

# ЛУЧЕВЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ОПУХОЛЯХ В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ.



Штина Дарья, Русских Вероника, Маслова  
Вера, Матасова Мария, Любченко Елизавета  
студентки 391 группы

# Челюстно-лицевая область (ЧЛО)

---

К челюстно-лицевой области относят аппарат, включающий в себя:

- нижнюю и верхнюю челюсти;
- зубы;
- весь комплекс околозубных тканей, пародонтом.

Пародонт состоит из:

- Корневой оболочки зуба;
- Периодонта;
- Луночки, или альвеолы
- Десны.

Кроме этого к челюстно-лицевой области относят:

- полость рта с окружающими ее мягкими тканями;
- верхнюю часть шеи с тремя парами слюнных желез: подъязычной, поднижнечелюстной и околоушной;
- височно-нижнечелюстные суставы.



# Классификация по локализации опухолей в ЧЛО:

---

- По локализации опухоли делятся на:
  - опухоли кожи лица;
  - опухоли нижней челюсти;
  - опухоли нижней губы;
  - опухоли верхней челюсти;
  - опухоли верхней губы;
  - опухоли слюнных желез;
  - опухоли слизистой оболочки полости рта;
  - опухоли языка.

# Лучевые методы диагностики при опухолевых заболеваниях

---

- Рентгенологическое исследование в диагностике злокачественных и доброкачественных новообразований имеет исключительно важное значение. Исходные данные получают при обычной рентгенографии в нескольких проекциях. Она позволяет определить локализацию, форму, размеры опухолевого очага, степень деструкции костной ткани, наличие патологического перелома.

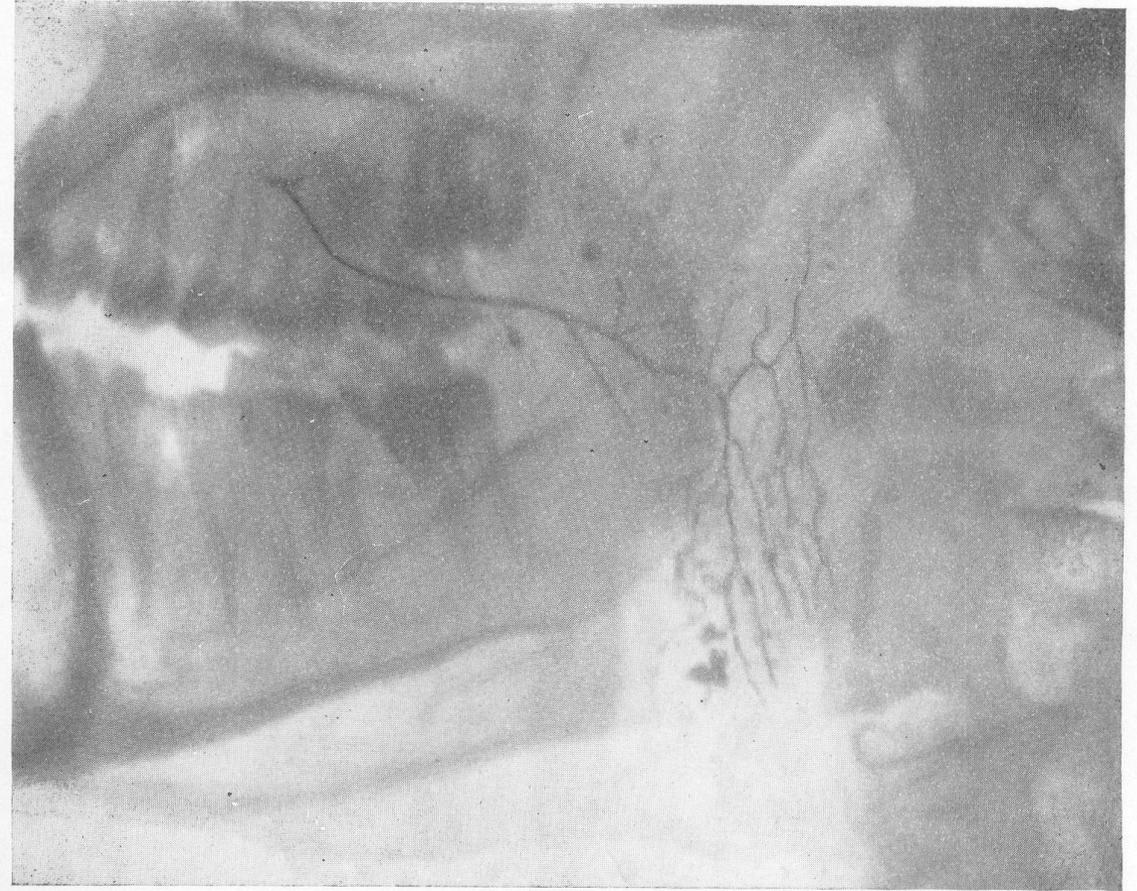


Рис. 171. Сиалограмма при хроническом воспалении околоушной слюнной железы. Мелкие протоки в паренхиме железы имеют вздутия различной величины,

# Рентгенография

---

- Рентгенография с прямым увеличением изображения применяется для выявления мелких деталей рентгеновского изображения. Прямое увеличение получают, удаляя плёнку от снимаемого объекта на 70—100 см, получая увеличение изображения соответственно в 1,5 и 2 раза. На таких рентгенограммах можно выявить тонкие структурные изменения в зоне патологического очага, обнаружить небольшие очаги деструкции, оценить состояние кортикального слоя.

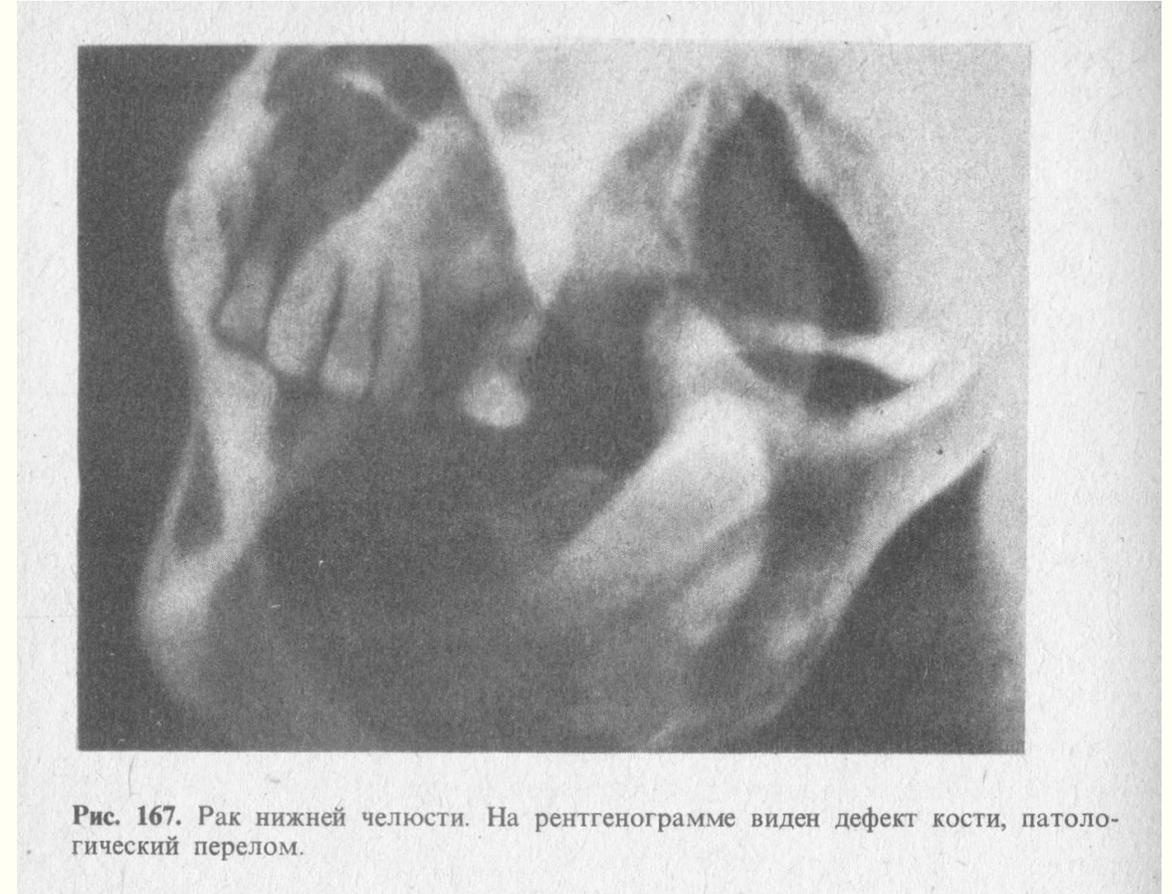
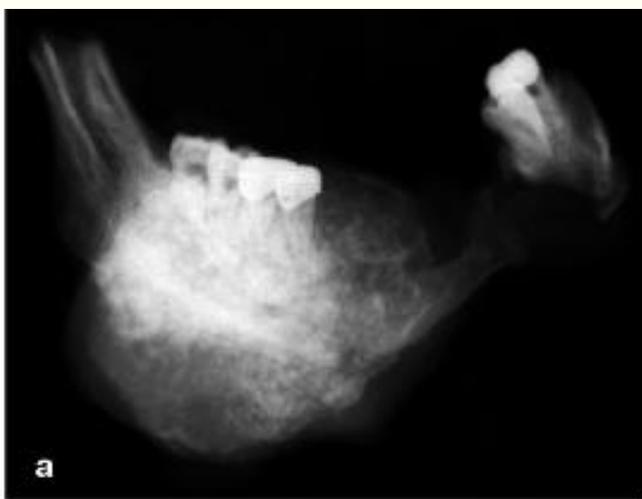
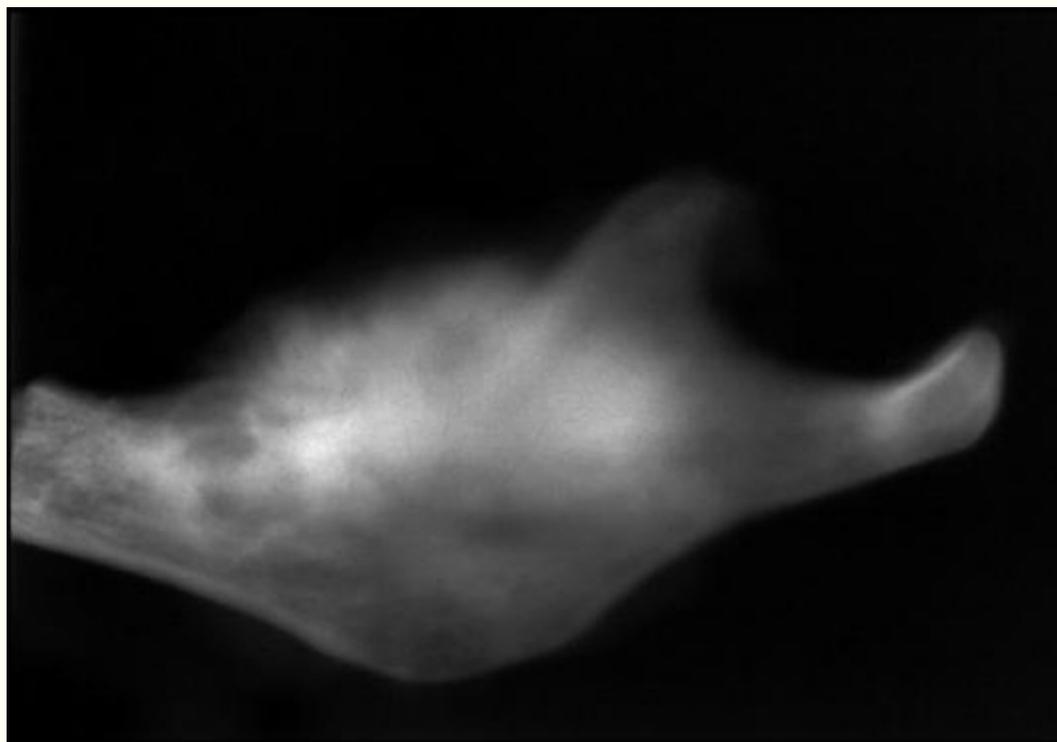


