

Пухлини ЛОР-органів

ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет: ПІСЛЯДИПЛИМНОЇ ОСВІТИ

Кафедра: ДИТЯЧИХ ХВОРОБ

асистент кафедри Шаменко В.О.

2016

Общая характеристика и эпидемиология новообразований ЛОР-органов

- Новообразования верхних дыхательных путей и уха составляют около 6–8% новообразований человека всех локализаций.
- Опухоли могут исходить из эпителиальной, соединительной, мышечной, нервной, хрящевой, костной и других тканей.
- Среди новообразований ЛОР-органов встречаются опухолеподобные образования, доброкачественные и злокачественные опухоли.
- Наиболее часто они обнаруживаются в гортани; на втором месте по частоте стоят нос и околоносовые пазухи, затем глотка; сравнительно редко выявляются опухоли уха.

Классификация новообразований по гистологическому строению

I. Эпителиальные опухоли:

А. Доброкачественные (папиллома, аденома и др.).

Б. Злокачественные (рак на месте, плоскоклеточный рак, аденокарцинома, аденокистозный рак, недифференцированный рак и др.).

II. Опухоли мягких тканей:

А. Доброкачественные (липома, гемангиома, нейрофиброма, неврилеммома, хемодектома и др.).

Б. Злокачественные (фибросаркома, ангиосаркома, саркома Капоши и др.).

III. Опухоли кости и хряща:

А. Доброкачественные (остеома, хондрома и др.).

Б. Злокачественные (хондросаркома и др.).

IV. Опухоли лимфоидной и кроветворной ткани.

V. Смешанные опухоли.

VI. Вторичные опухоли.

VII. Опухольеподобные образования: кератоз без атипии, кисты, интубационная гранулема, полипы, отложения амилоида и др.

Диагностика онкологических заболеваний ЛОР органов



Диагностика опухолей основывается на использовании методов:

1) Клинический:

(осмотр пациента, выяснение жалоб, а также история заболевания)

2) Инструментальный :

- осмотр патологического очага с помощью инструментов
- лучевые методы исследования
- метод прижизненного исследования тканей (биопсия)

3) Лабораторные методы исследования:

- исследование биологических жидкостей,
- исследование крови на присутствие маркеров опухолевого процесса,
- определение чувствительности опухоли к лечению

Сбор анамнестических данных должен включать:

- **Вопрос о факторах, модифицирующих опухолевый рост, наследственности, хронические заболевания**
- **Вопрос направленный на выявление жалоб общего характера, а также симптомов, характерных для различных локализаций опухолей**

Признаки возможного онкологического заболевания:

- Изменение привычек, появление отвращения к пище, запахам и т.д.
- Немотивированные изменения самочувствия при неизменном режиме труда и быта
- Появление патологических выделений
- Появление ранее не существовавших видимых или пальпируемых образований на коже или слизистых оболочках
- Изменение течения хронических заболеваний: появление новых симптомов и неэффективность лечения, которое обычно помогало.

Объективное обследование начинается с оценки общего вида состояния больного.

При обследовании больного с подозрением на наличие онкологической патологии должен стать **полный осмотр**, а не только осмотр пораженной области и зона возможного регионарного метастазирования, так как местное поражение может оказаться **отдаленным метастазом опухоли**, локализирующейся совсем в другом месте

Лучевые методы исследования

- **Рентгенографическое обследование**

является основным методом распознавания при
опухолях

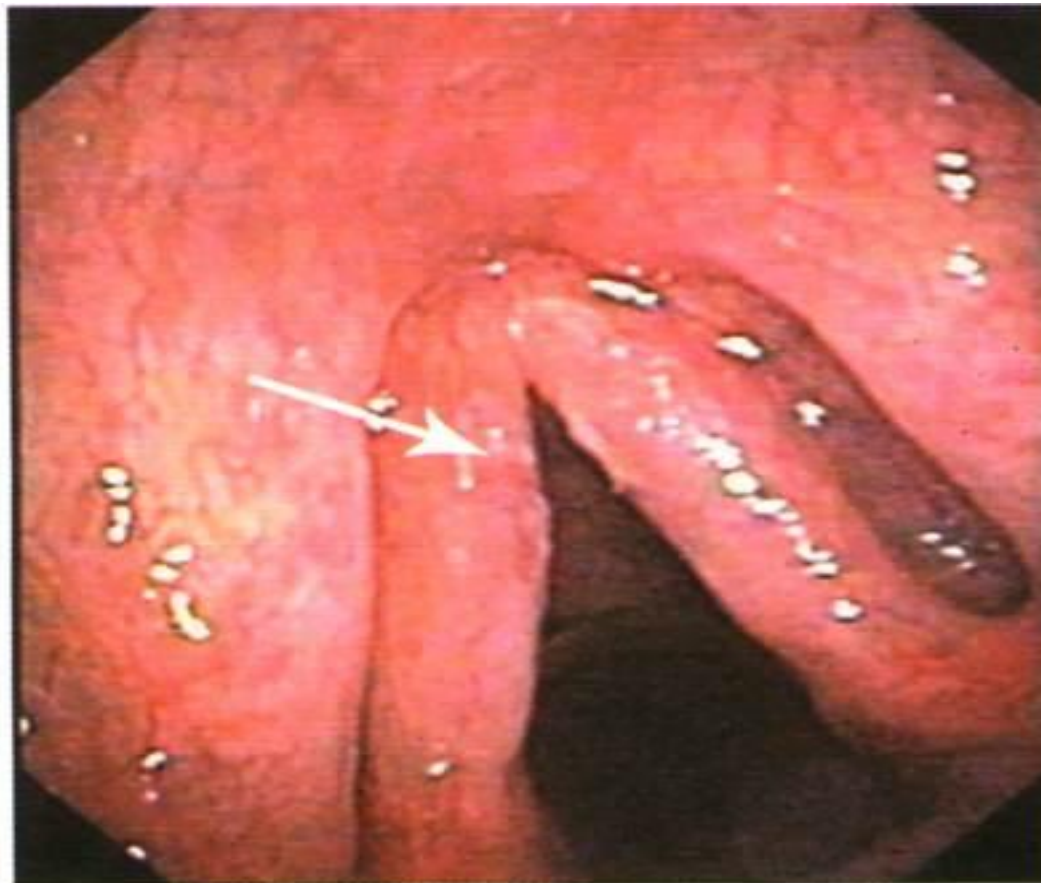
- **Компьютерная томография**

является ценным методом для **локализации** области новообразования, из которой в дальнейшем берется проба ткани для биопсии, а также для **планирования хирургического вмешательства** и последующей радиотерапии



Эндоскопический метод

дает **возможность тщательно осмотреть** всю слизистую оболочку, произвести **цитологическое** исследование, а при подозрении взять кусочек ткани для **гистологического** исследования



ЯМР

спектроскопия *in vivo* характеризуют
уровень энергообеспечения клеток и
особенности метаболизма в
выделенном участке любой
биологической ткани, позволяет
получить сведения о **наличии и типе**
опухоли, степень ее
злокачественности и сохранности
органов и систем

Позитронная эмиссионная томография

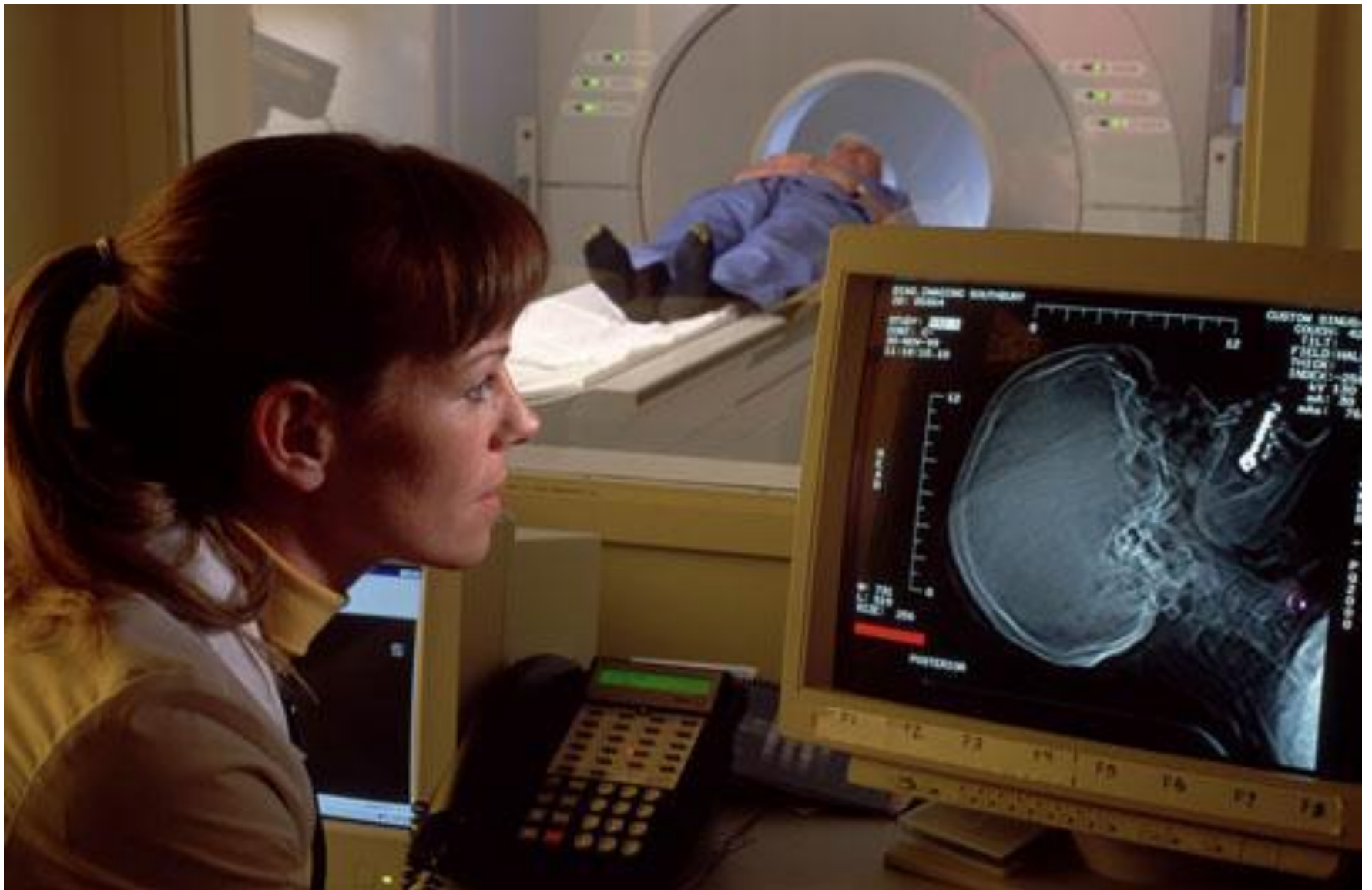
- диагностическое обследование
МОЖЕТ С ВЫСОЧАЙШЕЙ
ТОЧНОСТЬЮ определить наличие
опухоли**

Магнитно – резонансная томография

- ЭТОТ МЕТОД ПОЗВОЛЯЕТ ДОСТИГАТЬ ВЫСОКОГО Контрастирования тканей, получать в ходе одного исследования изображение во всех анатомических проекциях, изучать динамические процессы, связанные с движением биологических жидкостей.**

Радионуклеидные методы
основаны на анализе содержания
МОНОКЛОНАЛЬНЫХ АНТИТЕЛ в
исследуемых тканях,
позволяет выявить многие виды
опухолей на **ранних этапах** развития
процесса,
когда размеры опухолей малы.

MPT



Телеэндоскопическая аппаратура

С её помощью можно **видеть на экране** в цветном изображении то, что другим способом увидеть практически невозможно.



Биопсия

Метод получения ткани живого организма для гистологического исследования с диагностической целью.

- открытая биопсия

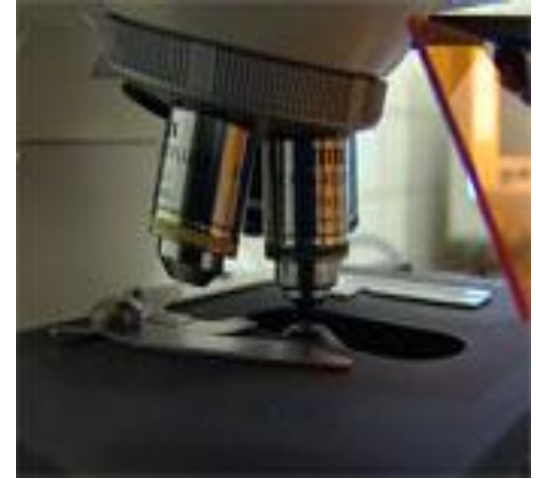
(фрагмент ткани непосредственно из патологического очага)

- тотальная эксцизионная биопсия

(хирургическая операция, направленная на удаление всего патологического очага)

Исследование биологических жидкостей

Маркеры или онкомаркеры –
вещества, повышение
концентрации которых в
биологической жидкости
ассоциируется с наличием
злокачественной опухоли
и/или *отражает степень*
ее распространения
и эффект проводимого
лечения.



Завершающей задачей при установлении диагноза онкологического заболевания является *оценка распространенности метастатического процесса, диагностика отдаленных метастазов.*

Чрезкожная пункция метастатических опухолей, взятие материала при эндоскопии позволяют морфологически подтвердить наличие отдаленного метастаза

(M0-нет отдаленных метастазов,
M1-есть отдаленные метастазы).

