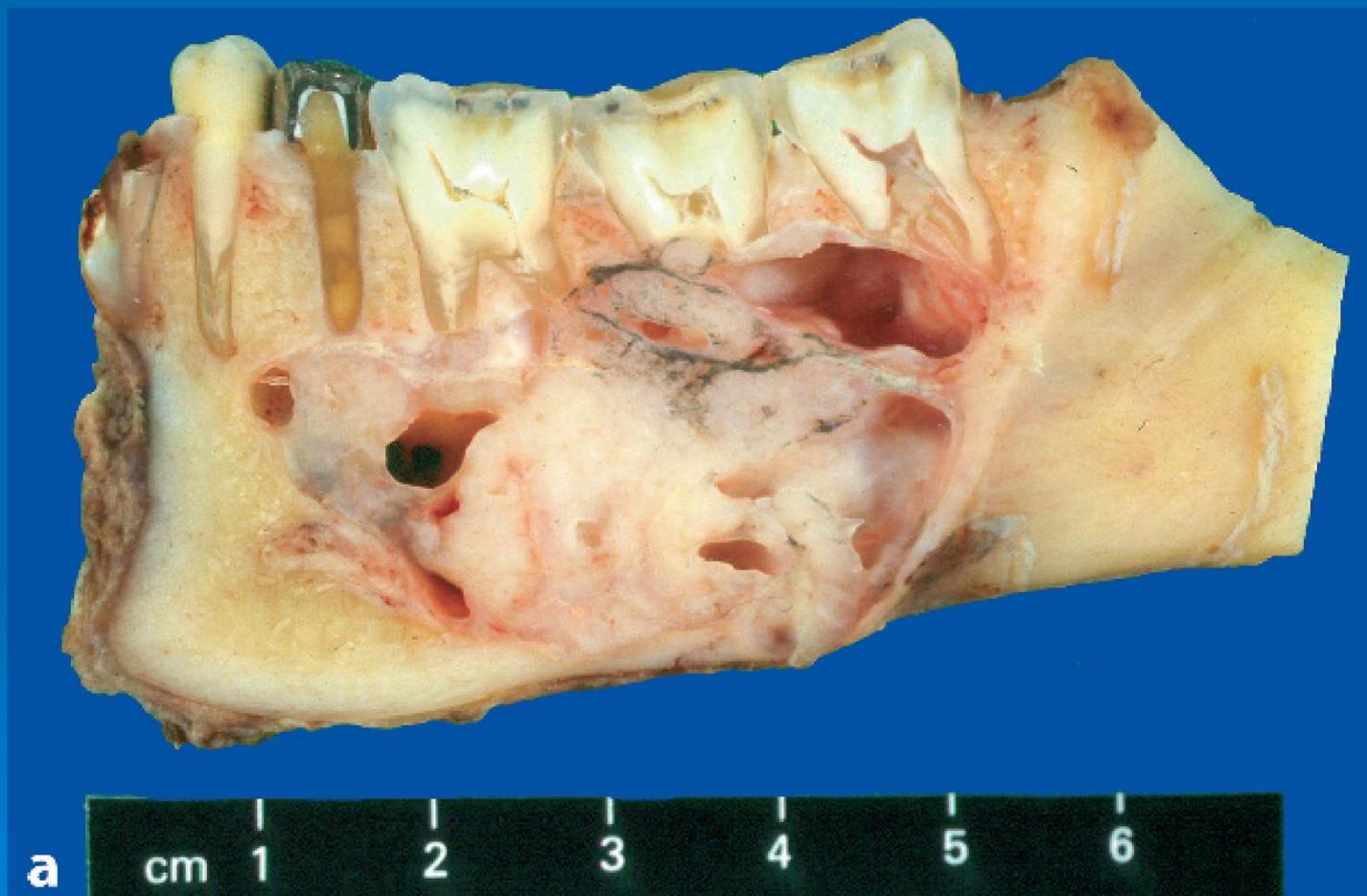
а) слизисто-надкостничный лоскут отделен и оттянут швом-держалкой к верхней губе;

б) удалена передняя костная стенка фиссурными борами и долотами;

в) отслоена и удалена полностью оболочка кисты, резецирована верхушка корня зуба, «выстоящего» в полость кисты;

г) лоскут уложен на место, наложены узловатые швы.