Рис. 167. Рак нижней челюсти. На рентгенограмме виден дефект кости, патологический перелом.



а) рентгенограмма: рак нижней челюсти



Рентгенограмма. Остеосаркома нижней челюсти.



Рис. 2.6.30. Сиалограмма околоушной железы больного с плеоморфной аденомой. Прямая проекция.



Рис. 2.6.31. Сиалограмма околоушной железы больного со злокачественной опухолью (указана стрелкой). Боковая проекция.



Рис. 2.6.32. Сиалограмма околоушной железы больного с синдромом Шегрена. Боковая проекция.

# Томография

- Томография осуществляется после обычной рентгенографии. Выбираются наиболее выгодные проекции и плоскости томографических срезов. Напряжение на трубке увеличивается на 10—15% по сравнению с обычной рентгенографией. Так как на томограмме отсутствует наложение соседних костных структур, можно получить дополнительную информацию о локализации, распространённости, характере границ патологического очага. Выявляются небольшие деструктивные очаги, невидимые на обычных рентгенограммах, облегчается дифференциальная диагностика опухолевых и неопухолевых процессов интерпретация результатов в «мягкотканном окне» часто затруднена из-за артефактов, вызванных материалами, применяемыми в стоматологии: металлические зубы, протезы, плотная пломбирочная масса.

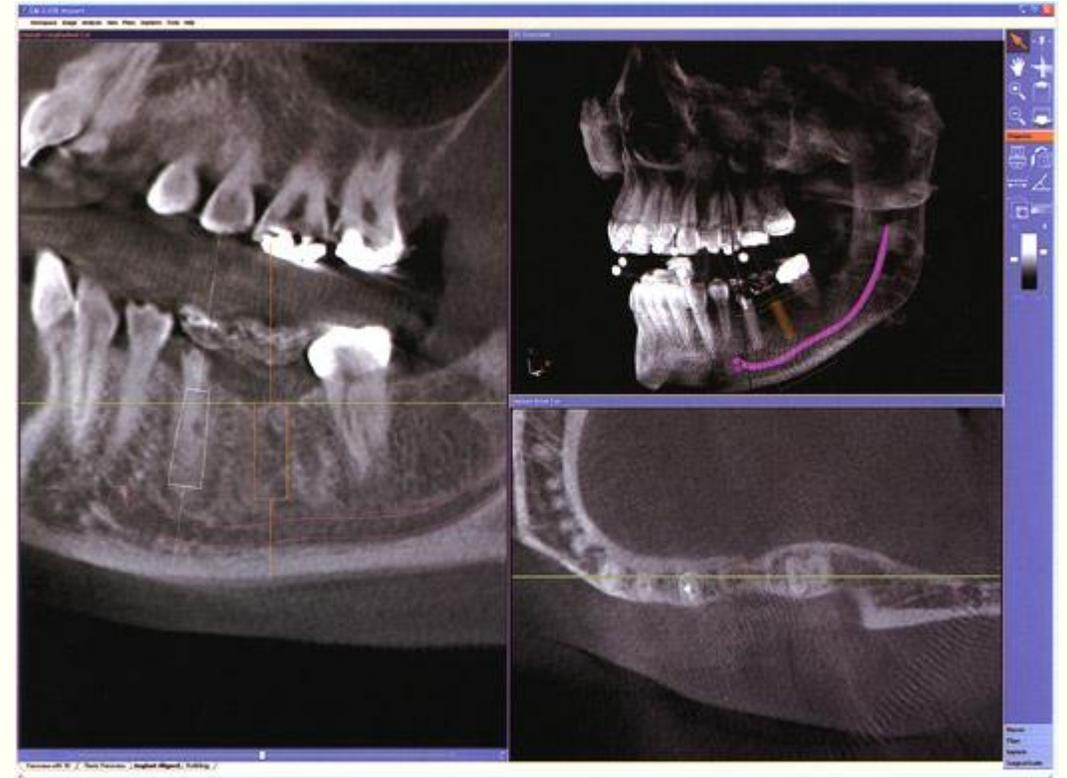


Остеома нижней челюсти

# Контрастная рентгенография

---

- Для контрастирования в онкостоматологии чаще всего применяют йодолипол, которым можно заполнять полостные образования: верхнечелюстные синусы, протоки слюнных желез, кистозные полости при радикулярных, фолликулярных кистах челюстей, врождённых срединных и боковых кистах шеи. Предварительно необходимо сделать обычную рентгенограмму. Контрастная рентгенограмма позволяет четко определять форму, размеры, контуры новообразования, взаимоотношения его с окружающими органами, выявлять дефекты наполнения, например, при опухолях гайморовых пазух, слюнных желез, деформацию, смещение, обрыв протоков последних.

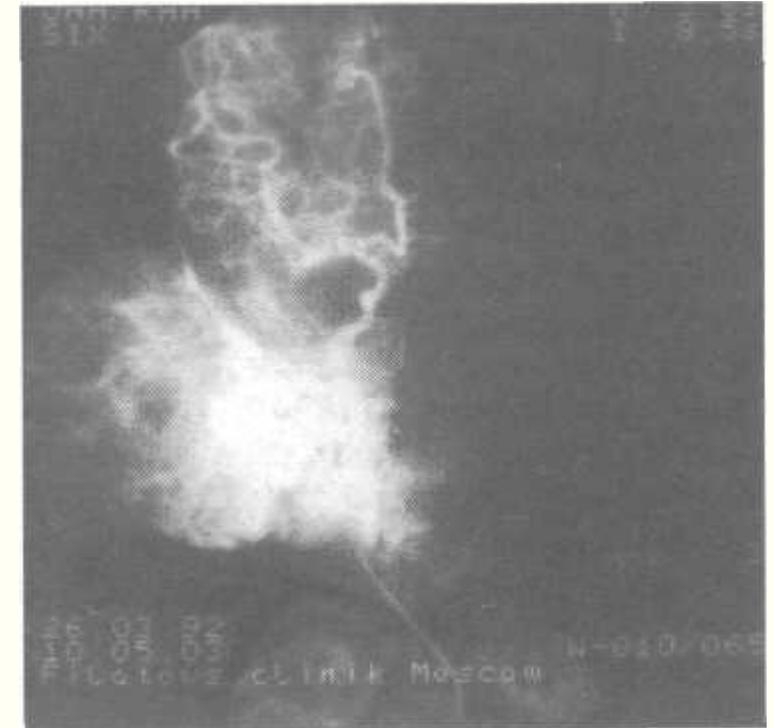


Рентген опухоли челюсти

# Ангиография

---

- В последние годы всё более широкое применение в практике врача-онколога находит ангиография
- Ангиография - контрастное исследование кровеносных и лимфатических сосудов. Оно подразделяется на флебо- и ангиографию. Применяется также контрастная лимфография.
- По типу ветвления сосудов, их деформации, смещению, целости и расположению можно судить о наличии новообразования и косвенно — о его форме, размерах, локализации. Для получения информативной ангиограммы необходимо отражение на рентгенограммах всех 3-х фаз кровотока: артериальной, капиллярной и венозной, что занимает около 15 секунд. Для получения таких ангиограмм необходим специально оборудованный ангиографический кабинет с сериографом, позволяющим делать 7—8 ангиограмм за 1,5 секунды.
- Введение контрастного вещества в сосуд, питающий область расположения опухоли, осуществляется автоматическим инъектором. Контрастное вещество может быть введено непосредственно в сосуд (*прямая ангиография*). Для этого сосуд (общую сонную артерию) пунктируют чрескожно длинной иглой. Получив кровь, иглу подсоединяют к инъектору с контрастом.
- Можно в сосуд (например, язычную, лицевую артерию) предварительно ввести катетер. Для этого осуществляется оперативное вмешательство, заключающееся в обнажении, перевязке и катетеризации соответствующего сосуда. Рана ушивается, а через катетер в ангиографическом кабинете вводится контраст (*непрямая ангиография*).
- Техника контрастной лимфографии сложнее. Методика исследования состоит из следующих этапов: окрашивание лимфатических сосудов раствором Эванса; хирургическое выделение окрашенного лимфатического сосуда и введение в него контрастного вещества; выполнение рентгенограмм. К прямым признакам поражения лимфоузлов метастазами относятся дефекты наполнения, изменение формы узлов, тотальное замещение узла опухолевой тканью и отсутствие в связи с этим накопления контраста.



Ангиограмма  
гемангиомы околоушно-  
жевательной  
области.