Таким образом:

ТОЛЬКО анализ всей совокупности
данных, полученных с использованием
разнообразных методов диагностики,
*способствует правильной
интерпретации результатов
исследований и эффективному
лечению.*

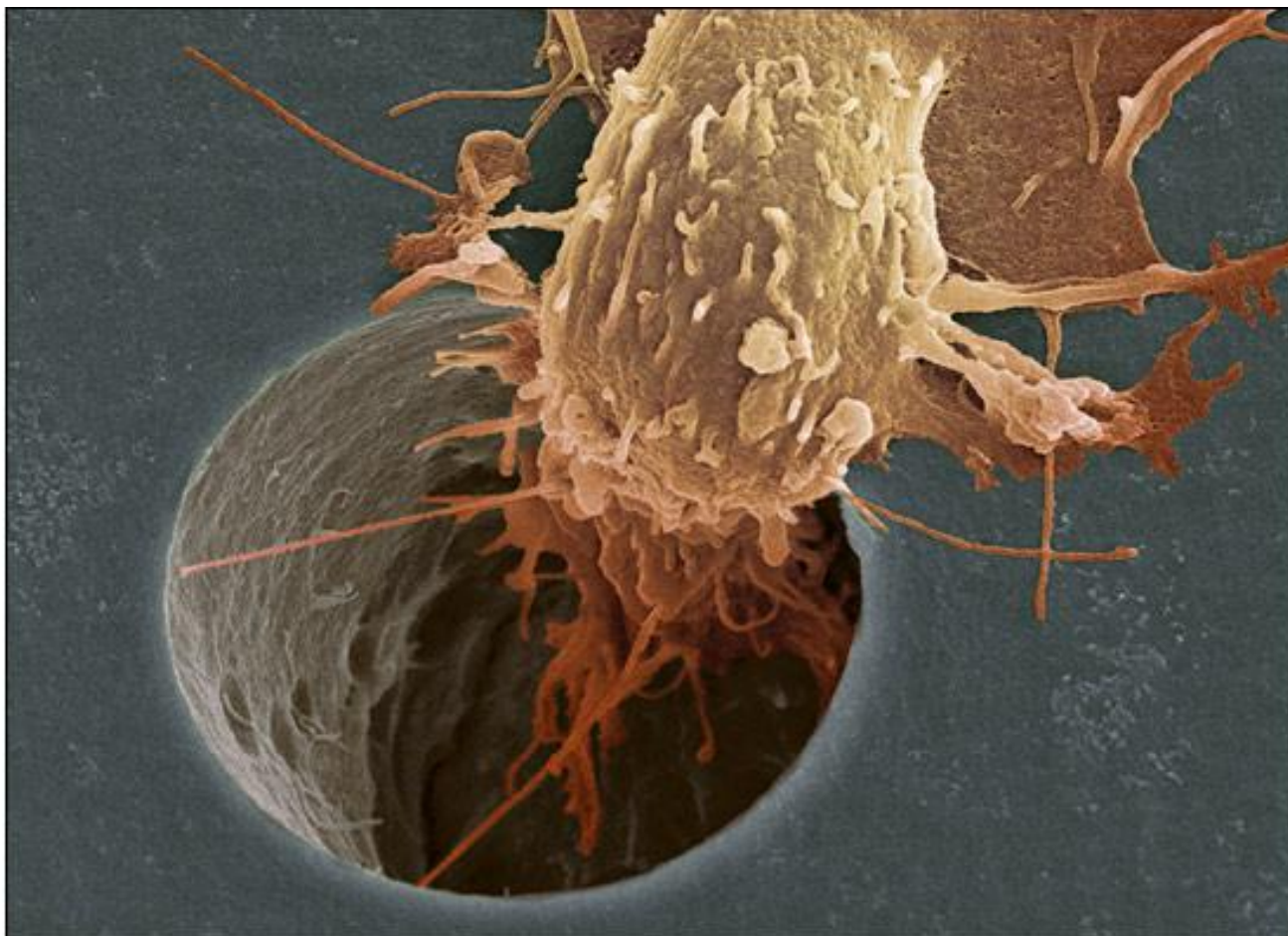
Профилактика

- Лечение опухолей любой локализации наиболее эффективно при их выявлении на ранней стадии, однако ранняя диагностика новообразований является и наиболее сложной.
- Самый эффективный метод выявления опухоли — тщательный осмотр ЛОР-органов при любом посещении пациентом оториноларинголога, который четко представляет нормальное строение ЛОР-органов и может своевременно отметить любые отклонения от нормы.

Рак гортани



Рак гортани



Из злокачественных
новообразований гортани на первом
месте стоит рак
(cancer larynges)

Рак гортани поражает
преимущественно мужчин в возрасте
от 40 до 70 лет:
на сто мужчин приходится 8 женщин

Рак гортани

- Рак гортани составляет до 5% всех злокачественных опухолей человека и 40–65% опухолей ЛОР-органов.
- Встречается чаще у мужчин (8:1), пик заболеваемости приходится на 60–70 лет.
- Основные *факторы риска* — *курение и алкоголизм*.
У курильщиков вероятность возникновения рака гортани в 6–30 раз выше, чем у некурящих.
- Другие факторы риска: пищеводный рефлюкс, облучение, юношеский папилломатоз в анамнезе.

Этиология

предраковые заболевания:

- **папиллома**, длительно существующая
- **лейкоплакия** слизистой оболочки
- **дискератозы**
- **пахидермия**
- **фиброма** на широком основании
- **брахиогенные** и другого происхождения **кисты** гортанных желудочков
- **хронические воспалительные процессы**, не уступающие лечению, обусловленные сифилисом, алкоголизмом, курением

Наиболее достоверным является озлокачествление папиллом.

Промежуточной формой между предраковыми заболеваниями и раком считается «рак на месте».

Преимущественно встречается экзофитная форма рака, которая растет медленно.

Локализация рака гортани

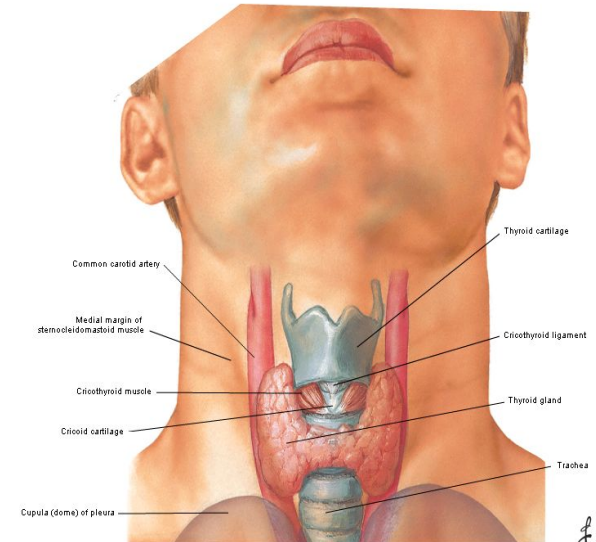
- По локализации различают рак верхнего, среднего или нижнего отделов гортани.
- Самая неблагоприятная в прогностическом отношении — *верхняя (вестибулярная)* локализация рака гортани (~20–25% случаев). Эта область наиболее богата рыхлой клетчаткой и жировой тканью, лимфатическая сеть вестибулярного отдела гортани широко связана с яремными и надключичными лимфатическими узлами.
- Локализация опухоли в *среднем отделе* (до 65–70% случаев) — наиболее «благоприятная» для излечения.
- *Рак нижнего отдела гортани* встречается примерно в 10% случаев. Нижний отдел гортани сравнительно с вестибулярным менее богат лимфатической сетью. Для этих опухолей характерен эндофитный рост, они почти не возвышаются над слизистой оболочкой, растут книзу.

При опухоли **надгортанника** процесс распространяется вверх и кпереди.

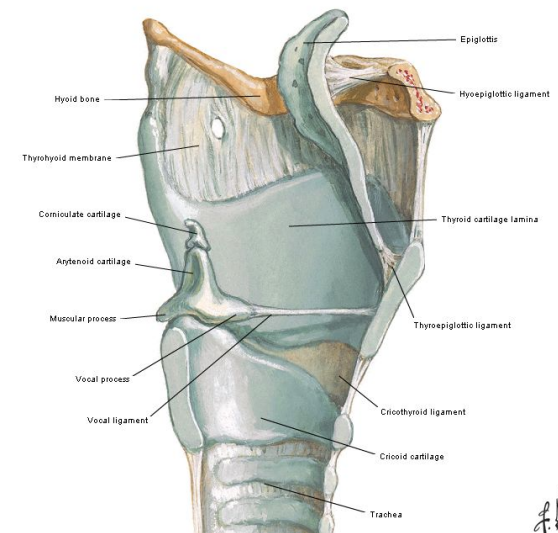
При опухоли **среднего отдела** гортани через коммисуру или гортанный желудочек распространение идет на верхний отдел.

Опухоль **нижнего отдела** гортани растет вниз через коническую связку, проникает на передние отделы шеи.

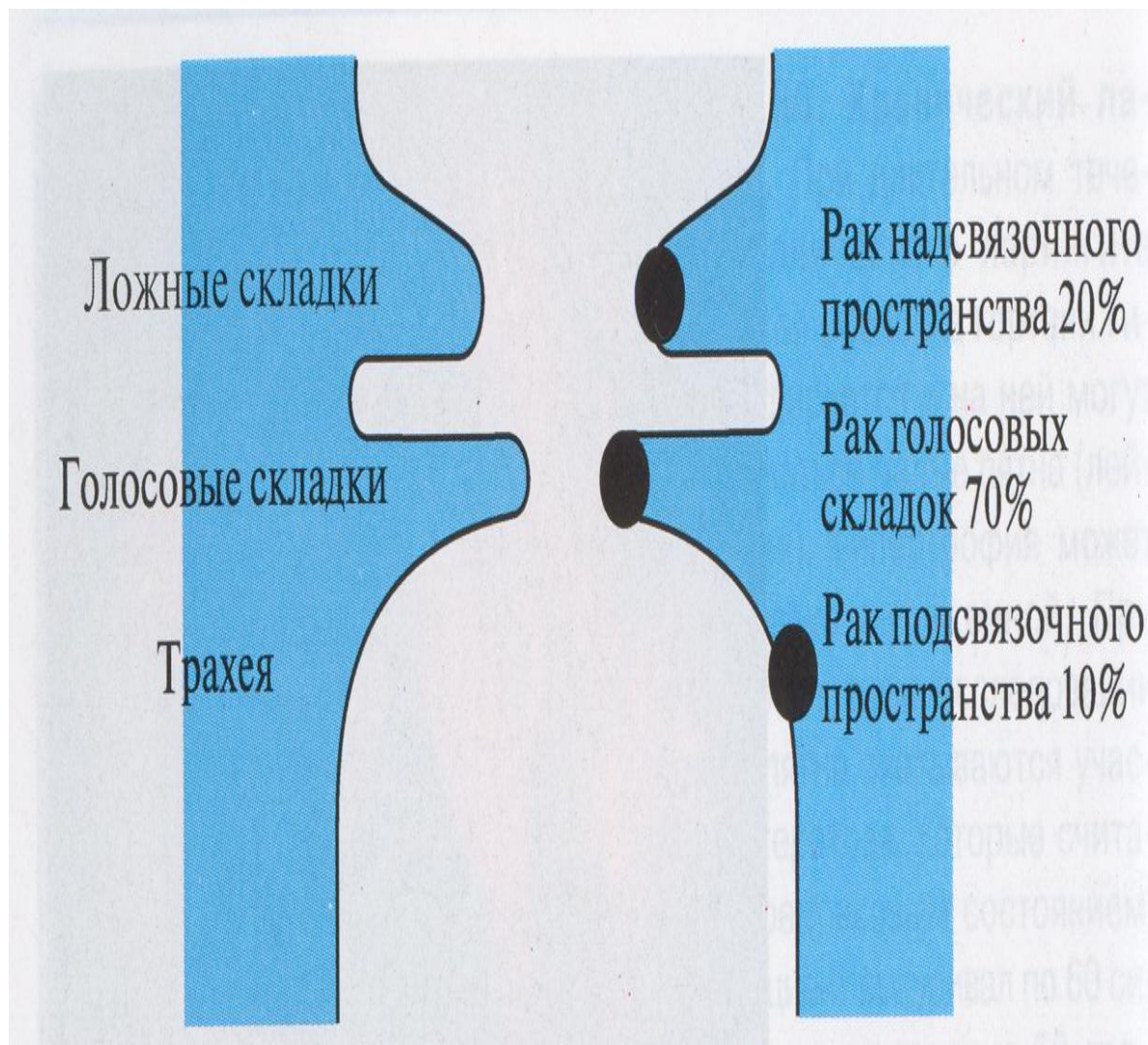
Thyroid Gland In Situ
Anterior View



Cartilages of Larynx
Medial View (Sagittal) Section



Частота встречаемости раковых опухолей гортани

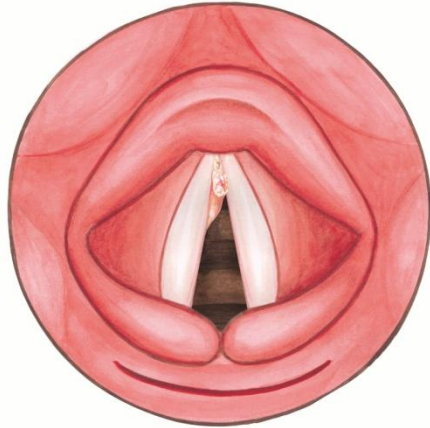


Рак вестибулярного отдела гортани

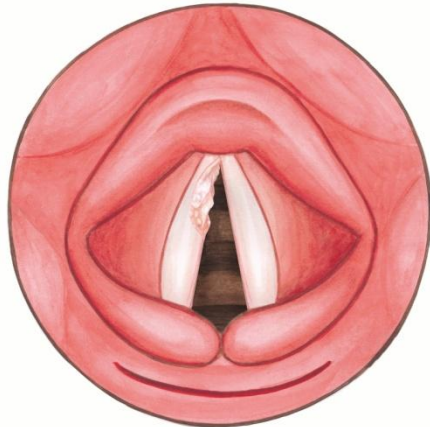


- Наиболее неблагоприятная в прогностическом отношении локализация раковой опухоли в вестибулярном отделе.