Макропрепарат удаленной адамантиномы с резекцией челюсти



Резецированный участок челюсти на срезе





- Основные направления реабилитационного периода:
- • реконструктивные процедуры;
- • функциональное восстановление утраченных возможностей;
- • ортопедическое и стоматологическое лечение;
- • устранение лицевых дефектов;
- • нормализация речевых и глотательных навыков;
- • логопедические тренировки;
- • психологические тренинги

□ Реабилитация после перенесенного рака челюсти

Опухоли челюсти требуют применения комплексных методик, в том числе оперативного лечения. Патологический процесс разрушает костную ткань, провоцирует появление упорных болей, прорастание новообразования в жевательные мышцы, поднижнечелюстные лимфатические узлы. Оптимальным вариантом лечения злокачественных опухолей является гамма-терапия с резекцией челюсти и пораженных окружающих тканей, фиксацией остаточных фрагментов челюсти специальными проволочными или пластмассовыми шинами. Чем раньше будет проведена операция, тем лучше прогноз пациента на выздоровление и восстановление всех утраченных функций.

- После комплексного лечения злокачественных опухолей, поражающих челюстную кость, встает вопрос о восстановлении анатомической целостности челюсти, жевательной функции. Для этих целей применяется костная пластика с использованием аутотрансплантантов.



- Методика реабилитации после перенесенного рака челюсти подбирается индивидуально. При этом учитывают плотность оставшейся костной ткани, состояние полости рта, целостность, крепость зубов, общее самочувствие пациента. У людей, прошедших через хирургическое и лучевое лечение раковых опухолей челюсти, пользуется популярностью методика РЕЕК-имплантации зубов. Этот инновационный способ восстановления утраченных функций был разработан во Франции более 15 лет назад.

- Биополимер РЕЕК — это специальный термопластик, полимерный материал нового поколения, обладающий повышенными износостойкими качествами. Совместим на 100% с тканями полости рта, не вызывает аллергии, устойчив к самым высоким нагрузкам.
-
- Преимущества РЕЕК имплантата:
 - способствует укреплению кости;
 - не разрушает ткани на протяжении всего срока использования;
 - выдерживает повышенные жевательные нагрузки;
 - отличается устойчивостью к нагрузкам, химическим, термическим воздействиям;
 - имеет гипоаллергенные свойства, установка практически не сопровождается риском отторжения и развития аллергических реакций или воспалительного процесса.

- Помимо выраженного косметического дефекта и серьезнейшей психотравмы, у пациента нарушается речь, страдают функции жевания и глотания. Ортопедическая коррекция дефекта челюсти с помощью специальных шин и костной пластики возможна лишь спустя 2 года после операции. Такая коррекция может быть не всегда успешной и направлена, в основном, на исправление функциональных нарушений.

□ Как осуществляется реконструкция верхней челюсти?

- Такое вмешательство выполняется только после проведения компьютерной томографии области, требующей восстановления. При этом создается цифровая трехмерная модель челюсти, что позволяет хирургам тщательно спланировать операцию. Реконструкция верхней челюсти может быть осуществлена двумя путями:

□ 1. С использованием естественных трансплантатов

- В такой трансплантат входят как костные, так и мягкие ткани, которые получают из других областей тела пациента. Так, недостающие костные фрагменты чаще всего берут из малой берцовой кости, лопатки или подвздошной кости. Кроме того, место пересадки костной ткани должно быть закрыто мышцами и кожей. Для этого используется методика трансплантации так называемого «свободного лоскута», который содержит все необходимые тканевые структуры. Такой лоскут берется из другой зоны, пересаживается на трансплантированную кость, а затем соединяется с имеющимися там кровеносными сосудами с применением микрохирургических техник. В будущем на костном трансплантате верхней челюсти можно провести и имплантацию зубных протезов.