# Электрорентгенография

---

- Электрорентгенография — сущность ее в получении изображения не на рентгеновской плёнке, а на селеновой пластинке с последующим проявлением и переносом изображения на бумагу. На снимках отчётливо изображаются контуры новообразования и окружающих его мягких тканей

# Компьютерная томография

---

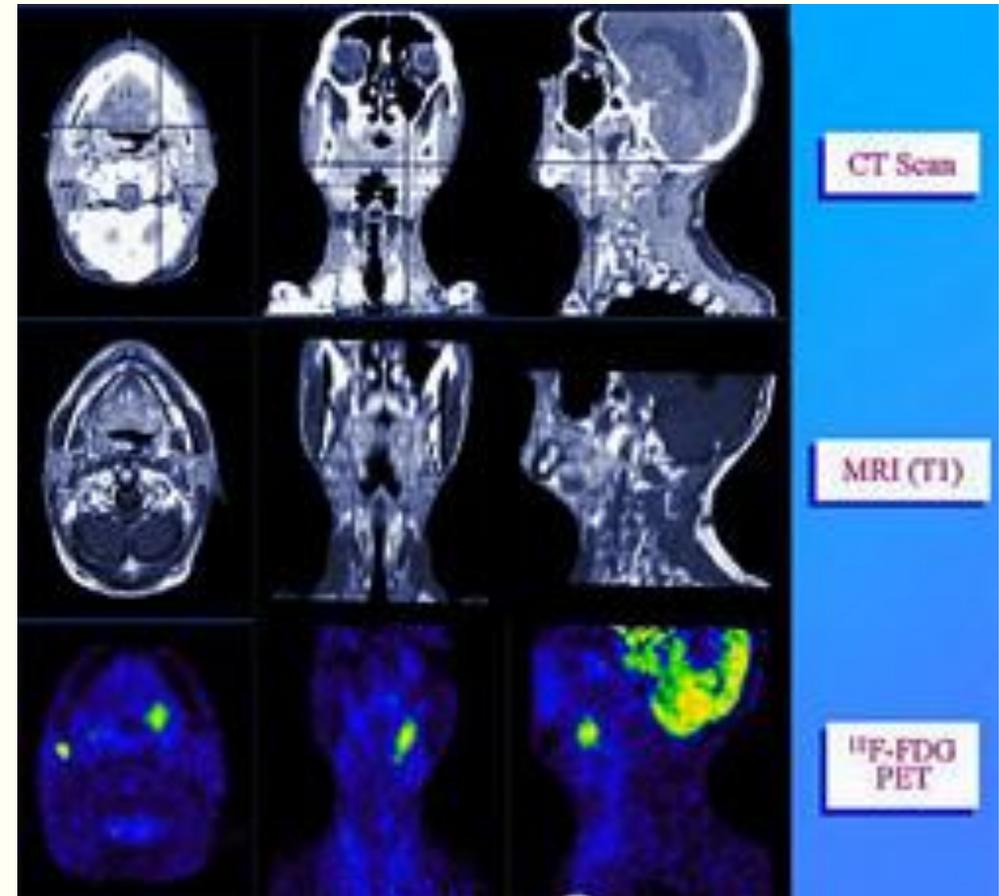
- Компьютерная томография — по значимости приравнивается к открытию рентгеновских лучей. Свидетельством этого является присуждение Нобелевской премии 1979 г. её создателям А.М. Cormak и J.M. Haunsfield (Англия). В основе метода лежит получение тонкого среза наподобие "пироговского" органов и тканей организма при прохождении веерообразного пучка рентгеновских лучей. Компьютерная томография осуществляется при движении рентгеновской трубки и чувствительных детекторов вокруг тела. Рентгеновские лучи после прохождения через тело больного воспринимаются детекторами и преобразуются в электрические сигналы, которые поступают в компьютер, где и преобразуются в изображение органов и тканей. Изображение передаётся на экран телевизора. Компьютерная томография имеет следующие преимущества перед обычной рентгенографией: — возможность получения изображения всех видов тканей (костной, хрящевой, мышечной, жировой и т.д.); — позволяет увидеть изображение не только исследуемого органа, но и других органов и тканей, находящихся на данном уровне ("срезах"), определить их форму, величину, топограф-анатомические взаимоотношения;
- можно сложить изображение поперечных срезов и получить продольное изображение органов; — даёт возможность увеличения в несколько раз патологического очага и проведения точных измерений исследуемой области; — даёт чёткое изображение тканей при различии их плотности в 15—20%, тогда как обычная рентгенография — при разнице плотностей, не превышающей 0,5%; — позволяет судить об эффективности лечения; — помогает получить изображение опухоли, размеры которой не превышают несколько миллиметров (не исключены ложноположительные результаты).



б) КТ: рак мягкого неба с поражением верхней челюсти

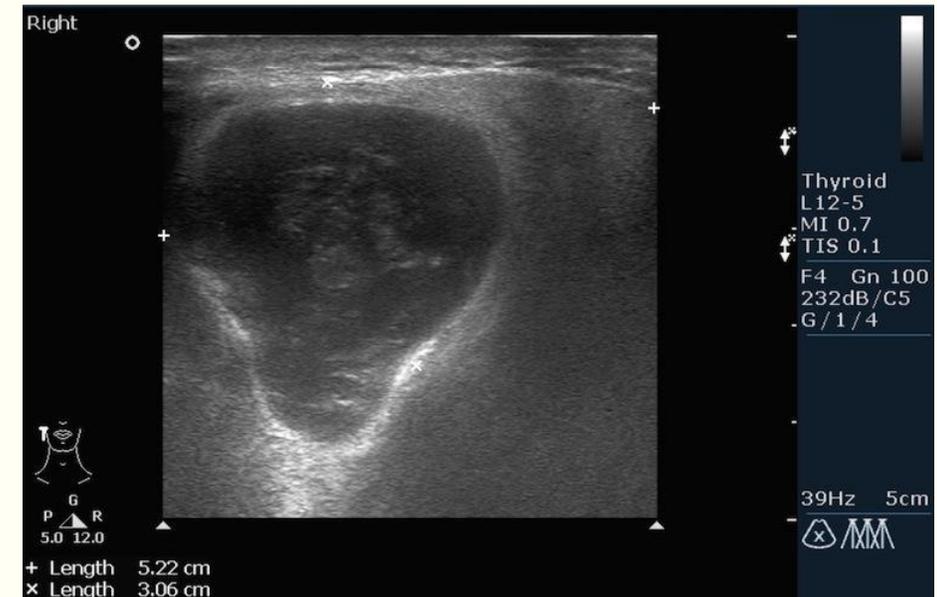
# Радионуклидное исследование

- Радионуклидное исследование — имеет большое значение в диагностике новообразований, отличается высокой достоверностью, нетравматичностью, простотой, низкой лучевой нагрузкой. Прижизненная визуализация патологического очага с помощью этого метода возможна благодаря способности радиофармацевтических препаратов (РФП) избирательно накапливаться различными органами и тканями. РФП представляют собой химические соединения, меченные радиоактивными нуклидами, которые вводятся больному в вену или под слизистую оболочку исследуемого органа (например, языка). Наиболее широко сейчас используются препараты на основе короткоживущих радионуклидов:  $^{99m}\text{Tc}$ ,  $^{198}\text{Au}$ . Регистрация гамма-излучения (сцинтиграфия), испускаемого при распаде нуклида, позволяет получить изображение органа-мишени. Для получения изображения применяются прямолинейные сканеры и сцинтилляционные гамма-камеры. Принцип работы сканеров основан на регистрации интенсивности  $\gamma$ -излучения в каждой точке исследуемого органа путём последовательного с одинаковой скоростью перемещения детектора прибора над поверхностью тела больного. Результаты представляются в виде черно-белой или цветной штриховки разной плотности на бумаге. Сцинтилляционные гамма-камеры имеют преимущество, позволяя одновременно "просматривать" большую анатомическую область и органы в целом. В современных гамма-камерах используют детекторы с монокристаллом натрия йодида, активированного таллием, поле видения которых составляет 1000—1750 см<sup>2</sup>.



# УЗИ (ультразвуковое исследование)

- Ультразвуковая диагностика (эхография) — впервые применена 35 лет назад (Wild J., Reid J., 1952).
- Метод основан на свойстве ультразвуковых волн свободно проникать через жидкость и в разной степени отражаться от границ раздела сред. Чем больше жидкости содержится в образовании, тем более чёрным оно выглядит на экране. Фиброзная и другие ткани дают оттенки серого цвета, а структуры, отражающие УЗ, отображаются белой полоской их контура. Эхографические признаки новообразований неспецифичны и основывать заключение только на данных УЗИ ошибочно.
- К достоинствам метода следует отнести безвредность исследования (возможность многократного повторения его), дешевизну и простоту в эксплуатации установок, не требующих специального помещения, возможность получения изображений разнообразных сечений тела в отличие от стандартных при компьютерной томографии, возможность наблюдать механические движения органов (пульсацию сосудов, дыхательные экскурсии), исключается необходимость применения контрастных средств, чувствительность метода превышает 90%.