Рак голосовой складки



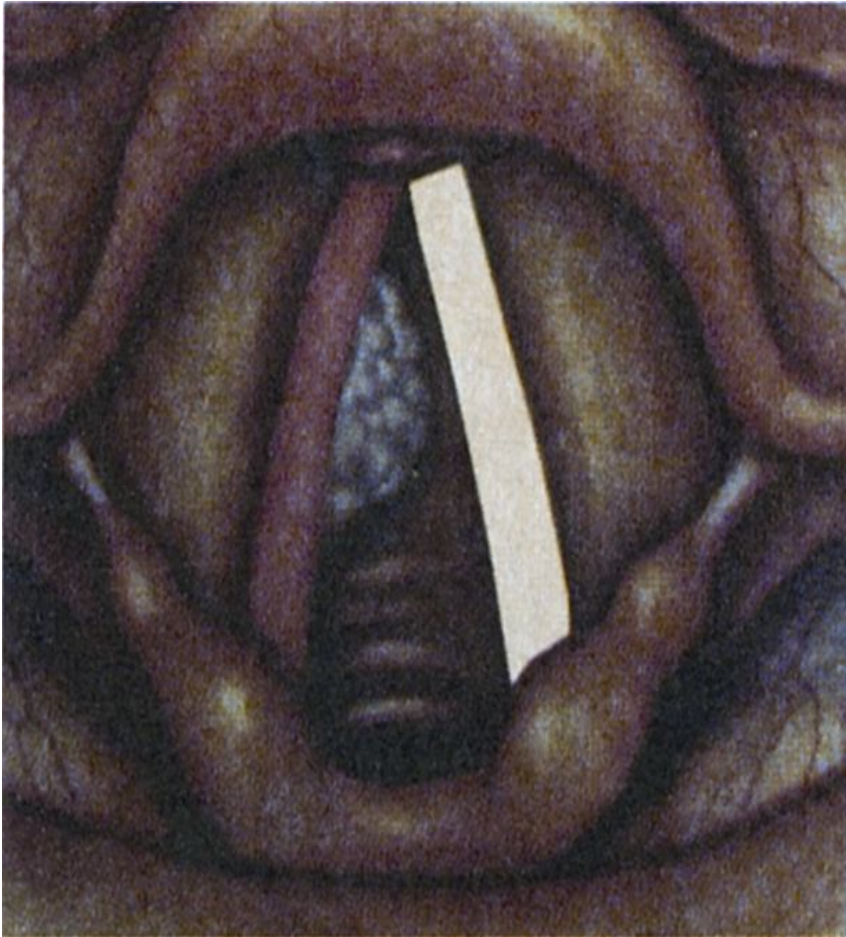
а



б

- Опухоль плотная, бугристая, бледно-розового цвета, чаще возникает в передних $2/3$ голосовой складки, поражая ее верхнюю поверхность и свободный край.
- Опухоль голосовой складки довольно рано проявляется дисфонией.
- Метастазирование здесь наблюдается значительно реже и позже, чем при других локализациях рака гортани.

Рак подголосового отдела гортани:



опухоли почти не
возвышаются над
слизистой оболочкой

Периоды развития опухолей гортани (клиника)

1) Начальный период:

- першение
- неудобство при глотании
- ощущение комка в горле

2) Период полного развития заболевания:

- возникает охриплость вплоть до афонии
- затруднение дыхания вплоть до асфиксии
- нарушение глотания вплоть до полной ее невозможности

3) Период метастазирования

Классификация Т N M

Основана на определении **стадий** всех солидных опухолей – анатомический размер новообразования

T (tumor) – распространение первичной опухоли,
N (nodules) – состояние регионарных, а при некоторой локализации и юкстарегинарных лимфатических узлов,
M (metastasis) – наличие или отсутствие отдаленных метастазов.

К этим компонентам добавляют цифры, указывающие на распространенность злокачественного процесса.

Группировка по стадиям

- Стадия 0: TS, NO, MO
- Стадия 1: T1, NO, MO
- Стадия 2: T2 или T1, NO, MO
- Стадия 3: T1-3, N2, MO
- Стадия 4: любая T и любые N при наличии M

Международная классификация рака гортани по стадиям в системе TNM

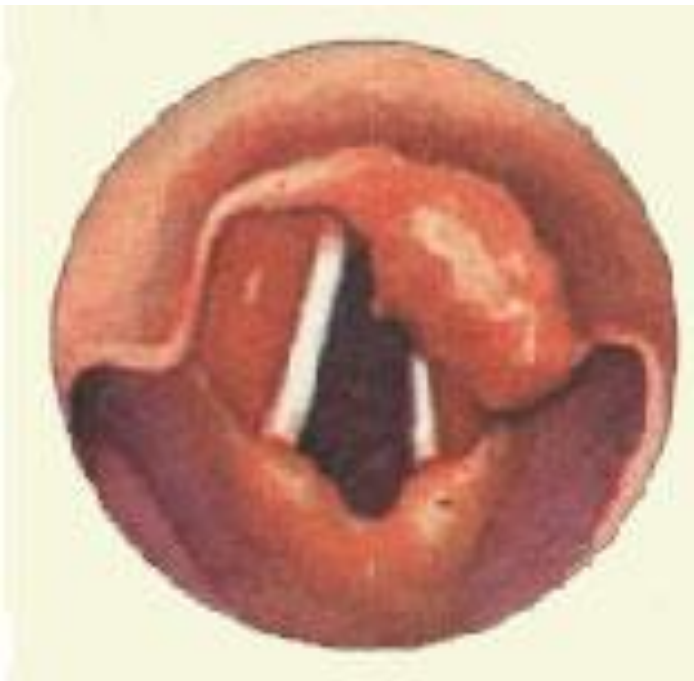
- Т (тумор) — величина, степень распространения первичного процесса, N (нодуль-узел) — регионарные метастазы, M — отдаленные метастазы.
- Гортань разделена на анатомические элементы, чтобы оценить рост (величину) первичной опухоли по распространенности её в пределах этих частей.
- T1 — опухоль ограничивается одним анатомическим элементом гортани, не захватывая его границы; T2 — опухоль полностью занимает один анатомический элемент; T3 — опухоль распространяется за пределы одного анатомического элемента; T4 — опухоль распространяется за пределы гортани, имеются отдаленные метастазы.

Ранняя диагностика рака гортани

- Основана на сочетании ряда банальных признаков, которые позволяют заподозрить опухоль. Например, в течение нескольких месяцев до установления диагноза отмечается сухость, першение, ощущение инородного тела в глотке. Несколько позже появляется утомляемость и глухота голоса, неловкость при глотании, а затем и болезненность.
- Эти так называемые «малые признаки» должны насторожить врача и заподозрить опухоль в самом раннем периоде.
- Важным звеном в раннем распознавании опухоли является оценка ларингоскопической картины, поэтому необходим тщательный осмотр гортани.
- *При постановке диагноза злокачественной опухоли решающее значение имеет гистологическое исследование*

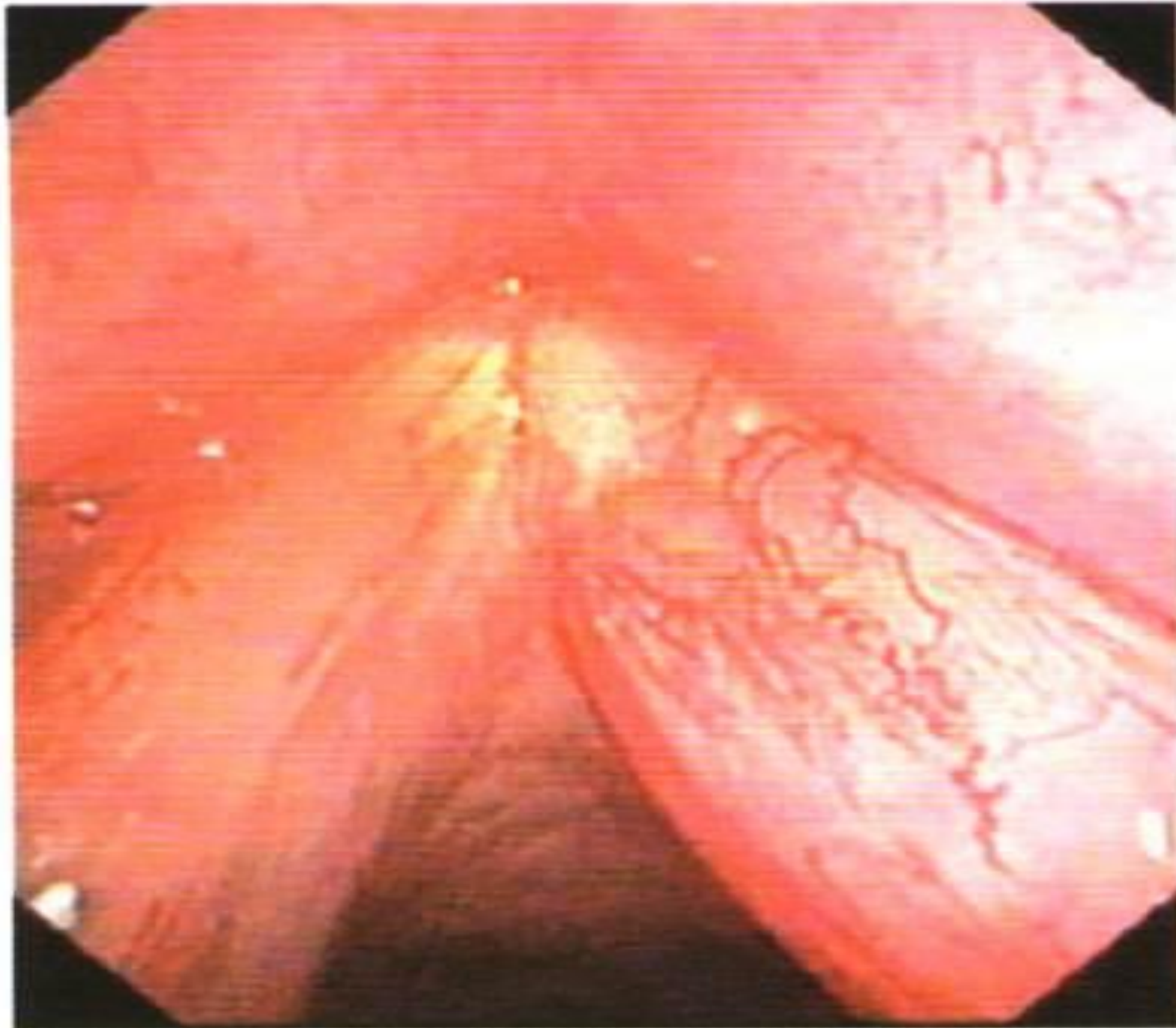
Клиническая картина

- **Персистирующая** охриплость голоса у курильщиков среднего и пожилого возраста
- **Отдышка** и стридор
- **Боль в ухе** на стороне поражения
- **Дисфагия**
- **Постоянный кашель**
- **Кровохарканье**
- **Потеря массы тела**, вызванная пониженным питанием
- **Неприятный запах** изо рта, обусловленный распадом опухоли
- **Изменение формы шеи**, связанная с метастазированием в шейные лимфатические узлы
- **Болезненность в области гортани**, связанная с нагноением и распадом опухоли
- **Ощущение комка в горле**
- При пальпации гортань расширена, крепитация менее выражена