□ 2. С использованием искусственных трансплантатов

- Для изготовления таких протезов применяются как металлы (например, титан), так и синтетические материалы, состоящие из гидроксида кальция, пористого полиэтилена и полимерного метилметакрилата. Чаще всего этот трансплантат представляет собой сетку, которая легко поддается моделированию. Ее форма подбирается индивидуально в соответствии с трехмерной картиной дефекта и точно заполняет собой отсутствующий участок кости. Затем данный протез также закрывается мягкими тканями по методике «свободного лоскута».

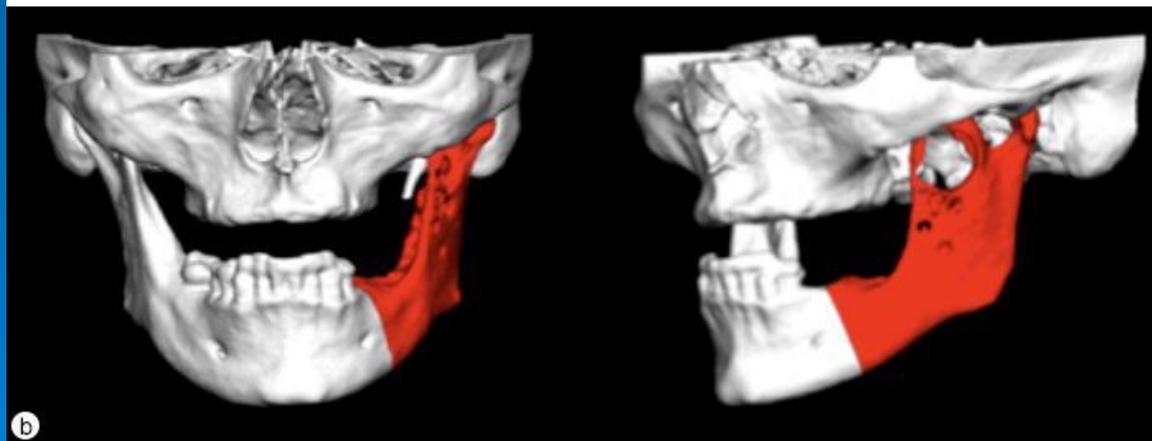
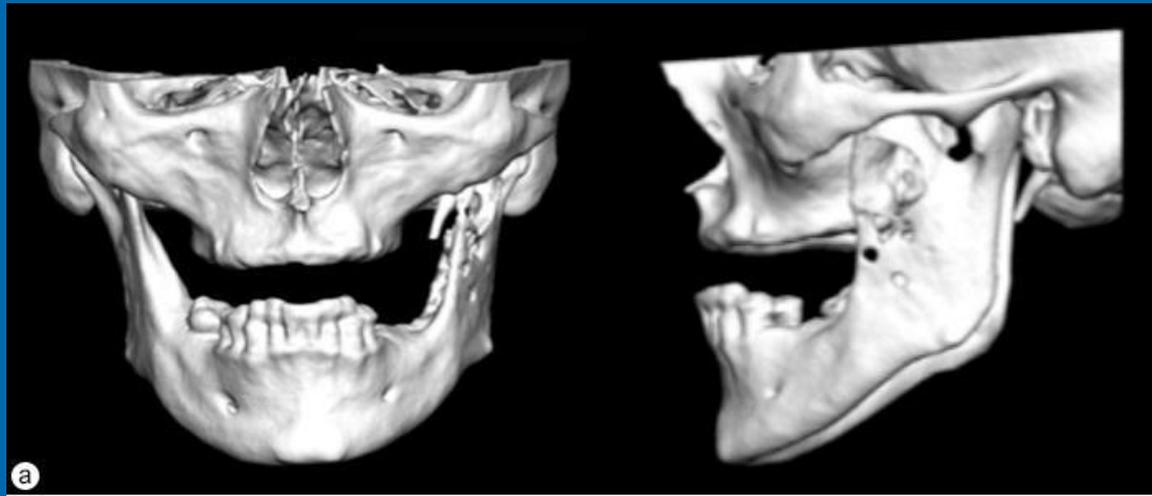