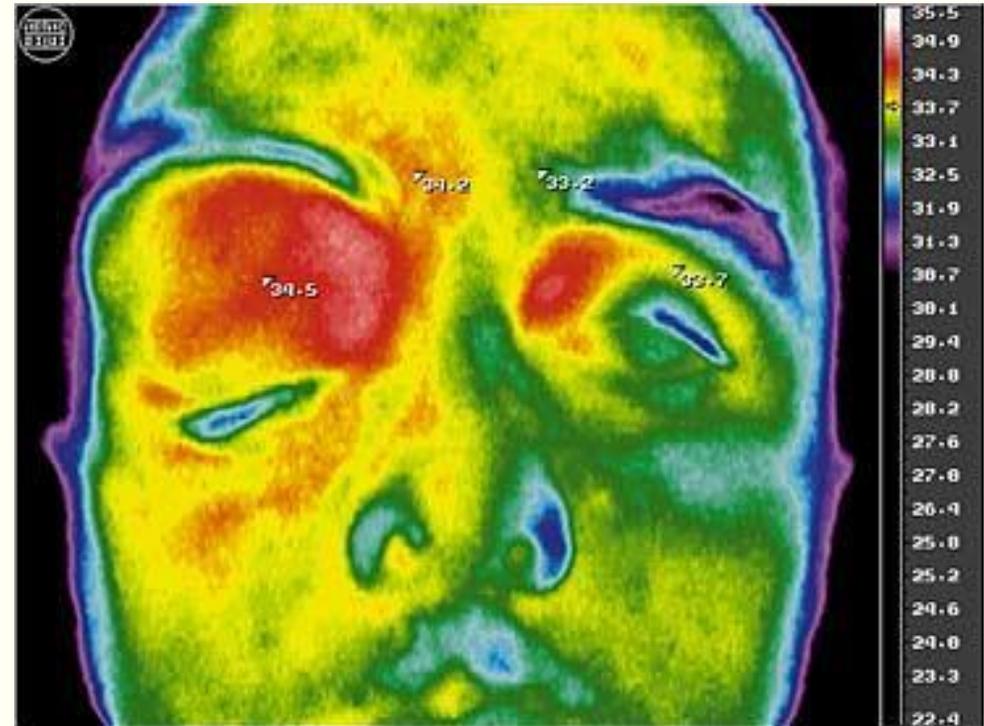


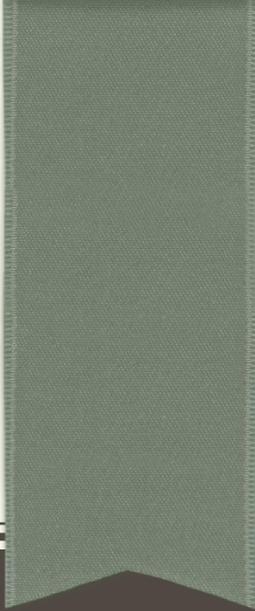
Аденома слюнной железы

# Термография

---

- Сущность термографического исследования заключается в регистрации спонтанного теплового излучения поверхности тела человека и получении термографических изображений ("температурных портретов") исследуемых областей.
- В онкологии наиболее часто применяется дистанционная инфракрасная термография, при которой распределение поверхностных температур объекта исследования фиксируется с помощью специальной сканирующей оптической аппаратуры. Эту методику термографии принято называть тепловидение.
- Нормальное термографическое изображение представляет собой мозаику полутоновых черно-белых или цветных участков в зависимости от уровня поверхностных температур. В норме температурное распределение на поверхности тела человека характеризуется строгой симметричностью относительно срединной линии. Обнаружение асимметрии температурного рисунка и лежит в основе диагностики большинства патологических процессов.
- Злокачественные новообразования различных локализаций проявляются на термограммах патологической гипертермией, что объясняется рядом причин: — более высоким уровнем обменных процессов (метаболический фактор); — повышенной интенсивностью деления клеток; — преобладанием анаэробного гликолиза; — повышенным кровотоком; — формированием аномальных сосудов.
- В последнее время совершенствование тепловизионной техники идёт по пути создания комплексов "тепловизор — ЭВМ", расшифровки термограмм путём разработки специальных программ для автоматической расшифровки, что позволяет ускорить и повысить точность процесса диагностики.





---

# ОПУХОЛИ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ

---

# Опухоли слюнных желез

---

## Причины опухолей слюнных желез

Однозначных причин появления опухолей слюнных желез врачи назвать не могут. Существует мнение, что появление новообразований связано с травматизмом и воспалительным процессом, протекающим в слюнных железах. В силу того, что период болезни является продолжительным, отследить эти причины в момент обращения пациента к врачу невозможно. Травма, спровоцировавшая возникновение опухоли слюнных желез, могла быть получена в далеком прошлом, но проявляет себя только в какой-то определенный момент спустя продолжительное время в виде такого осложнения.

Еще одной причиной заболевания специалисты считают естественную дистопию. Также вероятной причиной является опухолеродный вирус. Помимо этого существует ряд факторов, влияющих на зарождение опухолевого процесса в слюнных железах, к ним относятся:

- изменения на генном уровне;
- нарушения гормонального фона;
- неблагоприятное влияние внешних раздражителей;
- повышенный уровень ультрафиолетового излучения;
- пагубная привычка в виде табакокурения;

Люди, работающие на вредных производствах, связанных с деревообработкой, металлургией, химической и цементной промышленностью, а также в салонах красоты и парикмахерских, попадают в группу риска по развитию новообразований в слюнных железах, имеющих пернициозный характер.

# Опухоли слюнных желез

---

Международная гистологическая классификация опухолей слюнных желез (Пачес А. И., 1983).

## I. Эпителиальные опухоли.

### A. Аденома:

1. Полиморфная аденома (смешанная опухоль).
2. Мономорфные аденомы: а) аденолимфома; б) оксифильная аденома; в) другие типы.

### Б. Мукоэпидермоидная опухоль.

### В. Ацинозно-клеточная опухоль.

### Г. Карциномы:

1. Аденокистозная карцинома (цилиндрома).
2. Аденокарцинома.
3. Эпидермоидная карцинома.
4. Недифференцированная карцинома.
5. Карцинома в полиморфной аденоме (злокачественная опухоль).

## II. Неэпителиальные опухоли:

### A. Доброкачественные:

1. Гемангиома.
2. Гемангиоперицитомы.
3. Неврилеммома.
4. Нейрофиброма.
5. Липома.

### Б. Злокачественные:

1. Ангиогенная саркома.
2. Рабдомиосаркома.
3. Веретеночклеточная саркома (без уточнения гистогенеза).

## III. Неклассифицированные опухоли.

IV. Сходные опухолеподобные поражения — доброкачественное лимфоэпителиальное поражение, сиалоз, онкоцитоз

# Опухоли слюнных желез

---

**Стадии рака больших слюнных желез определяются по международной классификации TNM:**

T0 — определение опухоли слюнной железы невозможно;

T1 — величина опухоли не превышает двух сантиметров, образование находится в границах слюнной железы;

T2 — величина опухоли не более четырех сантиметров, образование выходит за границы слюнной железы;

T3 — величина опухоли составляет от четырех до шести сантиметров, образование выходит за границы слюнной железы и не поражает нерв лица;

T4 — величина опухоли превышает шесть сантиметров. Объем может быть меньшим, но при этом поражается основание черепа или нерв лица;

N0 — очаги опухоли на местных лимфатических узлах отсутствуют;

N1 — очаговое поражение лимфатического узла с одной стороны, размером не больше трех сантиметров;

N2 — очаговое поражение одного и более лимфатических узлов, размером от трех до шести сантиметров;

N3 — очаговое поражение одного или нескольких лимфатических узлов, размером более шести сантиметров;

M0 — отдаленные очаги опухоли отсутствуют;

M1 — отдаленные очаги опухоли присутствуют.

# Опухоли слюнных желез

---

## Доброкачественная опухоль.

Опухоли слюнных желез доброкачественного типа развиваются без видимых симптомов, что обусловлено местоположением новообразования и продолжительностью процесса, длящегося от одного месяца до нескольких лет. Часто опухоли наблюдаются в области околоушной железы, значительно реже — в подъязычной или нижнечелюстной. Иногда они находятся в малых слюнных железах в области щек. Ткани, окружающие опухоль, не имеют видимых изменений, а пациенты обращаются за помощью специалистов уже в то время, когда новообразование становится значительных размеров. В этот период нарушается функция глотания и дыхания, прием пищи становится затруднительным. Продолжительный рост и увеличение размеров новообразования могут вызвать нарушение симметрии лица.



# Опухоли слюнных желез

---



## **Злокачественная опухоль.**

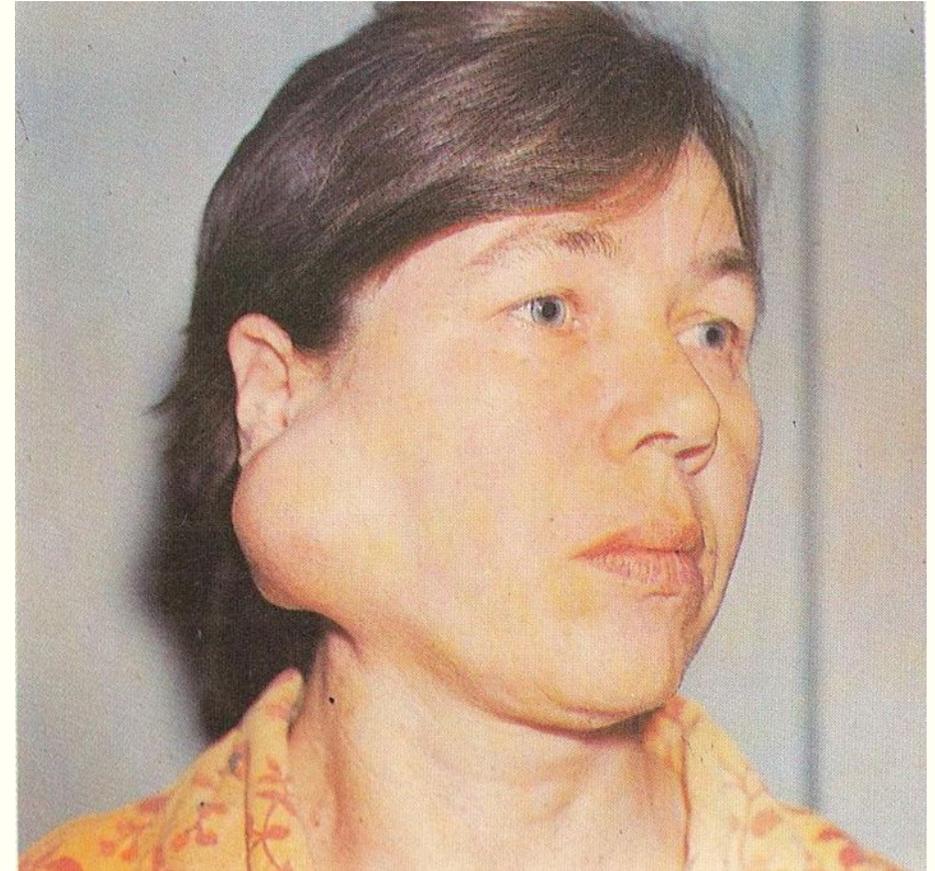
Опухоли слюнных желез злокачественного типа появляются как самостоятельно, так и в результате перерождения клеток доброкачественных или промежуточных новообразований. Симптоматика заболевания стремительная, опухоль очень быстро увеличивает свои размеры, поражает мягкие ткани, которые ее окружают. В период прогрессирования болезни пациенты чувствуют острые боли, одностороннее нарушение двигательных функций лица, нарушение жевательных функций, увеличение лимфоузлов. Иногда появляются дополнительные очаги поражения.