Эндоскопический метод исследования



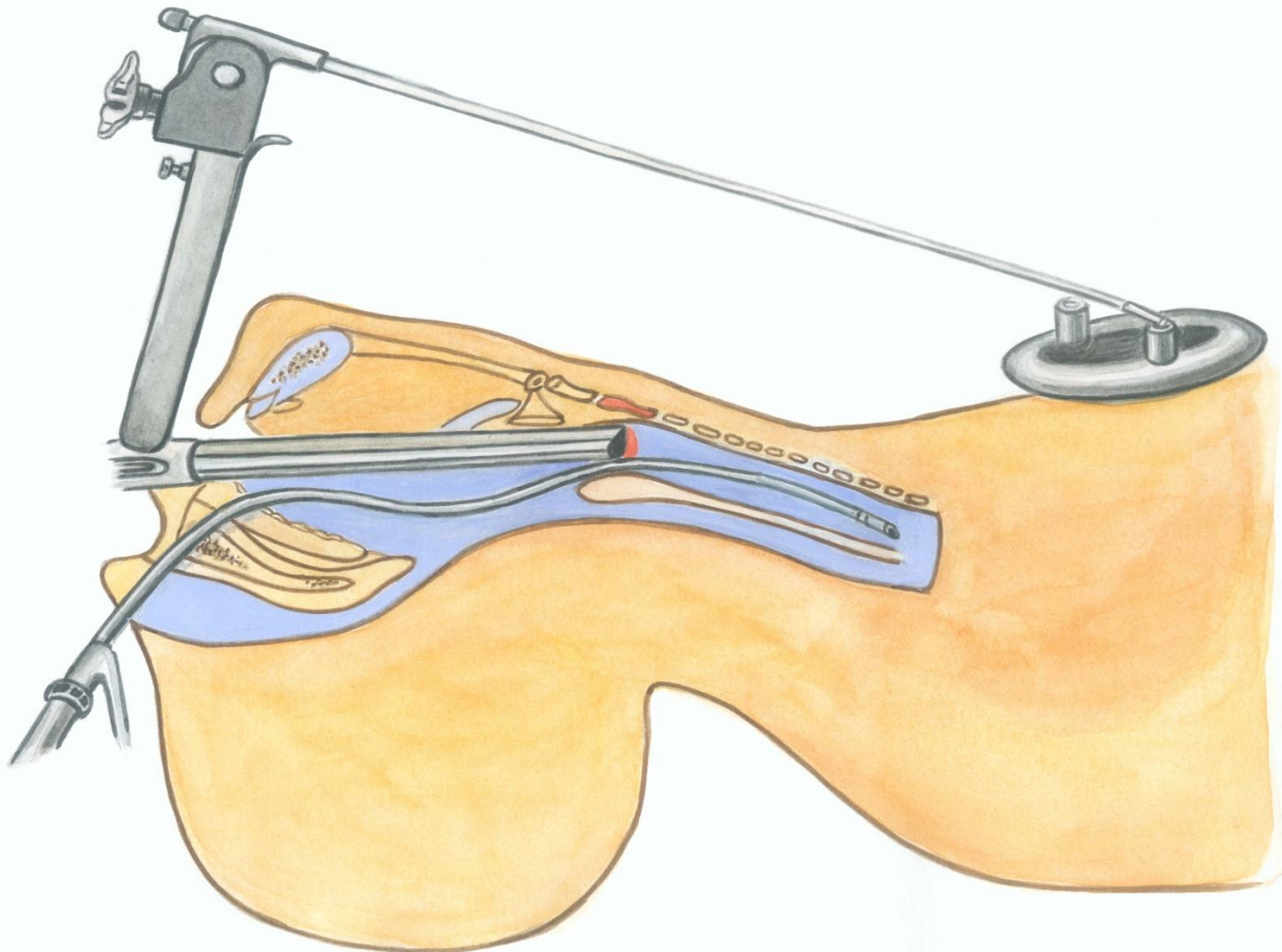




Лечение рака гортани

- Методы лечения рака гортани: *хирургический, лучевой и химиотерапевтический.*
- В I стадии применяют лучевой метод, в то же время эндоларингеальное удаление, а затем лучевое воздействие кажутся более надежными.
- Во II стадии наиболее обоснованным является сочетание хирургического и лучевого методов.
- В III стадии ведущим является комбинированный метод: сначала проводится хирургическое лечение, а затем лучевое.
- При хирургическом лечении больных раком гортани применяют три вида операций: *полное удаление гортани (ларингэктомия), различные варианты резекции гортани, реконструктивные вмешательства.*

Прямая подвесная ларингоскопия — важное звено в раннем распознавании опухолей



Варианты резекции гортани:

- *Хордэктомия* — удаление одной голосовой складки.
- *Гемиларингэктомия* — половинная резекция гортани.
- *Передняя (фронтальная) резекция* гортани — удаление передней комиссуры и прилежащих к ней участков обеих голосовых складок в тех случаях, когда эти отделы оказываются пораженными опухолевым процессом.
- *Горизонтальная резекция гортани* — при локализации опухоли в преддверии пораженная часть органа резецируется, а голосовые складки могут быть сохранены.

- **Карциному *in situ*** лечат путем иссечения пораженной слизистой оболочки голосовых связок.
- Большинство поражений в стадии **T** подвергают **лучевой терапии.**
- Некоторые авторы рекомендуют испарение опухоли с помощью лазера.
- При вовлечении одной из голосовых связок или прорастании в подголосовую полость применяют **гемиларингэктомию** (вертикальная ларингоэктомия)
- Небольшие поражения верхушки надгортанника также можно лечить путем ограниченной резекции

- **Удаление преддверия** (горизонтальную ларингоэктомию) применяют при больших опухолях верхнего отдела гортани.

В ходе операции удаляют надгортанник, черпалонадгортанные и ложные голосовые связки. Истинные голосовые связки сохраняют.

- **При опухолях преддверия**, переходящих на истинные голосовые связки может быть признана необходимой супраларингэктомию.
- **При всех поражениях стадий T3 и T4** показана тотальная ларингоэктомию в комбинации с радикальной шейной лимфаденэктомией и послеоперационной лучевой терапией.

Реабилитация голоса

После тотальной ларингэктомии
пациент способен опять говорить:

Обучившись эзофагальной речи
(заглатывая воздух и произвольно
возвращая его через глотку)

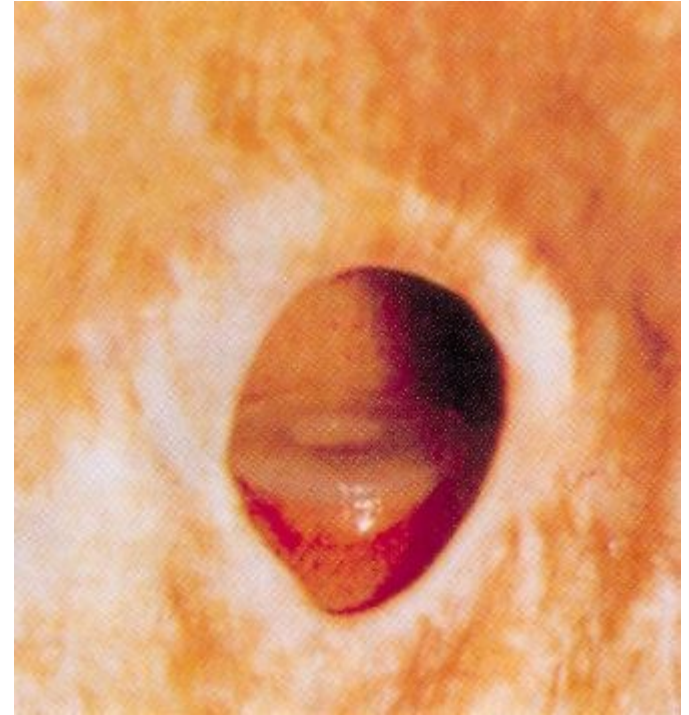
Используя искусственную гортань,
которая во время артикуляции
пациента передает вибрацию на
глотку и ротовую полость





Используя искусственную гортань, которая во время артикуляции пациента передает вибрацию на глотку и ротовую полость.

При помощи наложенной хирургическим путем трахеоэзофагальной фистулы, которая снабжена кнопкой или клапаном. Односторонний клапан при закрытии трахеостомы обеспечивает ток воздуха из трахеи в глотку.



**Клапан Blom
Singer**

Папиллома гортани

Этиология

Местная инфекция вируса папилломы человека

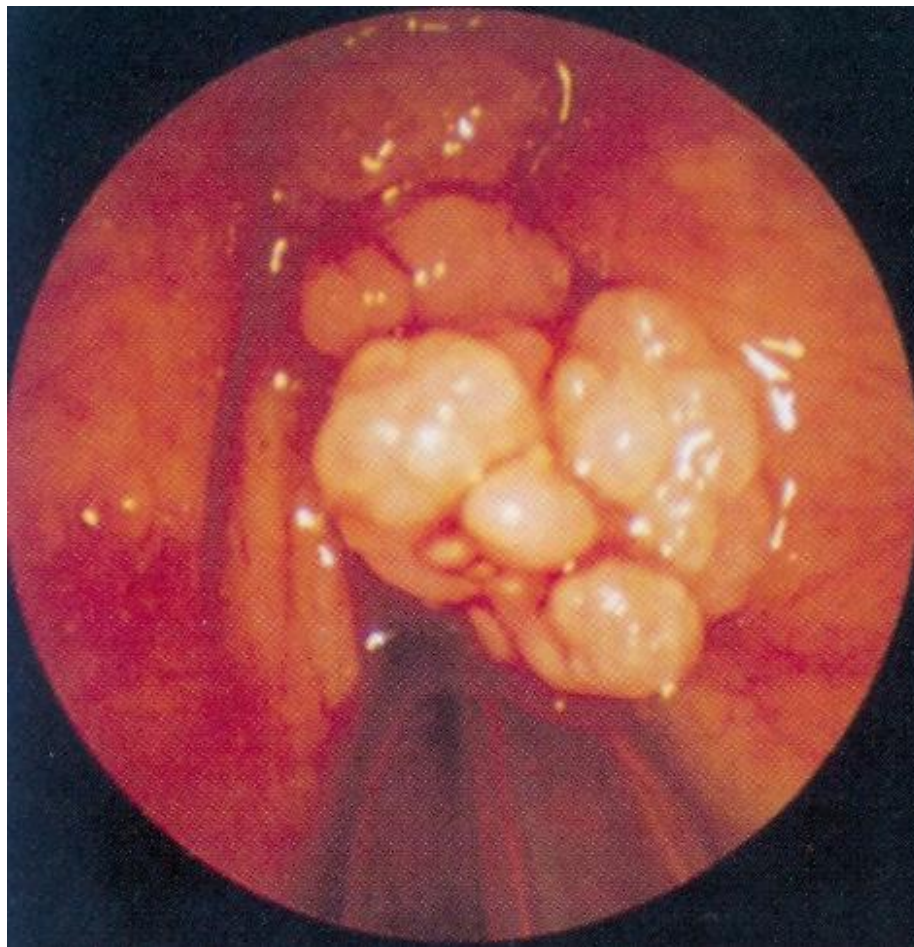
У детей (ювенильная форма):

множественны поражения, которые могут распространиться на трахею и бронхи. В подростковом возрасте заболевание может регрессировать.

У взрослых:

встречается реже и обычно проявляется в виде
одиночного очага

Эндоскопическая картина папилломатоза гортани



Лечение

Эндоскопическое удаление с использованием диатермии с отсосом или СО, лазера.

Часто проводят хирургическое иссечение опухоли в пределах гортани или трахеи.

Удаление может быть показано при частых рецидивах.

Карцинома гортани

Предрасполагающие факторы:

курение и злоупотреблением алкоголем.

Клиника.

Постоянная охриплость.

Дисфагия.

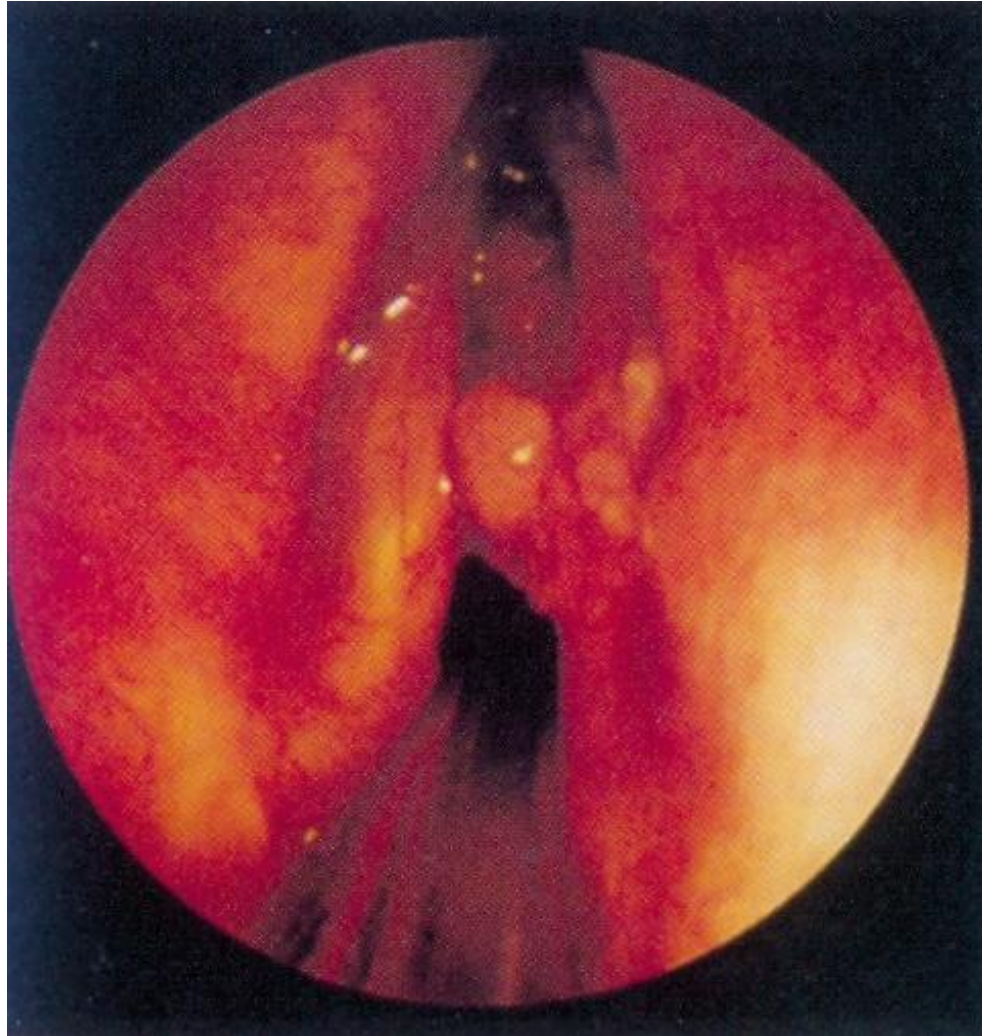
Хронический кашель.

Стридор.

Боль, иррадиирующая в ухо.

Иногда надглоточная опухоль проявляется метастазами в шейные лимфоузлы.

Карцинома голосовой складки справа в ранней стадии



Диагностика

При непрямой ларингоскопии.

Обязательны эндоскопическая оценка и биопсия.

Следует поискать возможный в этой стадии второй первичный очаг (1 %) в аэродигестивном тракте.

Подозрительные образования в области шеи также подвергают тонкоигольной цитологической биопсии.

К.Т сканирование покажет распространение образования кнаружи от гортани или вовлечение гортанных хрящей.