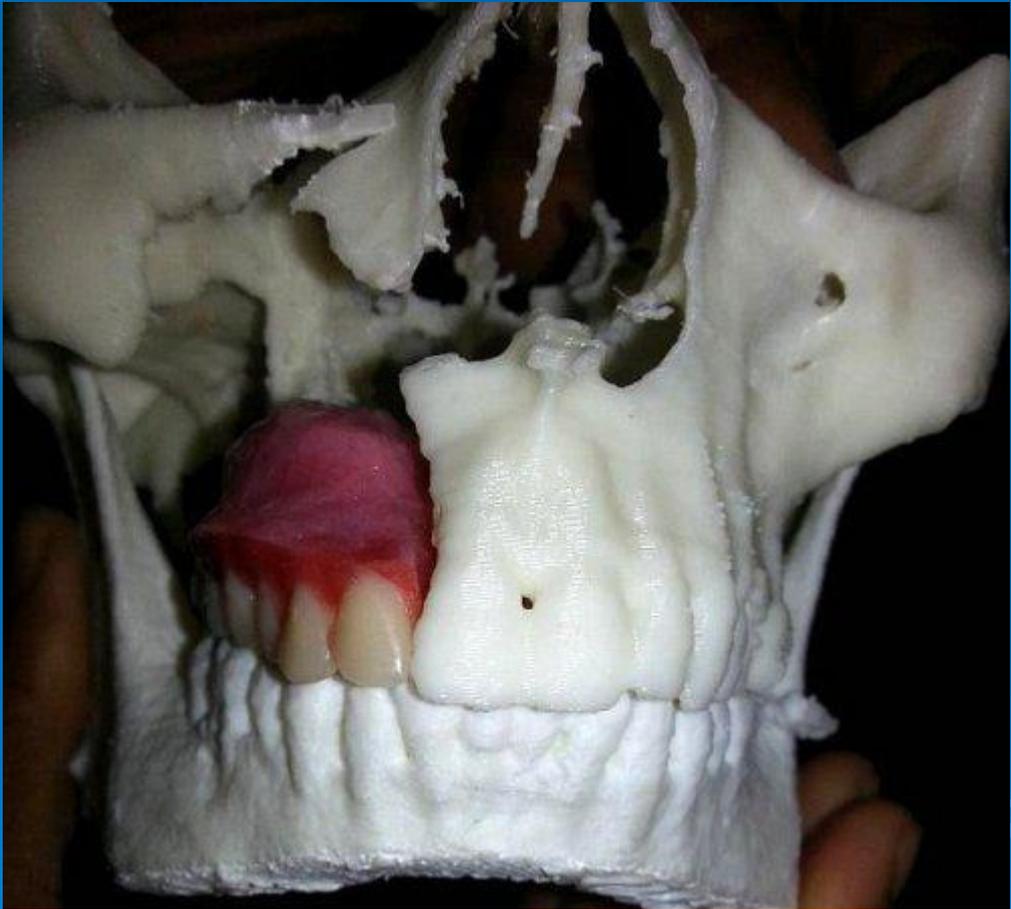


Рис. 3. Макропрепарат — единым блоком удален подбородочный отдел нижней челюсти, покрытый слизистой оболочкой и надкостницей, клетчатка с лимфатическими узлами шеи справа



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





□ Спасибо за внимание