# Опухоли слюнных желез

---

## Промежуточная опухоль.

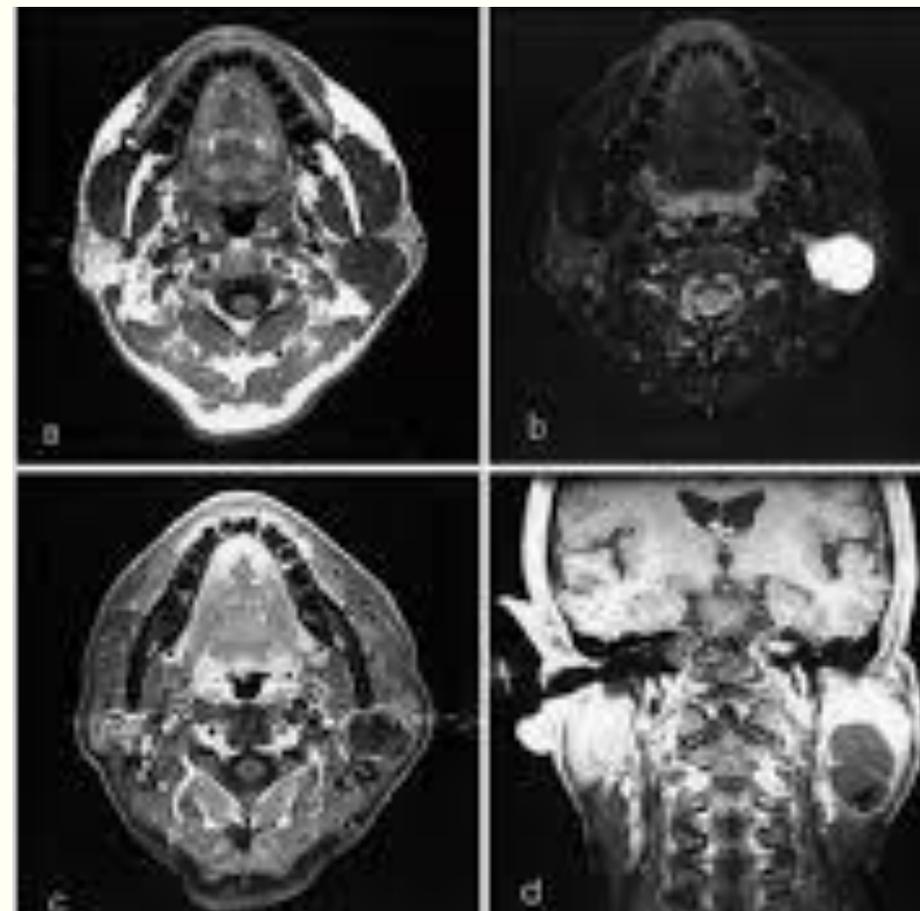
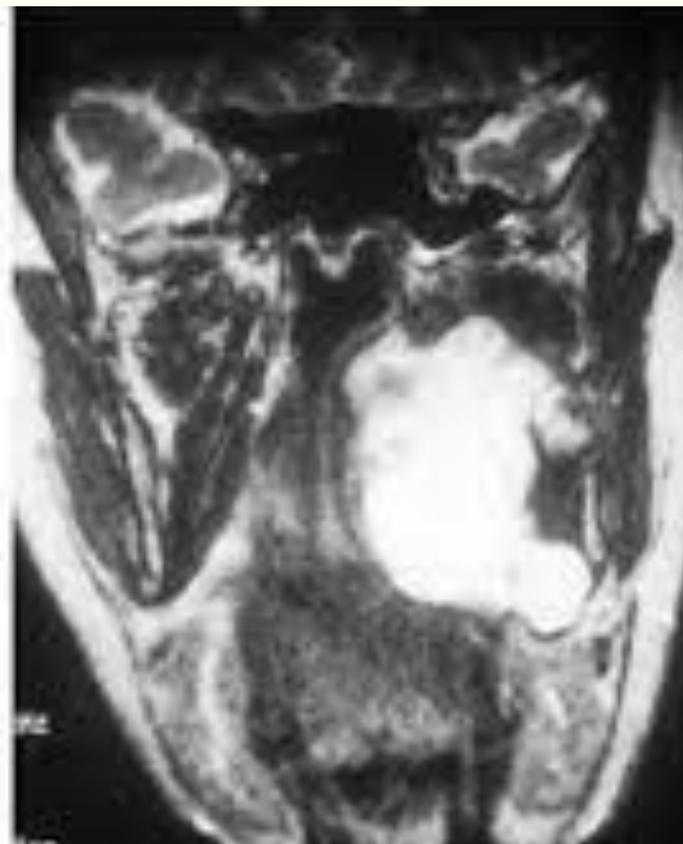
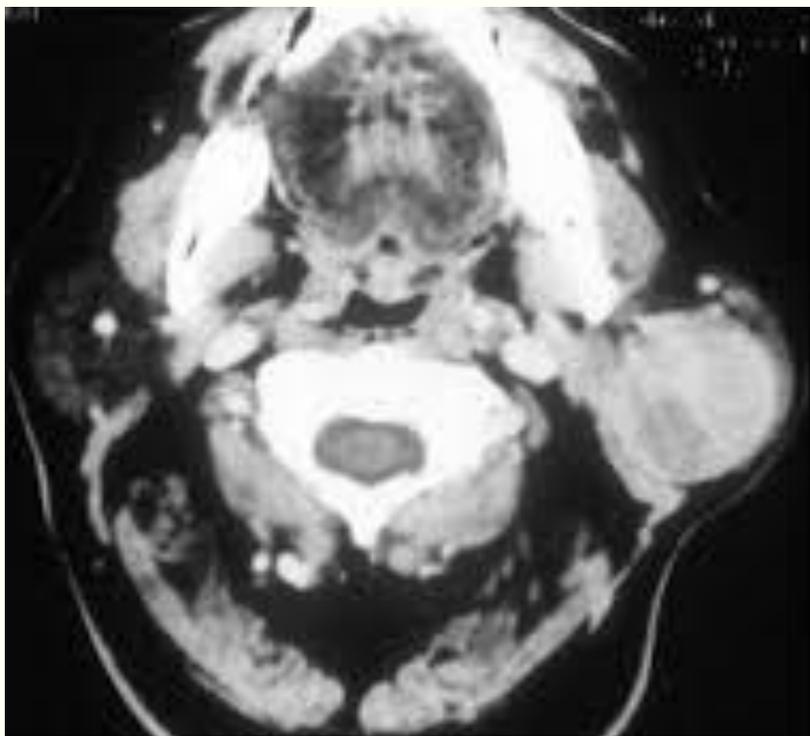
Имеет такой же процесс медленного развития, как и опухоли доброкачественного типа, однако влияние раздражителей может его ускорить. В результате этого новообразование становится похожим на злокачественную опухоль: ухудшается течение болезни, обусловленное быстрым чрезклеточным проникновением клеток опухоли во внутренние органы с появлением дополнительных очагов поражения в органах дыхания и костных тканях. Малые слюнные железы могут быть поражены цилиндромой



# Опухоли слюнных желез

---

## Диагностирование опухолей слюнных желез



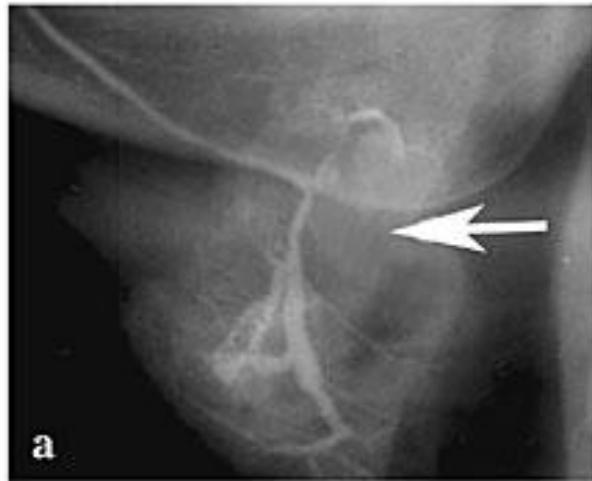


Рис. 14. Сиалогаммы поднижнечелюстных желез больных с плеоморфными аденомами (а, б).