Нейрома (Шваннома)

- Из верхнего гортанного нерва
- Хорошо диагностируемая

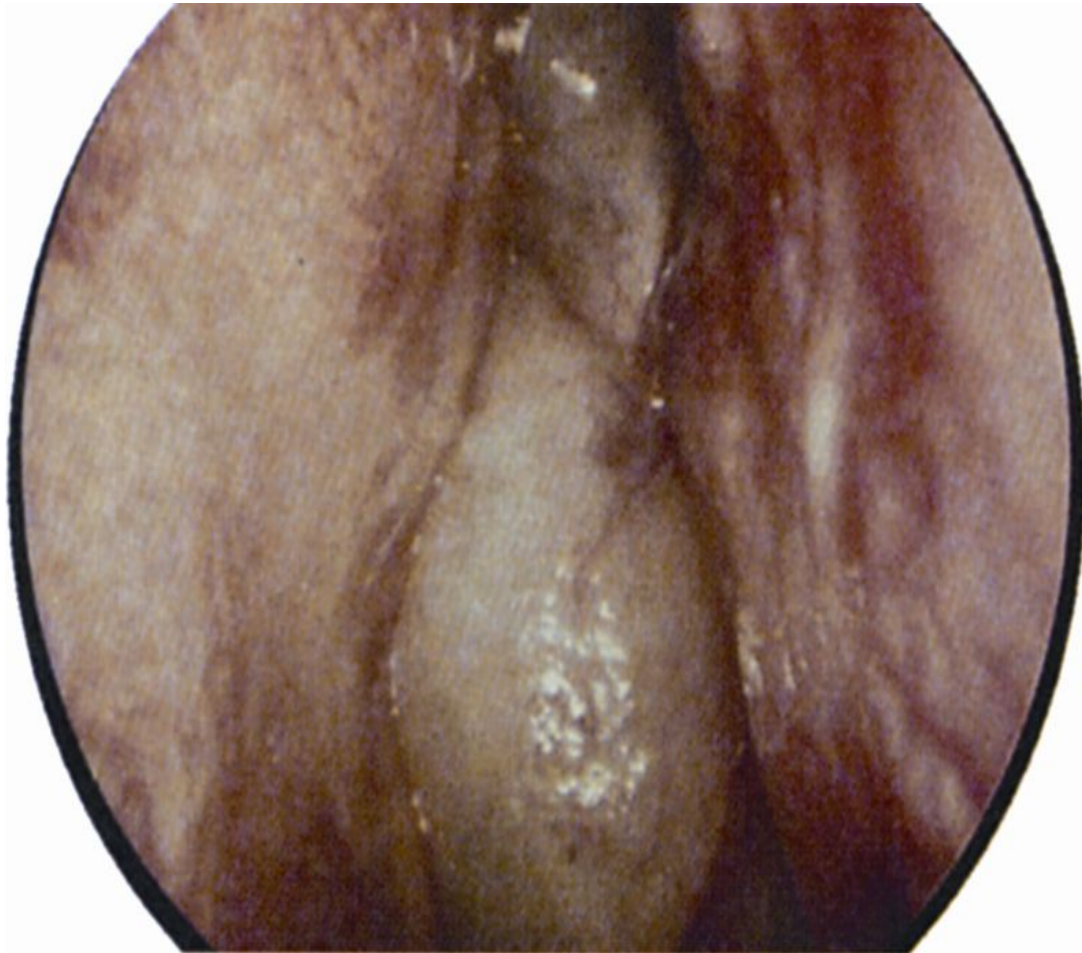


Опухоли носоглотки

Новообразования носа и околоносовых пазух

- В полости носа и околоносовых пазух встречаются *опухолеподобные образования, доброкачественные и злокачественные опухоли.*
- Среди *опухолеподобных образований* следует отметить полипы, кисты, папилломы, фиброзную дисплазию, ангиогранулему (кровооточащий полип перегородки носа) и др.

Эндодиагностика при хроническом полипозном этмоидите:



из-под средней
носовой раковины
спускается полип,
обтурирующий
общий носовой ход

Опухоли носа и околоносовых пазух

- Из доброкачественных опухолей наибольшее значение имеют папилломы, аденомы, сосудистые опухоли, остеомы, хондромы.
- Инвертированная папиллома – доброкачественная опухоль, однако в 10–15% случаев она трансформируется в плоскоклеточный рак.
- Рак носа и околоносовых пазух:
 - чаще всего (55%) поражается верхнечелюстная пазуха;
 - полость носа — 35%;
 - пазухи решетчатой кости — 9%;
 - крайне редко поражаются клиновидная пазуха и перегородка носа.

Доброкачественные опухоли

включают папилломы и аденомы,
остеомы и ангиомы.

Инвертированная папиллома может
подвергнуться малигнизации.

Злокачественные опухоли:

50 % злокачественных опухолей
расположены в верхнечелюстных
пазухах.

Наиболее распространенный вид —
плоскоклеточная карцинома.

Другие виды: аденоцисткарцинома,
меланома и саркома.

Грибовидная папиллома преддверия носа

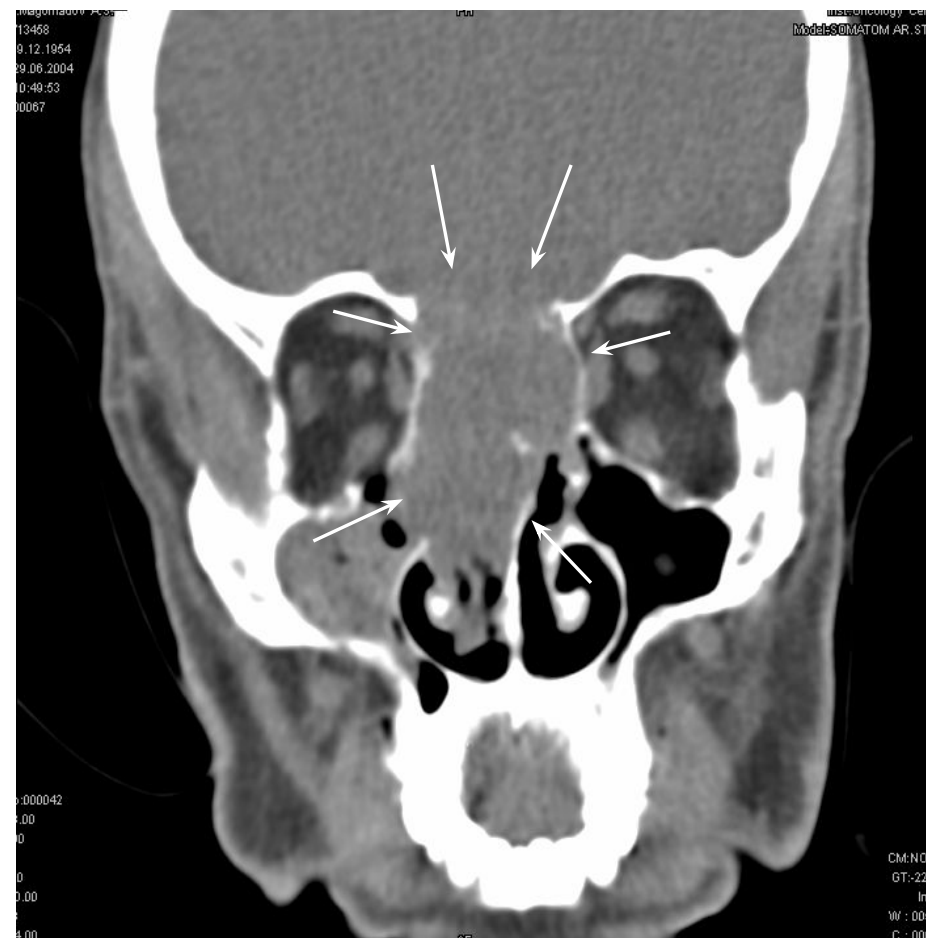


- Располагается в преддверии на перегородке носа, по внешнему виду напоминает цветную капусту.
- Опухоль является доброкачественной

Переходноклеточная (инвертированная) папиллома полости носа — эндодиагностика (а) и КТ (б)



а



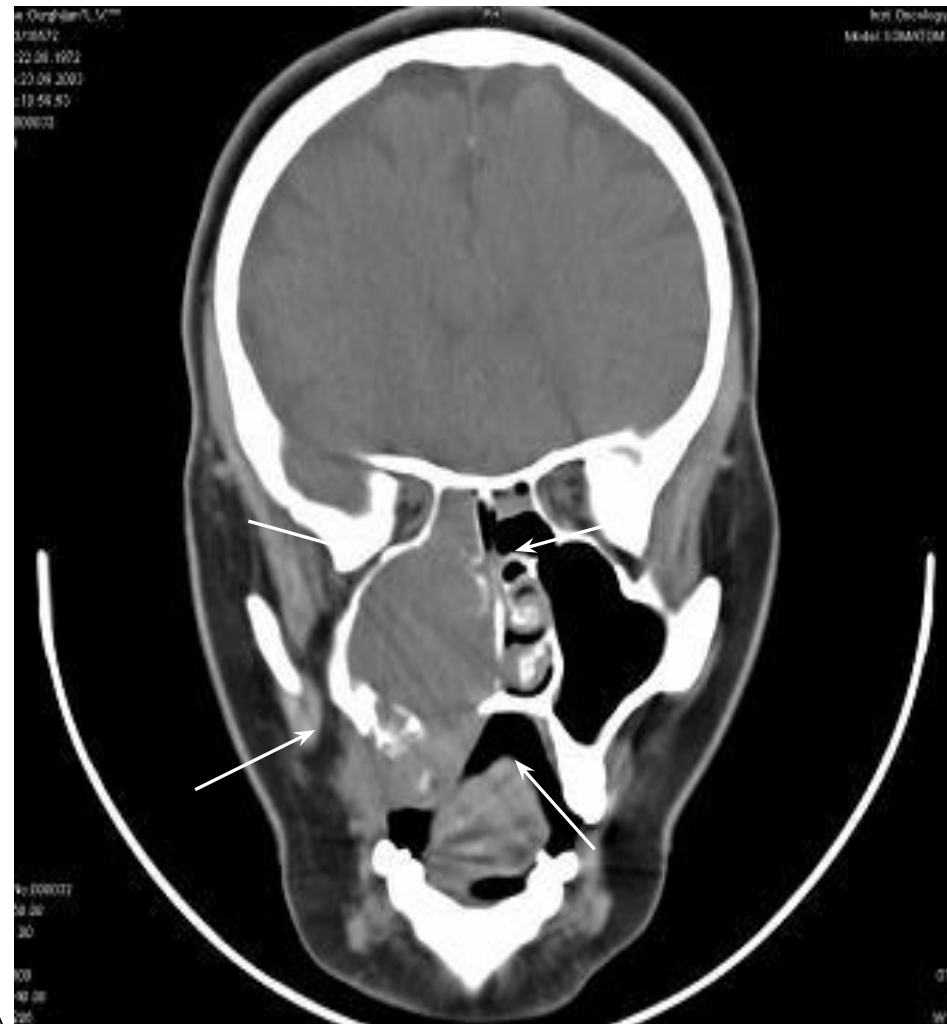
б

Факторы риска развития злокачественных опухолей носа и околоносовых пазух:

- Злокачественные опухоли у мужчин возникают в 2 раза чаще, чем у женщин.
- Длительно протекающий синусит, особенно односторонний, может трансформироваться в злокачественную опухоль.
- У работников никелевой промышленности плоскоклеточный рак бывает более чем в 100 раз чаще;
- Другие профессиональные факторы риска: воздействие древесной пыли, различных веществ кожевенного производства, хромсодержащие красители, горчиный газ и др.

Компьютерные томограммы больного распространенным раком верхнечелюстной пазухи.

а — коронарная проекция; б — аксиальная проекция

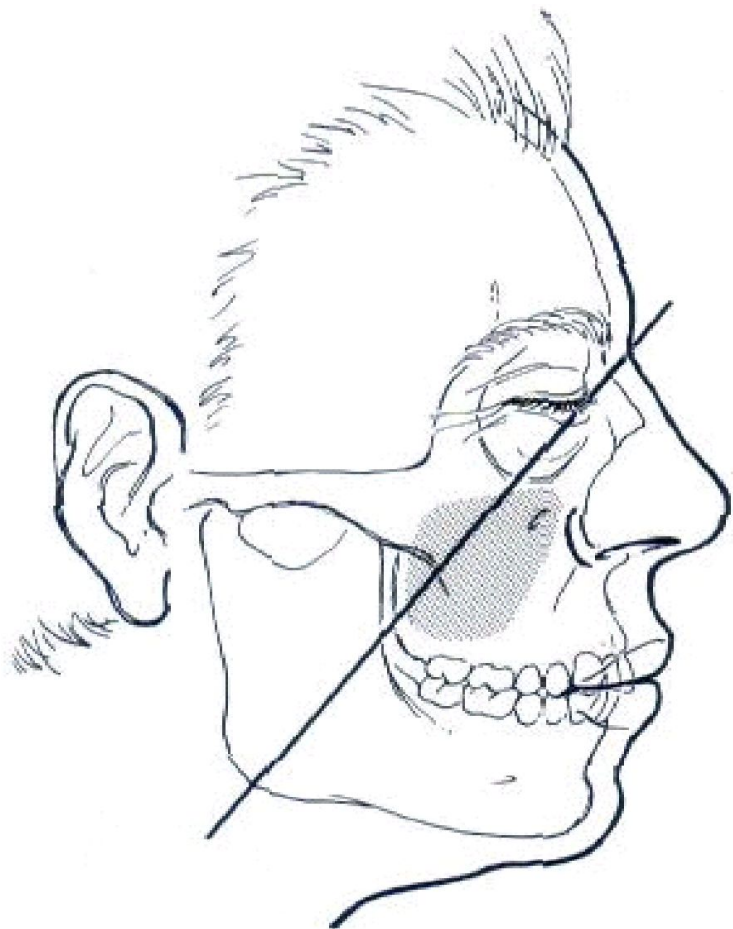


а



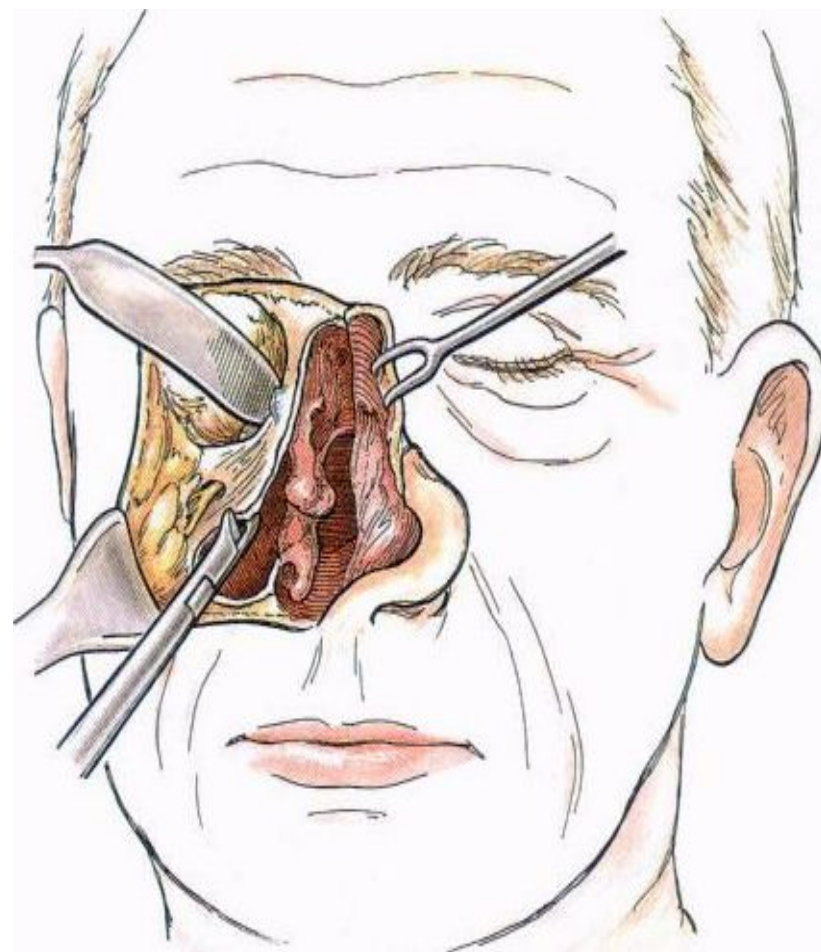
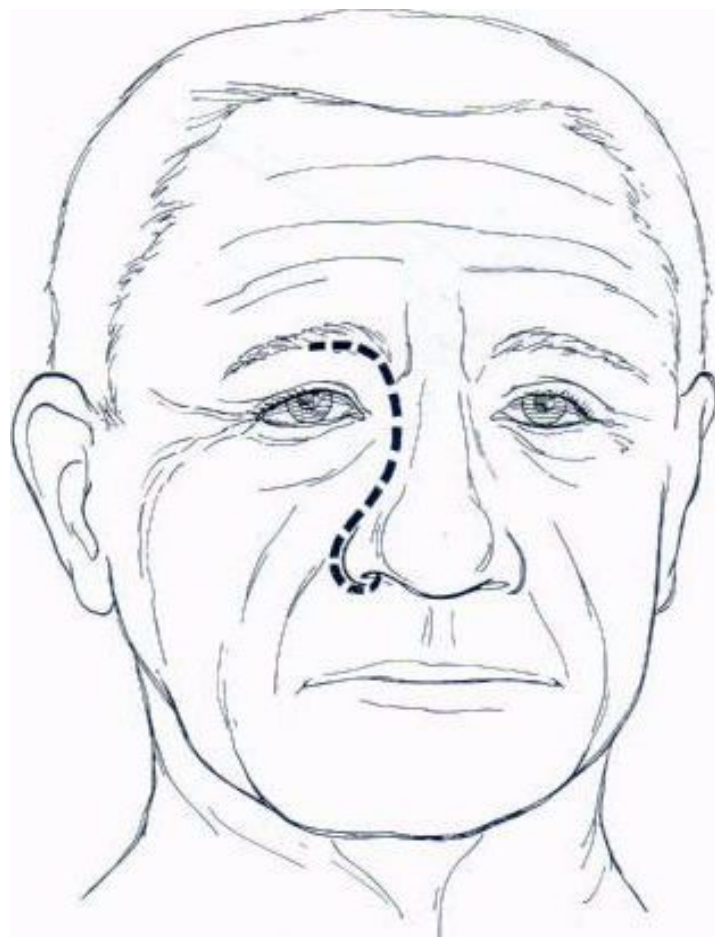
б

Линия Онгрена, разделяющая верхнечелюстную пазуху

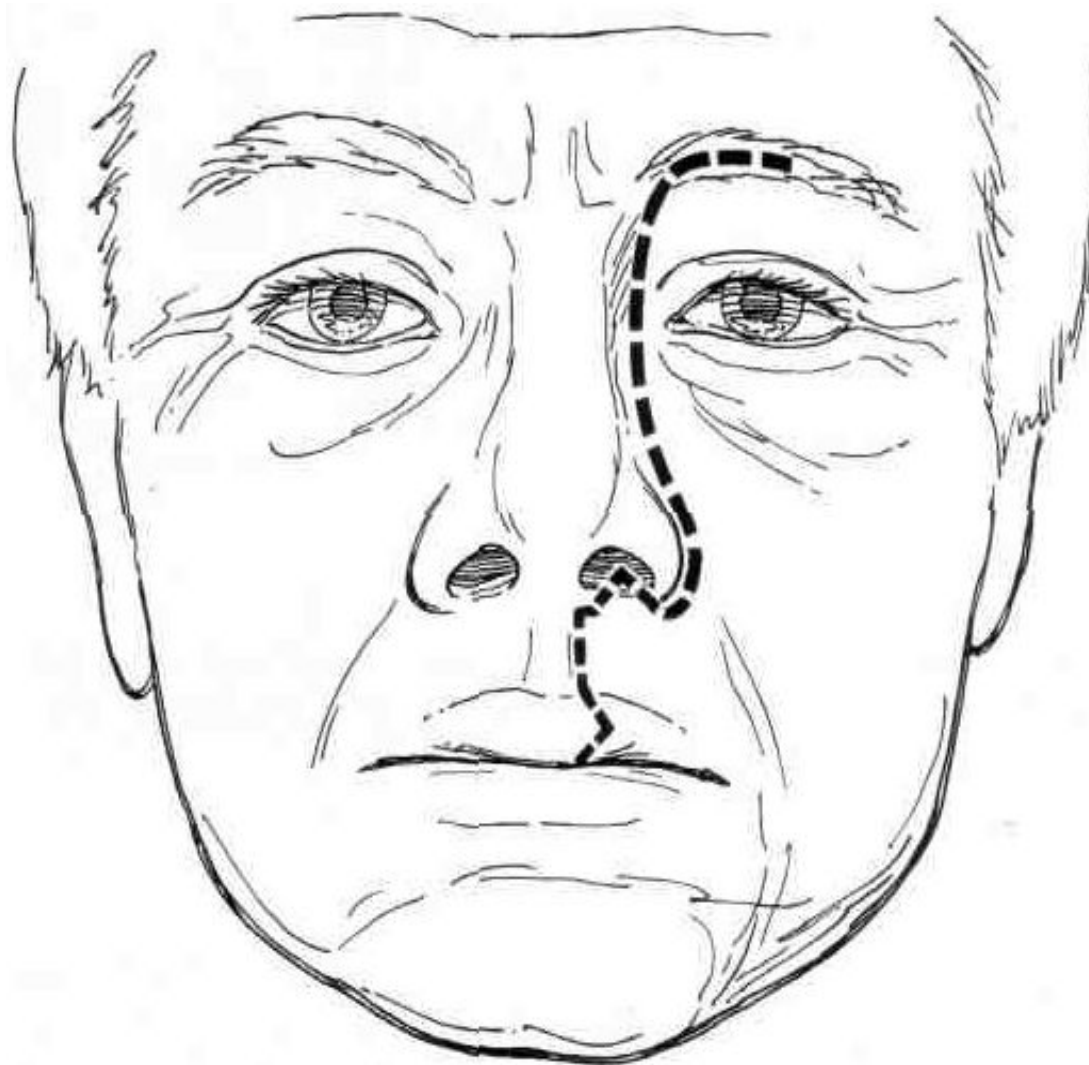


- Это условная линия от внутреннего угла глазной щели до угла нижней челюсти.
- При расположении опухоли над этой линией прогноз менее благоприятен, т. к. имеется тенденция к раннему метастазированию вверх и назад.
- Опухоль ниже линии легче резецировать и прогноз более благоприятен.

Доступ по Денкеру для удаления опухолей полости носа



Доступ при удалении распространенных опухолей верхнечелюстной пазухи



**Вид больного злокачественной
фиброзной гистиоцитомой полости носа**



КЛИНИКА

Доброкачественные опухоли часто проявляются как односторонний носовой полип.

Злокачественная опухоль, распространяясь по средней линии, вызывает **назальную обструкцию** или носовое **кровотечение**, распространяясь кзади — обструкцию **евстахиевых труб** и **паралич черепномозговых нервов**, книзу — **разрушение зубов**, а кверху и проптоз (экзофтальм) или слезотечение. Распространение латерально вызывает выпячивание щеки.

ДИАГНОСТИКА

**гистологическая диагностика
рентгенографическая оценка
распространенности опухоли с
использованием КТ томографии
пазух.**

Карцинома верхней челюсти с поражением твердого неба



Распространенная карцинома верхней челюсти



Лечение

Доброкачественные опухоли просто удаляют либо эндоскопически, либо через доступ боковой ринотомии.

Злокачественные имеют плохой прогноз вследствие их позднего обнаружения и быстрого распространения.

Комбинируют радикальную операцию (максиллэктомию) и лучевую терапию.

Последующие дефекты устраняют путем изготовления зубной пластины с obturatorом



Зубная
пластинка с
обтуратором

Новообразования миндалин

Доброкачественные кисты

- слизистые ретенционные кисты,
- тонзиллолиты или уплотненные участки эпителиального детрита

Они гладкие и локализуются в одной части миндалины.

**При наличии симптоматики —
ТОНЗИЛЛЭКТОМИЯ.**

Ретенционная киста правой миндалины



Лимфома

Односторонняя припухлость миндалины с интактной слизистой, которая может вызывать **дисфагию**, заставляет заподозрить лимфому.

На ощупь миндалина резиноподобная.

Диагноз подтверждается с помощью **биопсии**.

После установления стадии заболевания: при локализованном поражении — **лучевая терапия**, в более поздней стадии добавляют **химиотерапию**.

Лимфома миндалины



Карцинома

1. Проявляется **ушной болью, болью в горле или дисфагией.**
2. Более чем в **50 %** случаев поражаются **шейные лимфоузлы** на той же стороне, что может быть основным проявлением.
3. **Миндалина твердая, изъязвленная.**

Карцинома правой миндалины



Лечение

лучевая терапия

хирургическую операцию

(с лимфодиссекцией шеи, частичной мандибулоэктомией и удалением первичной опухоли) оставляют как резервный метод **при неэффективности лучевой терапии** или при первичной опухоли больших размеров

Компьютерная томограмма больного с юношеской ангиофибромой носоглотки, распространяющейся в полость носа и околоносовые пазухи



Заболевания языка

Лейкоплакия

Белые участки на языке, которые нельзя соскоблить (рис.)

Факторы риска: прием алкоголя, курение использование специй и жевание ореха бетеля, сифилис и травмирование языка зубами.

Примерно в 5 % случаев отмечается малигнизация, поэтому во всех случаях необходимо исключить карциному.



Карцинома языка

Карцинома проявляется в виде экзофитного или инфильтративного роста на языке

Характерны: боль и дисфагия. Боль может иррадиировать в уши (вовлечение язычного или языкоглоточного нерва)

К моменту клинического проявления опухоль обычно больше 2 см в диаметре, в 50 % случаев пальпируются пораженные лимфоузлы



Изъязвление
при карциноме
языка

Карцинома языка

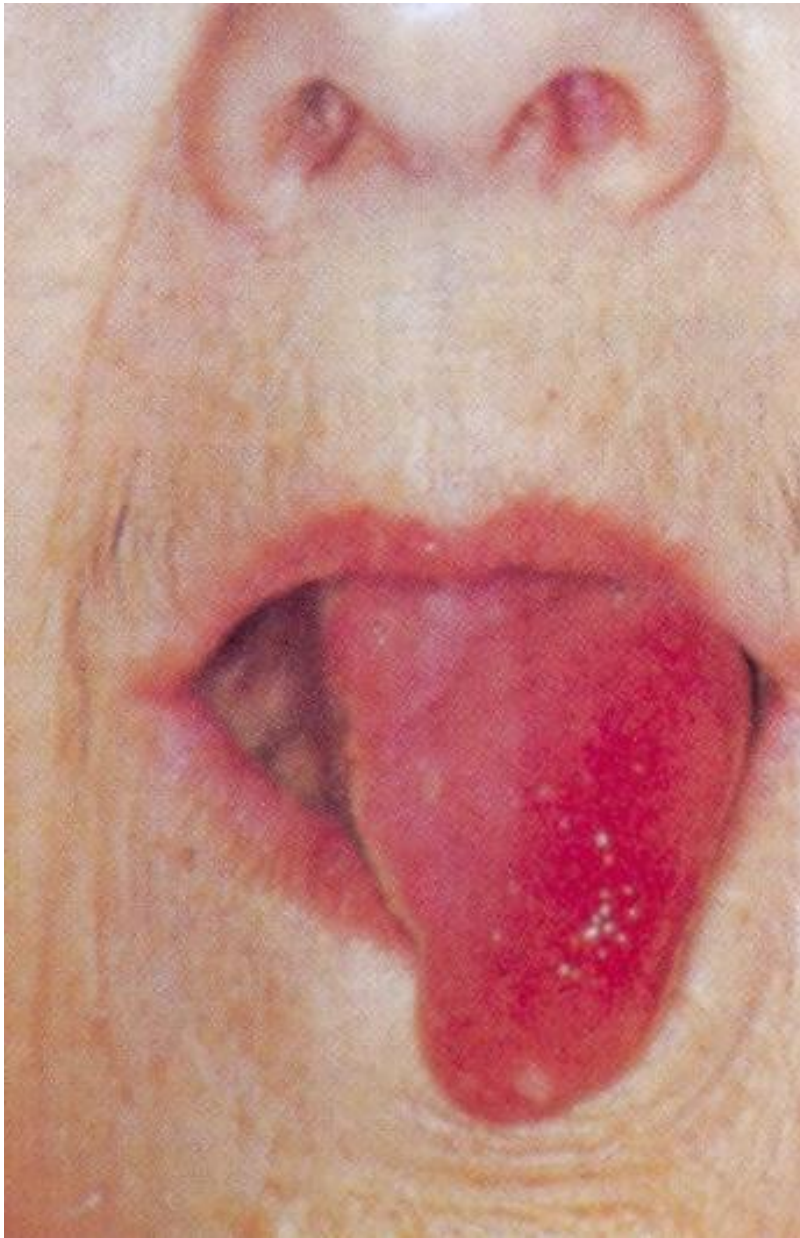
Почти все карциномы - плоскоклеточные. Лейкоплакия им предшествует не всегда.