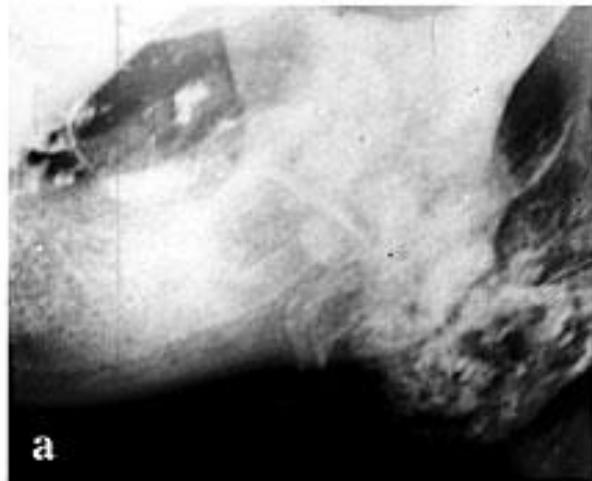
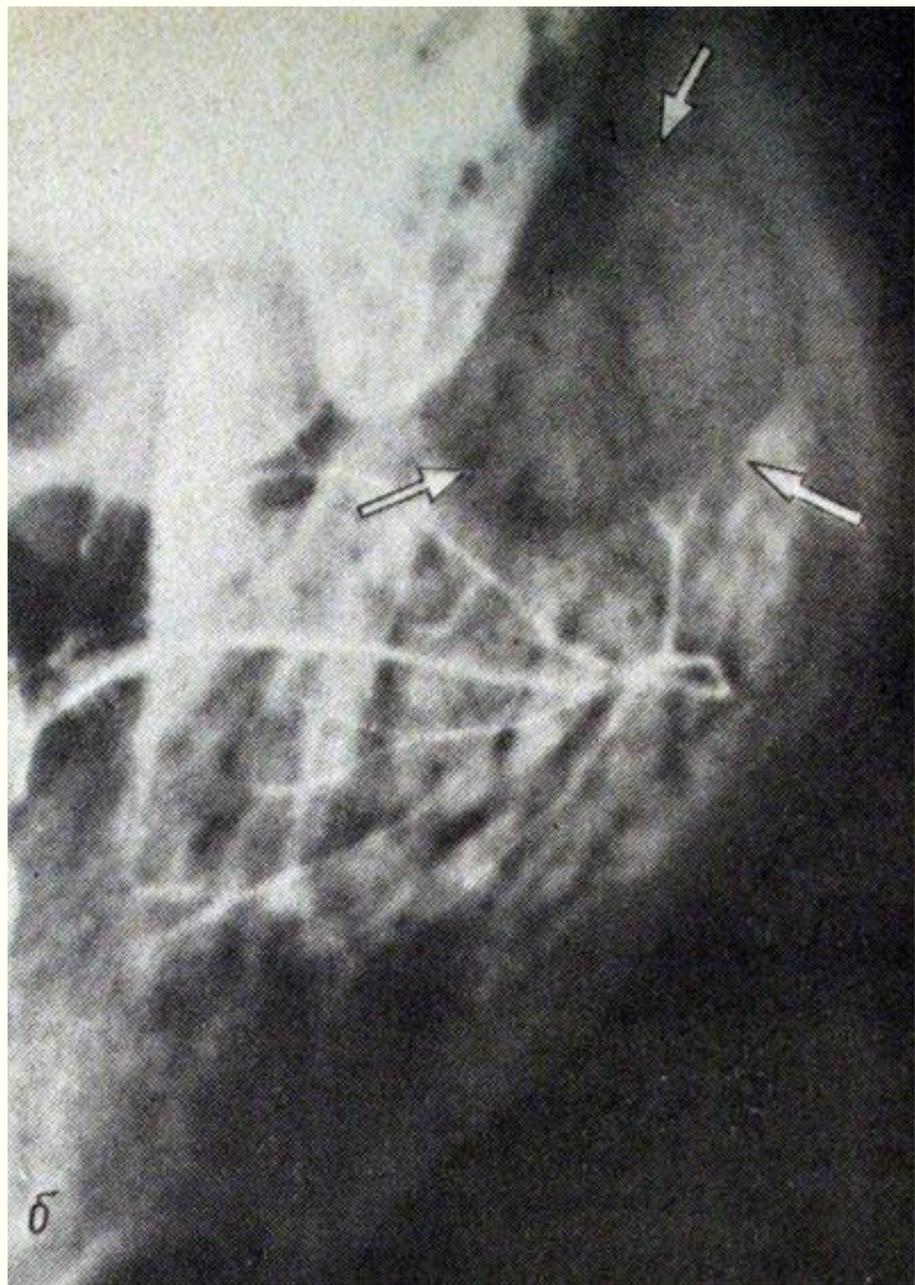
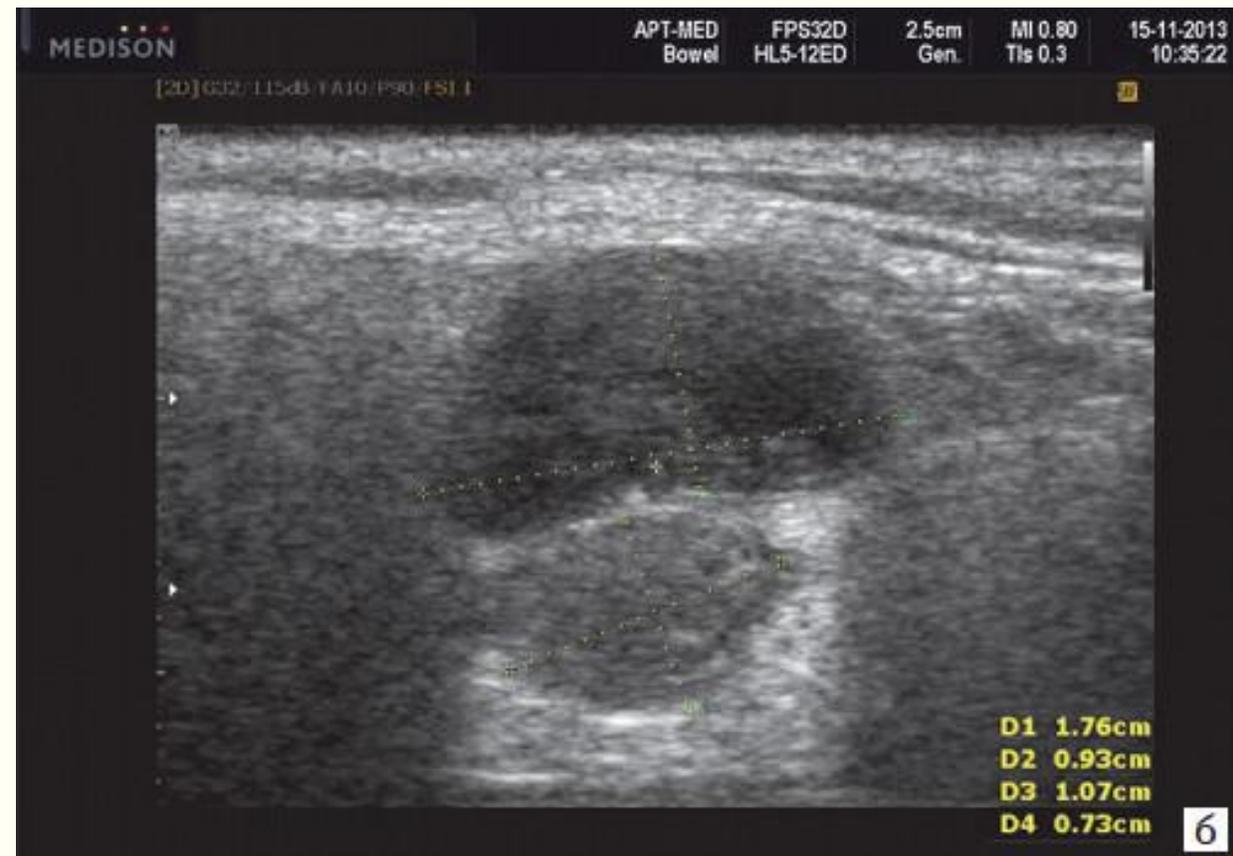
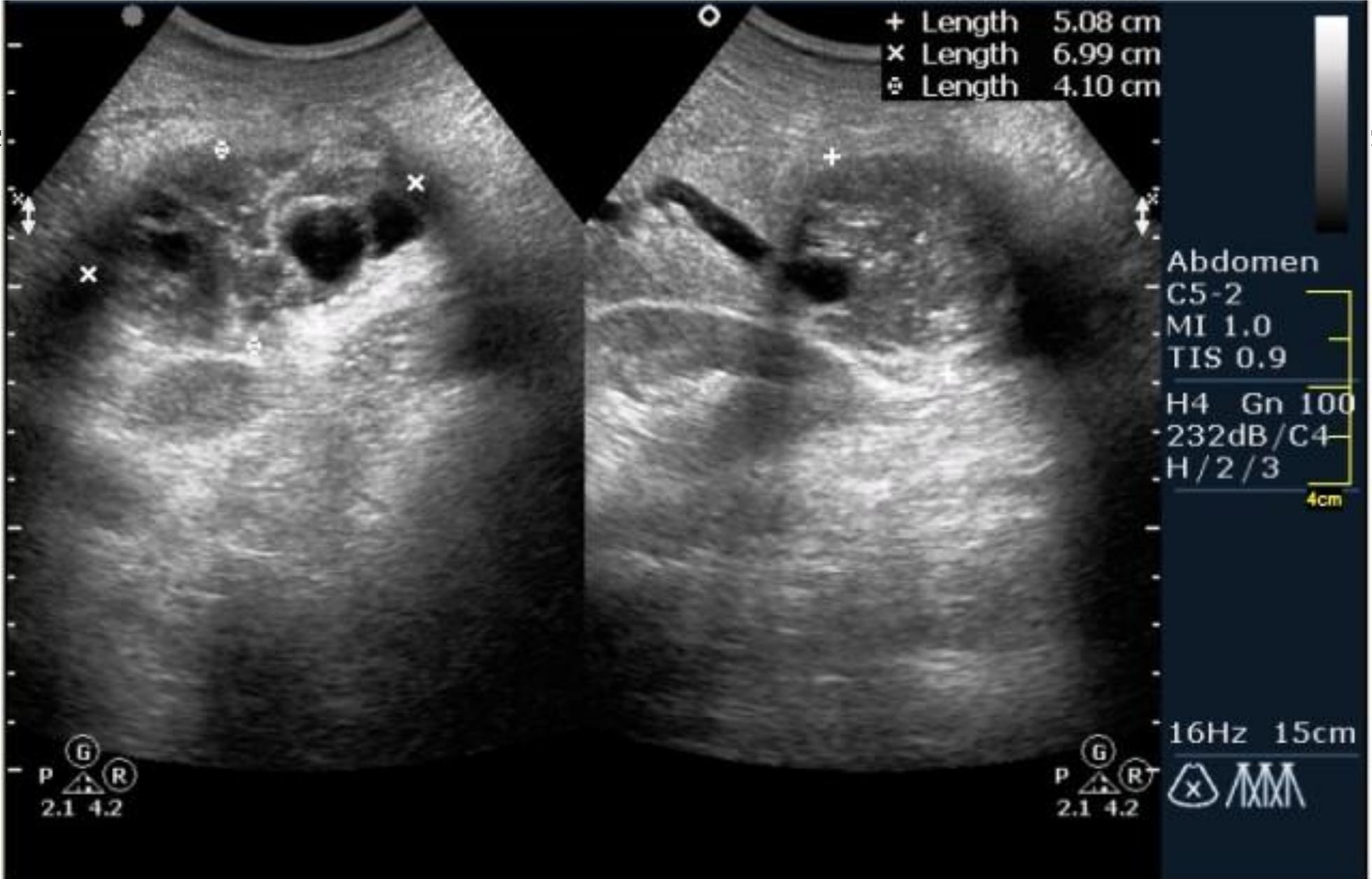


Рис. 15. Сиалогаммы околоушных желез больных с цилиндромой (а), аденокарциномой (б), ацинозноклеточной опухолью (в).