● **Небольшие опухоли.** Применяется лучевая терапия с использованием наружного облучения или введения интерстициального импланта, либо **хирургическое лечение** (от частичной резекции до гемиглоссэктомии). Эти два метода имеют примерно одинаковую эффективность.

● **Крупные опухоли.** Лучевая терапия или хирургическое лечение, как по отдельности, так и в комбинации друг с другом. Обе методики вызывают тяжелые функциональные нарушения в полости рта, особенно в отношении речи и глотания.



Интерстициальный имплант языка



Язык после
ГЕМИГЛОССЭКТОМИИ

Плоскоклеточная карцинома

Язва на дне полости рта, которая может быть болезненной с иррадиацией боли в ухо (рис.).

Часто происходит быстрое метастазирование в шейные лимфоузлы, возможно, с двух сторон.

Лечение. Удаление опухоли с пластической хирургической реконструкцией и вспомогательной лучевой терапией.

Карцинома дна полости рта



Заболевания неба.

Опухоли неба

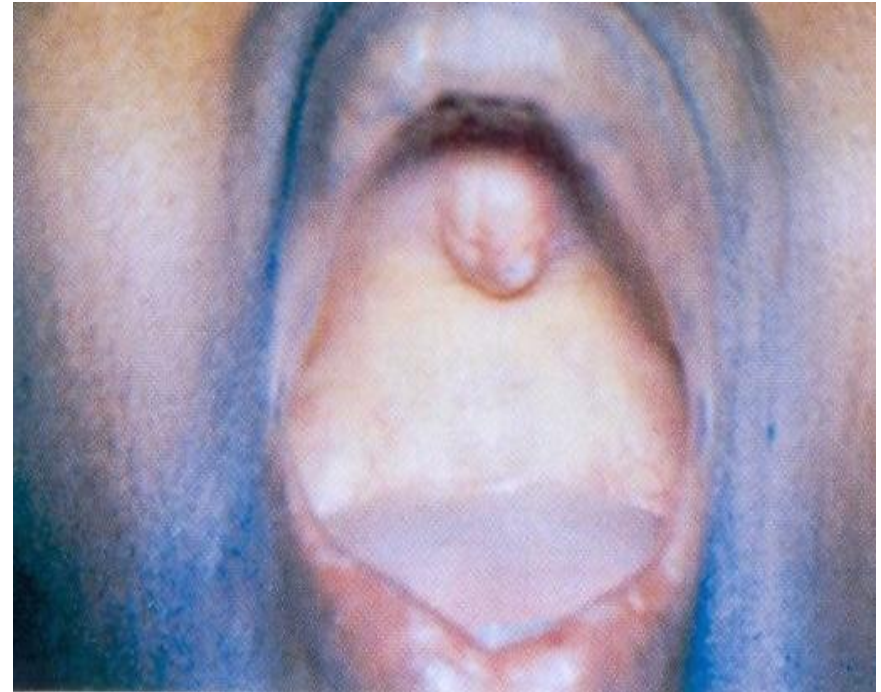
Обычно являются следствием распространения опухоли верхнечелюстной пазухи книзу, доброкачественные или злокачественные новообразования могут исходить из самого неба

Происходит потеря зубов, перестает подходить зубной протез и развивается припухлость лица.

Торус неба.

Проявляется в виде
однодольчатых или
много дольчатых
костных выступов по
средней линии твердого
неба .

Этиология неизвестна.
Торус можно уменьшить
высверливанием, если
он вызывает
стоматологические
проблемы или
препятствует приему
пищи.



Плеоморфная аденома твердого неба

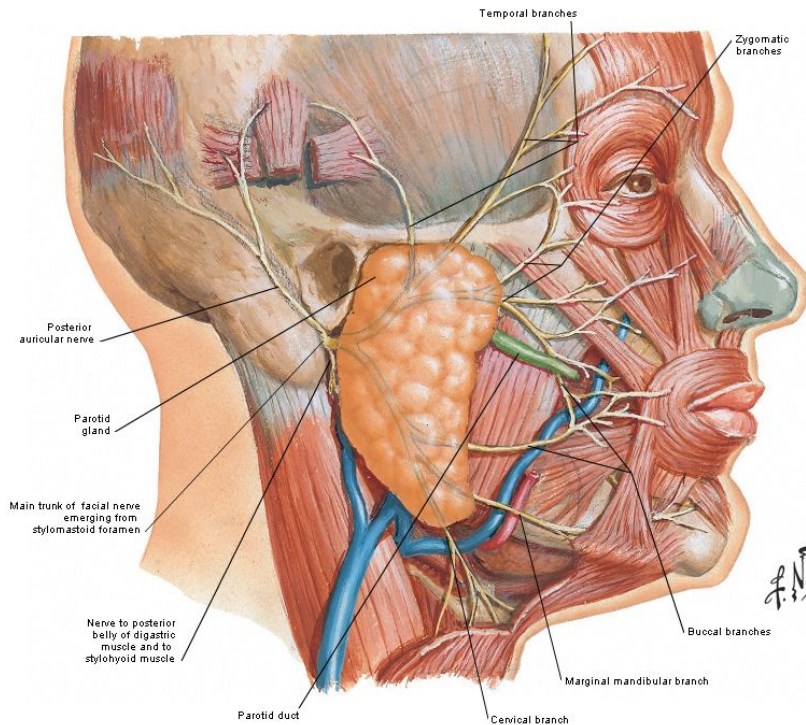
Наиболее частые типы — это плеоморфная аденома, аденоцисткарцинома и плоскоклеточная карцинома.

ЛЕЧЕНИЕ: хирургическое удаление и/или лучевая терапия, в зависимости от патогистологического диагноза.



Заболевания подчелюстной железы

Facial Nerve Branches and Parotid Gland in Situ



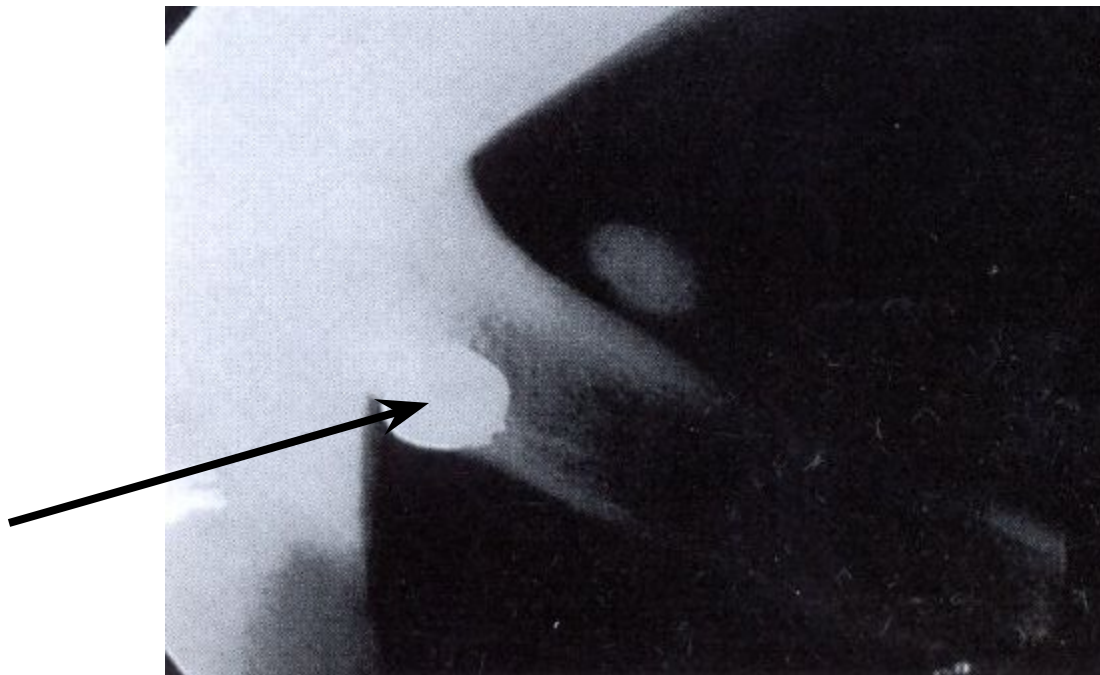
Проток Вартона (Wharton)
открывается в передней
части ротовой полости.

Поверхностная часть железы лежит на челюстно-подъязычной мышце; глубокая часть распространяется вокруг заднего края мышцы и входит в дно полости рта.



Увеличение
подчелюстной
слюнной железы
вследствие
хронической
инфекции

Камень в протоке околоушной слюнной железы



Воспалительное поражение

Клиническая картина. Твердая напряженная припухлость обычно является следствием наличия камней в протоке. Увеличенную железу можно пропальпировать бимануально или обнаружить на рентгенограмме. Увеличение нескольких шейных лимфоузлов в подчелюстном треугольнике может имитировать воспаление слюнной железы.

Лечение. Назначают антибиотики и удаляют камни через ротовую полость. Если это невозможно, может потребоваться удаление всей железы через наружный доступ. Инфицирование может приводить к развитию абсцесса.

Инфекционный паротит

Клиника:

- Чаще у детей
- Процесс двусторонний
- Железы болезненные и напряженные

Лечение: симптоматическое, аденопатия проходит через несколько дней



Острый абсцесс околоушной железы

Связан с кариесом и плохой гигиеной полости рта.

Клиника: острая болезненность железы с признаками воспаления окружающих тканей.

Лечение: антибиотики с последующим дренированием абсцесса через доступ как при паротидэктомии.



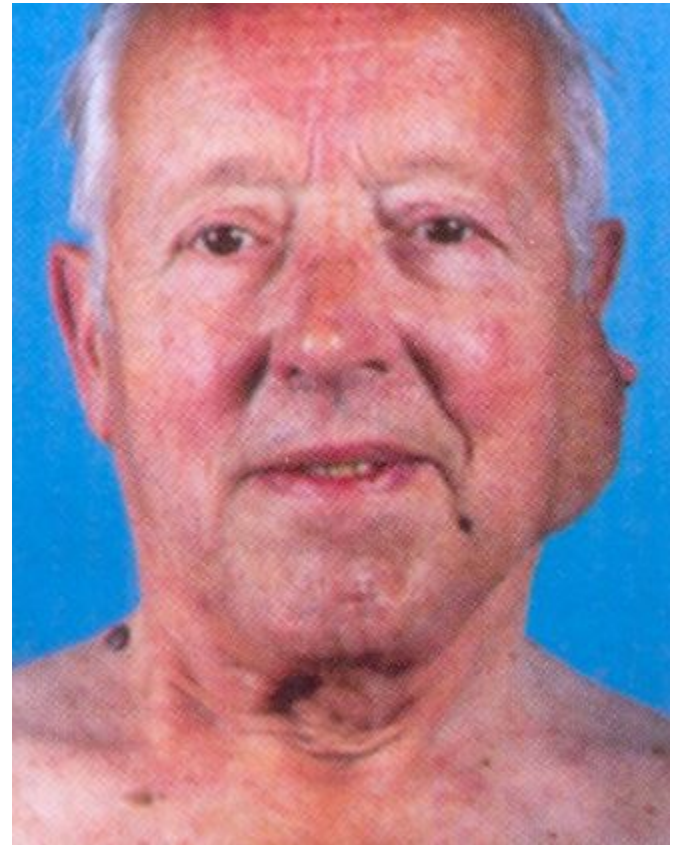
Плеоморфная аденома околоушной железы

Доброкачественные

Злокачественные

(аденоцисткарцинома,
плоскоклеточная или
аденокарцинома, лимфома).

Клиника: безболезненная,
скорость роста отражает
вероятность злокачественного
процесса. Паралич лицевого
нерва.



Опухоли

Следует выполнить тонкоигольную аспирационную биопсию. Около 50% опухолей — доброкачественные, чаще всего плеоморфные аденомы.

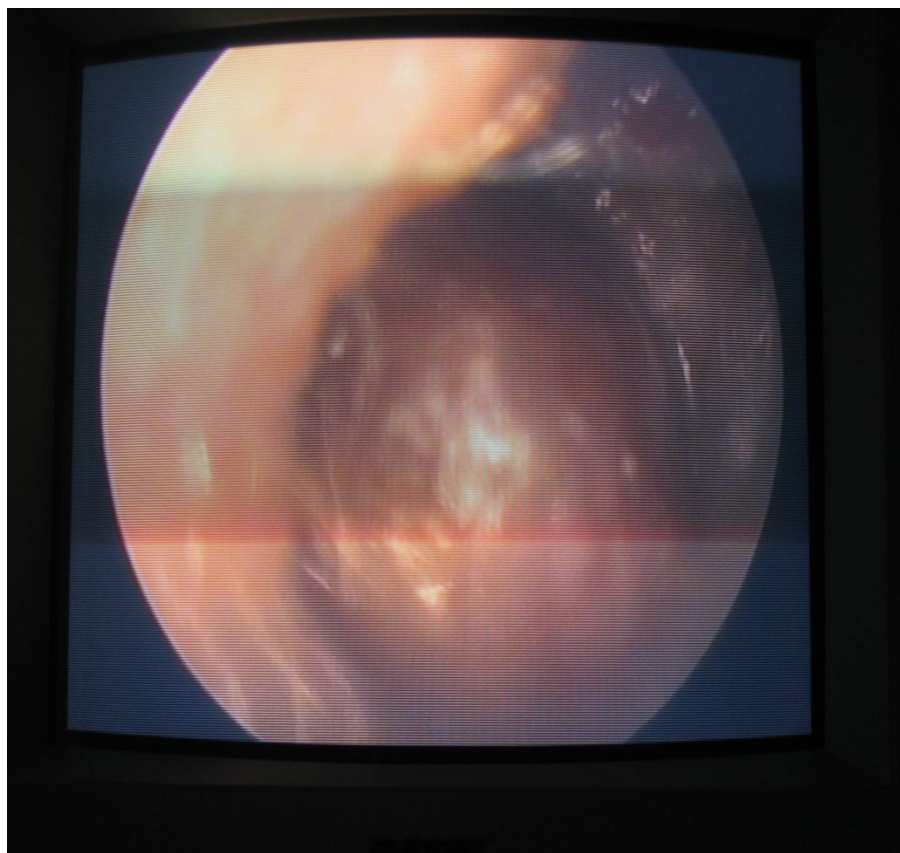
Лечение. Удаляют всю железу, обращая особое внимание на сохранение нижнечелюстной ветви лицевого нерва. При злокачественных опухолях необходимо удалить всю железу, в некоторых случаях с радикальной лимфодиссекцией шеи, при которой неизбежно повреждение лицевого нерва.

Опухоли ушной раковины и наружного слухового прохода

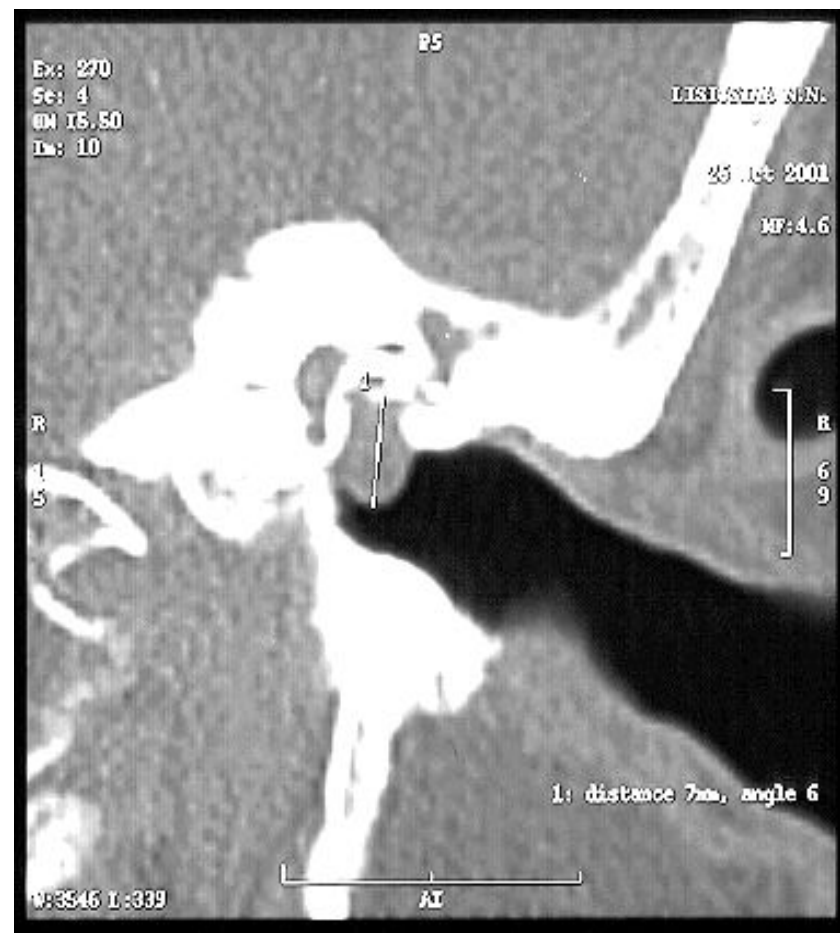
Гемангиома правой ушной раковины



Хемодектома среднего уха — эндофотография и КТ



а



б

Злокачественные новообразования

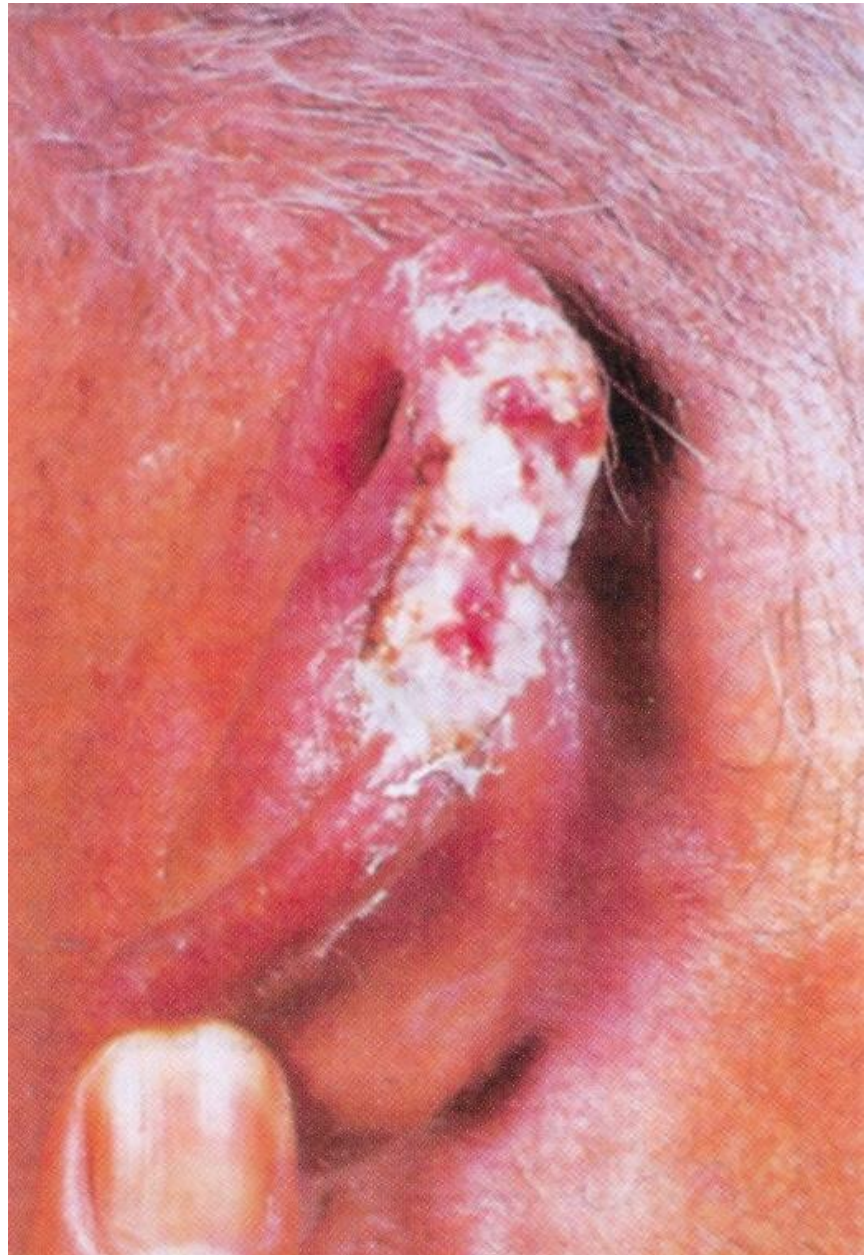
На коже ушной раковины могут возникать базальноклеточный рак, плоскоклеточный рак и злокачественные меланомы.

Фактор риска — длительное воздействие солнечного света.

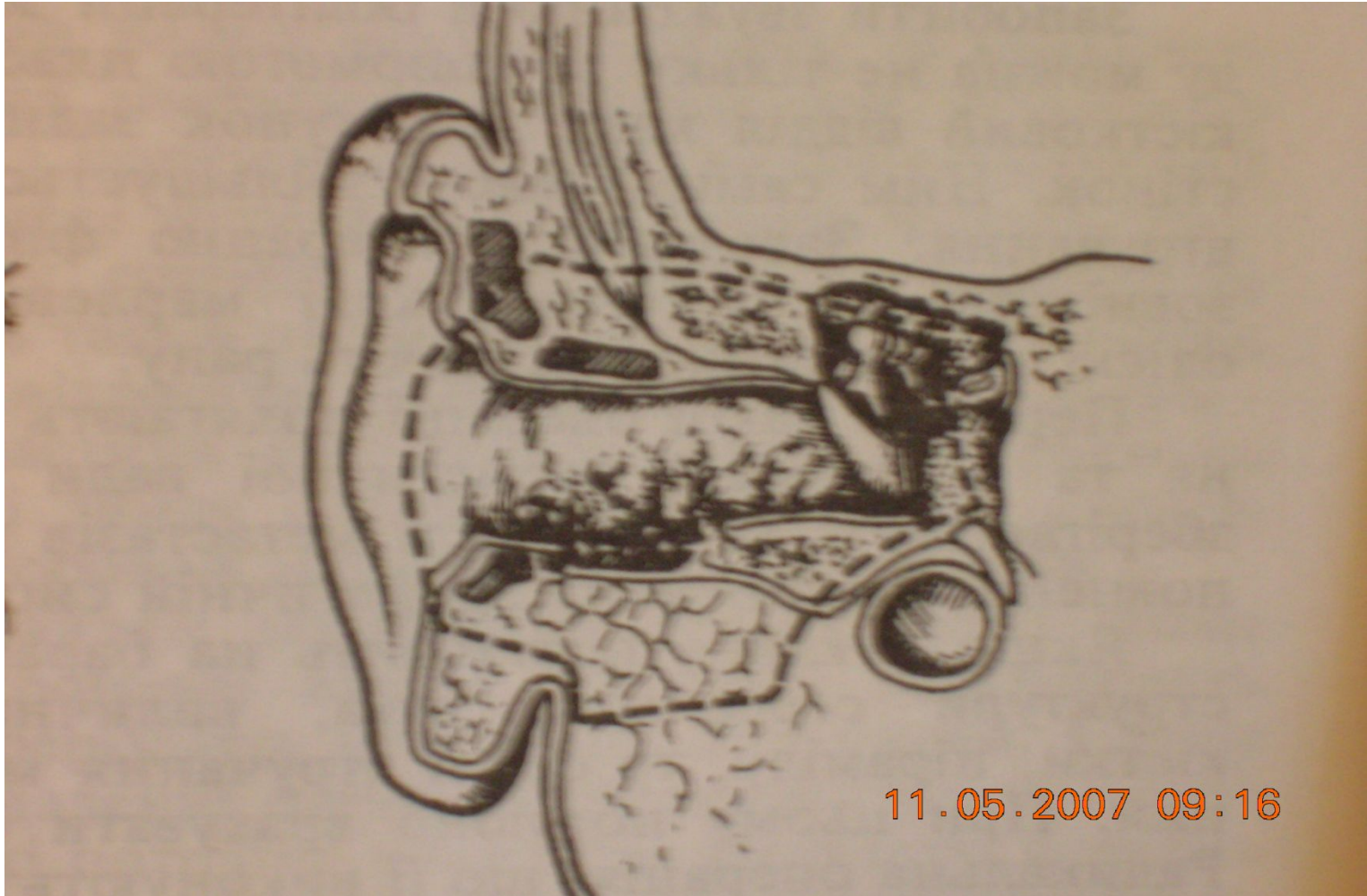
Клиника. Начальные маленькие поверхностные поражения в запущенных случаях прогрессируют в глубокие язвы. Плоскоклеточные карциномы и злокачественные меланомы метастазируют в региональные шейные лимфатические узлы.

Лечение. Показано хирургическое удаление, однако при базальноклеточной и плоскоклеточной карциноме в качестве альтернативы проводится лучевая терапия. Поражение хряща приводит к снижению радиочувствительности опухоли.

Плоскоклеточный рак
ушной
раковины



злокачественной опухоли наружного слухового прохода с поражением костной его части



Доброкачественные опухоли

Чаще всего встречаются костные выступы наружного слухового прохода.

Остеомы — единичные истинные доброкачественные новообразования.

Экзостозы обычно множественные, доброкачественные, они возникают при повторяющемся воздействии на наружный слуховой канал холодной воды при плавании и нырянии. При окклюзии слухового прохода серной пробкой возможно развитие наружного отита и снижение слуха.

Лечение. При отсутствии симптомов в лечении нет необходимости. При рецидивирующих наружных отитах остеомы могут быть удалены хирургическим путем.

Экзостозы наружного слухового прохода