+ Length 5.08 cm  
x Length 6.99 cm  
o Length 4.10 cm

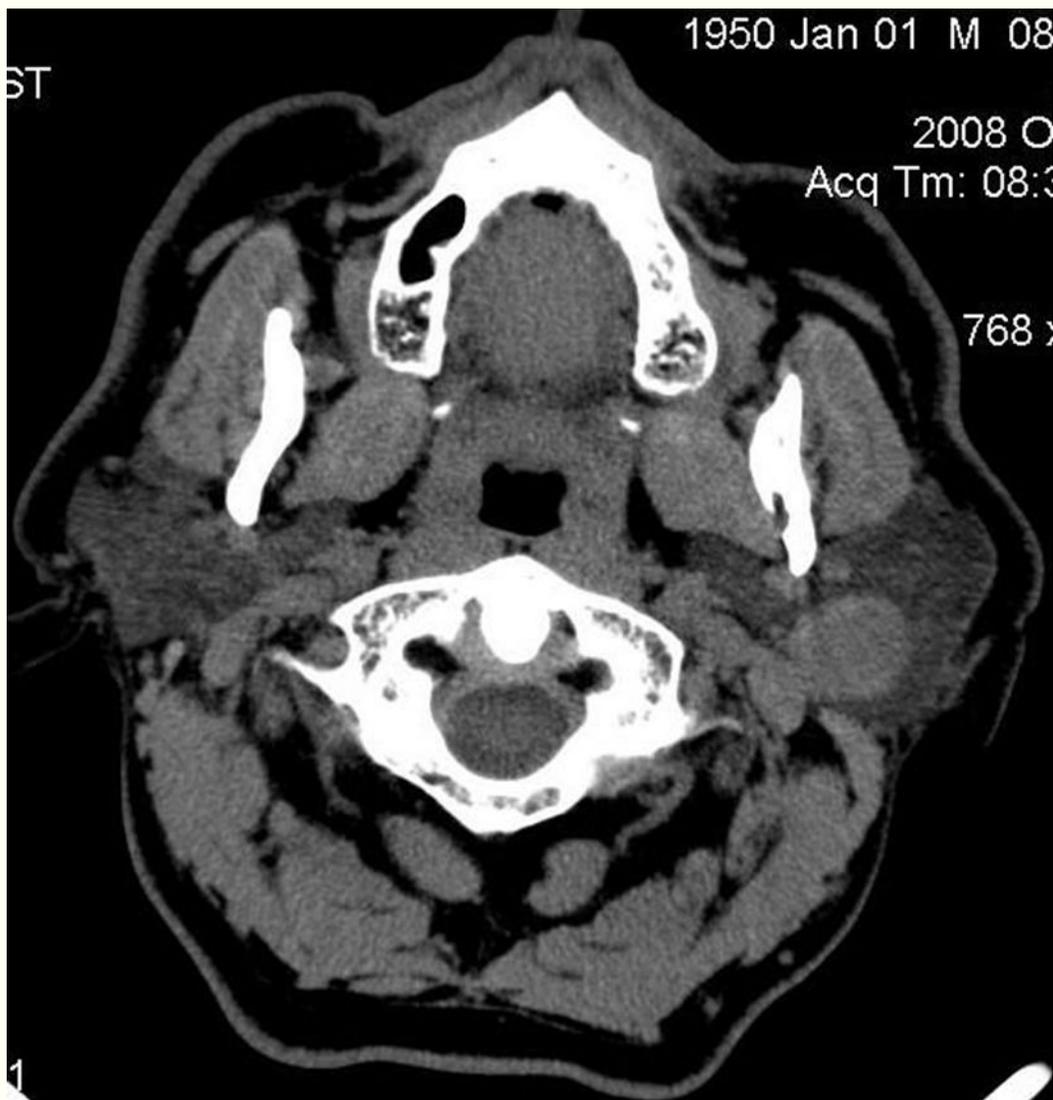
Abdomen  
C5-2  
MI 1.0  
TIS 0.9  
H4 Gn 100  
232dB/C4  
H/2/3  
4cm

16Hz 15cm  
P (G) (R)  
2.1 4.2

P (G) (R)  
2.1 4.2

# Опухоли слюнных желез

---



## Околоушная железа



# Опухоли слюнных желез

---

## Лечение опухолей слюнных желез

Лечение опухолей слюнных желез доброкачественного типа заключается в ее удалении. В зависимости от положения и размера новообразования определяется необходимое оперативное лечение, в том числе может быть проведено вылущивание опухоли или полное удаление пораженной слюнной железы вместе с новообразованием. Непосредственно перед удалением опухоли слюнной железы проводится обследование для оценки проходимости желез. Это необходимо для определения типа опухоли, а также возможности проведения хирургического вмешательства.

В том случае, когда опухолью поражена околоушная железа, существует риск повреждения нерва лица, именно поэтому крайне важно обеспечение внимательного визуального наблюдения в процессе проведения операции. В качестве осложнений после операции могут проявиться односторонний паралич лицевого нерва, нарушение мимики лица и мышц. Также оперативное вмешательство часто выступает причиной появления свища в месте проведения процедуры.

Опухоли слюнных желез злокачественного характера требуют более тщательного подхода к выбору способа лечения. Как правило, используются смешанные типы, предполагающие проведение лучевой терапии и последующее оперативное вмешательство, включающее удаление большей части пораженной слюнной железы или же полное ее удаление. Вне зависимости от наличия метастазов удаление злокачественной опухоли происходит при помощи лимфодиссекции с сохранением анатомических шейных образований.

Низкий уровень эффективности химиотерапии не находит широкого применения в качестве одного из способов лечения опухолей слюнных желез.



# Опухоли слюнных желез

---

## Прогноз опухолей слюнных желез

Если у пациента была диагностирована опухоль слюнной железы доброкачественного типа, и при этом проведено своевременное и качественное оперативное лечение, то процесс выздоровления, хоть и продолжительный, но имеет положительную динамику. Такие заболевания рецидивируют в одной трети случаев.

При лечении опухолей слюнных желез злокачественного типа прогноз на выздоровление неблагоприятный. Выздоровление наступает только в 25% всех случаев заболевания, а осложнения замечены в половине случаев. Это же касается и ситуаций с появлением дополнительных очагов, которые отмечаются у 50% больных.

---

---

Лучевая диагностика  
КИСТ И  
доброкачественных  
новообразований  
челюстей

---

---

**Кисты и кистовидные образования** челюстей являются наиболее часто встречающимися доброкачественными новообразованиями челюстно-лицевой области. Кисты развиваются на фоне воспалительного процесса либо связаны с нарушением развития.

**Киста** — это полостное образование доброкачественного характера, имеющее округлую или овальную форму, с четкими, ровными или волнистыми контурами, с жидким или полужидким содержимым и отграниченное от окружающей костной ткани соединительнотканной капсулой с эпителиальной выстилкой, представленной чаще всего плоским эпителием.

---

---

Одну из важных ролей в диагностике всех кистовидных образований играет рентгенологический метод и, в частности, компьютерная томография. Многие кистовидные поражения челюстей обладают схожей теневой картиной, что затрудняет постановку диагноза. Однако некоторые рентгеносемиотические признаки и данные анамнеза помогают сузить дифференциальный ряд. Верификация кист проводится на основании гистологического исследования.

Рентгенологический метод является скрининговым и позволяет оценить общее состояние пораженного участка, однако двухмерное изображение и эффект суммации не дает полного представления о характере распространения костного дефекта.

Конусно-лучевая компьютерная томография позволяет точно описать область кистовидного образования, его размеры, структуру, форму, а также его соотношение с анатомическими структурами.

---

---

Все кисты разделены на:

1. Эпителиальные:

а) связанные с нарушением развития (одонтогенные): зубосодержащая (фолликулярная); прорезывания; латеральная пародонтальная; кератокиста; кальцифицирующая одонтогенная и др.;

б) неодонтогенные: - киста носонёбного канала (резцового канала); небная срединная киста; шаровидно-верхнечелюстная киста (глобуломаксиллярная); носоальвеолярная киста и др.;

в) воспалительные: радикулярная; резидуальная.

2. Неэпителиальные:

а) киста Стафне;

б) простая костная киста;

в) аневризмальная костная киста.

---

---

***Радикулярная киста*** — киста воспалительного происхождения, наиболее часто встречающаяся в практике (80%). Она является конечным этапом развития хронического гранулематозного периодонтита в кистогранулему и далее в радикулярную кисту.

*Рентгенологически* киста определяется вокруг вершины корня в периапикальных тканях в виде округлого или овального участка разрежения костной ткани с четкими ровными контурами деструкции и ободком остеосклероза. Основной причиной развития данной кисты являются осложнения после эндодонтического лечения, также причиной может служить механическая травма и заболевания тканей пародонта.

Средние размеры кисты не превышают 10–20 мм, наиболее частая локализация — периапикальные ткани фронтальной группы зубов на верхней челюсти. По мере роста кисты рентгенологически может быть выявлена резорбция вершечек корней или булавовидное утолщение, прилегание к полости носа или верхнечелюстной пазухе, проникновение в полость носа.



Рис. 1 Конусно-лучевая компьютерная томография. Радикулярная киста верхней челюсти



Рис. 2 Конусно-лучевая компьютерная томография. Радикулярная киста на нижней челюсти

---

---

## *Резидуальная киста*

является остаточной кистой вследствие ранее проведенного хирургического вмешательства удаления причинного зуба. Является случайной находкой в процессе лучевого обследования.

*Рентгенологически* представляет собой участок округлой формы гомогенного разрежения костной ткани на месте отсутствующего зуба, с четкими контурами, выраженным склеротическим ободком.



**Фолликулярные, или зубосодержащие, кисты** являются вторыми по частоте встречаемости кистами челюстей, их образование связано с нарушением развития одонтогенного эпителия.

*Рентгенологически* киста определяется в виде четко очерченного овального участка деструкции костной ткани, где в просвете определяется зачаток одного или нескольких зубов на разной стадии формирования.

Наиболее частая локализация — область клыков верхней челюсти и третьих моляров верхней и нижней челюстей, а также вокруг сверхкомплектных зубов. Как правило, говорить о наличии фолликулярной кисты можно при размерах ободка просветления костной ткани вокруг коронки непрорезавшегося зуба более 5 мм. В процессе увеличения киста приводит к деформации альвеолярных отростков, резорбции верхушек корней зубов и проникновению в полость носа или верхнечелюстную пазуху.



## ***Одонтогенная кератокиста***

развивается из эпителиальных клеток эмалевого органа и характеризуется способностью эпителия оболочки кисты ороговеть, в результате чего полость кисты заполнена творожистыми кератинизированными массами.

Наиболее частая локализация — угол и ветвь нижней челюсти, область клыков верхней и нижней челюстей (75%).

*Рентгенологически* киста определяется в виде однокамерного (либо многокамерного участка разрежения костной ткани округлой, овальной или полициклической формы с хорошо очерченным остеосклеротическим ободком по периферии. В просвете кисты может находиться ретенированный зуб. Для нее менее характерно изменение конфигурации челюсти и симптом вздутия. Киста рецидивирует в 30% случаев.

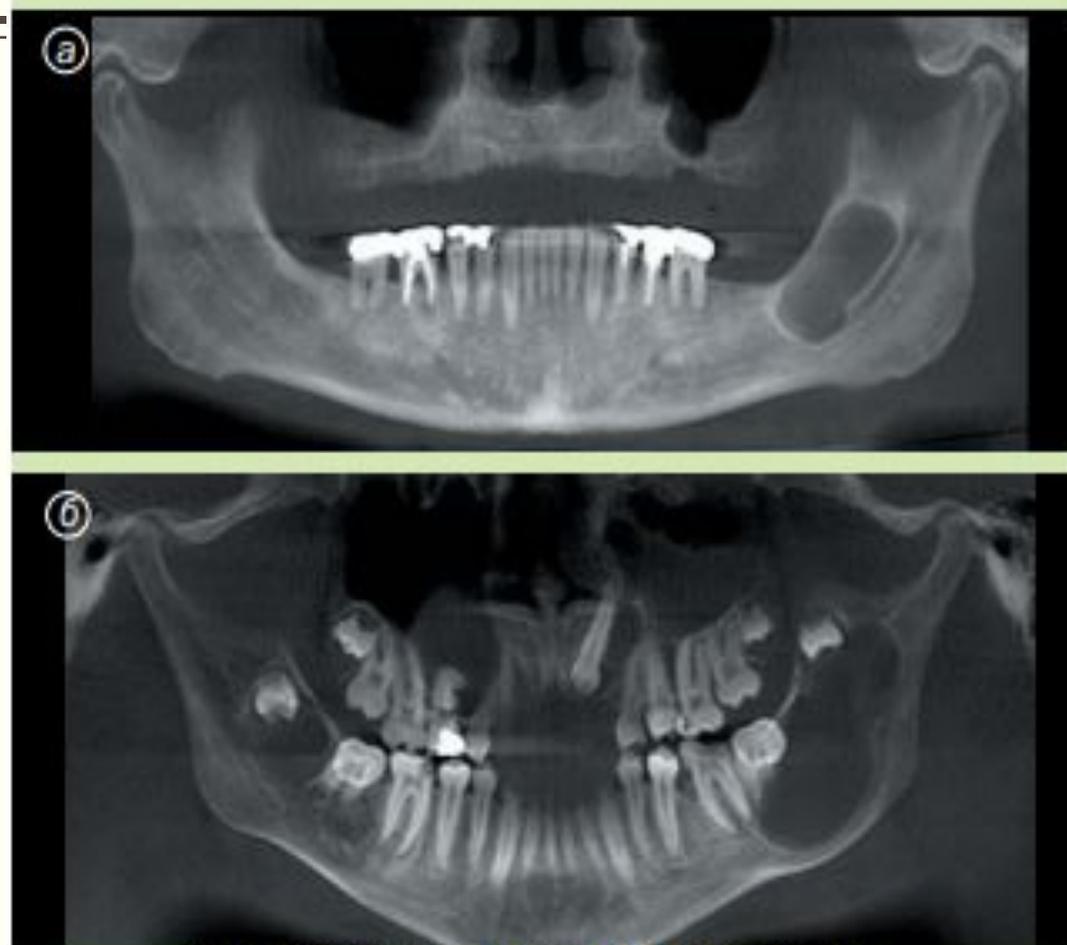


Рис. 5

Конусно-лучевая компьютерная томография.  
а) Кератокиста; б) множественные кисты верхней и нижней челюстей. Синдром Горлина-Гольца

---

---

***Киста носонёбного канала*** (резцового канала) относится к фиссуральным неodontогенным кистам, развивается из эпителия эмбрионального носонёбного протока, который остается в просвете резцового канала.

Киста локализуется в просвете резцового канала, при ее разрастании в вестибулярном направлении она может приводить к смещению центральных резцов, при распространении в сторону твердого неба следует говорить о срединной небной кисте.

*Рентгенологически* киста определяется между корнями зубов 1.2, 2.1 в виде участка разрежения костной ткани в форме сердца либо овальной формы с четкими ровными контурами, гомогенной структуры.

***Киста глобуломаксиллярная, или шаровидно-верхнечелюстная.***

Возникает из оставшегося в эмбриогенезе эпителия между носовым и верхнечелюстным отростком.

Киста локализуется между боковым резцом и клыком.



---

---

## ***Аневризмальная киста*** —

редко встречающаяся неэпителиальная киста невыясненной этиологии, характеризующаяся внутрикостным расположением на нижней челюсти в области интактных моляров, ретромолярной области и реже мышцелковом отростке. Относится к псевдокистам, так как не имеет эпителиальной оболочки.

*Рентгенологически* киста представляет собой одно- и многокамерный участок деструкции костной ткани неправильной формы с наличием множества тонких костных перегородок (рентгенологическая картина напоминает мыльную пену).

## ***Простая костная киста*** —

редко встречающаяся неэпителиальная киста невыясненной этиологии. Также относится к псевдокистам, так как не имеет эпителиальной оболочки. Встречается на нижней челюсти в области премоляров и моляров.

*Рентгенологически* определяется в виде однокамерного участка разрежения костной ткани вытянутой формы, с ровными нечетко очерченными контурами, распространяющегося между корнями интактных зубов.

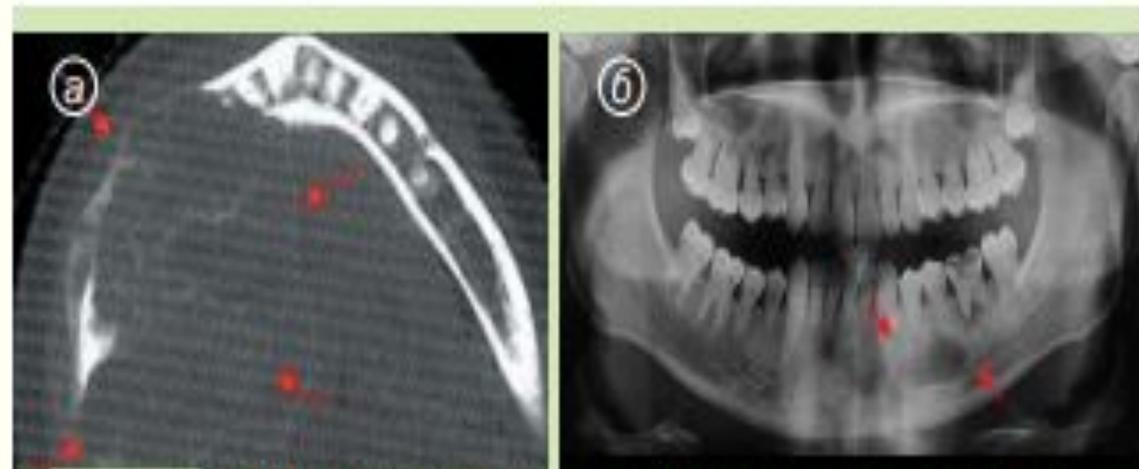


Рис. 7

Неэпителиальные кисты. а) Конусно-лучевая компьютерная томография. Аневризмальная киста нижней челюсти справа; б) ортопантомография. Простая костная киста в области зубов 3.5, 3.4. Несовершенный дентиногенез

---

---

***Киста Стафне*** — не является кистой. Представляет собой дефект костной ткани со стороны язычной поверхности на нижней челюсти, как результат эктопии дольки язычной слюнной железы.

*Рентгенологически* определяется в области угла нижней челюсти ниже канала нижнечелюстного нерва в виде участка округлой или овальной формы разрежения костной ткани с хорошо очерченными контурами.



Рис. 8 Киста Стафне. а) Орто пантомаграфия; б, в) кросс-секции конусно-лучевой компьютерной томографии

---

---

**Амелобластома** относится к наиболее часто встречающимся доброкачественным опухолям челюстей (11%). Характеризуется медленным безболезненным ростом и является случайной находкой в процессе рентгенологического исследования. Может переродиться из фолликулярной кисты. Характеризуется частыми рецидивами после хирургического вмешательства.

Наиболее частая локализация — углы и ветви нижней челюсти, а также область третьих моляров на верхней челюсти. По мере роста амелобластома вызывает выраженную деформацию челюсти за счет вздутия, а также резорбирует верхушки корней и смещает зубы. *Рентгенологически* представляет собой два варианта — однокамерную полость гомогенной структуры овальной, округлой или волнистой формы с четкими ровными контурами либо многокамерную форму с наличием внутренних костных перегородок, что дает рентгенологическую картину пчелиных сот (много костных перегородок) или мыльных пузырей (редкие костные перегородки) (рис. 9).



---

---

**Одонтома** — относится к пороку развития зубного зачатка. Проявляется во время прорезывания зубов, при задержке прорезывания постоянного зуба либо является случайной находкой в процессе рентгенологического исследования.

*Рентгенологически* одонтома встречается чаще всего на верхней челюсти в области фронтальных зубов и представляет собой скопление мелких зубоподобных структур, окруженных полосой просветления вокруг и тонкой кортикальной пластинкой. Сложная одонтома чаще локализуется на нижней челюсти в ретромолярной области и представляет собой плотный конгломерат тканей неоднородной структуры неправильной формы с неровными четкими контурами, окруженный полосой просветления вокруг и ободком склероза



Доброкачественные  
опухоли и

---

опухолеподобные  
образования слизистой  
оболочки полости  
рта, мягких тканей лица и  
шеи

- Среди новообразований полости рта у детей преобладают опухолеподобные (62,6 %). Чаще новообразования встречаются у девочек (57,3 %).

---

- Опухоли чаще обнаруживают на слизистой оболочке нижней губы, альвеолярного отростка и языка, реже в подъязычной области, на верхней губе, в области твердого и мягкого неба.
- Наибольшее количество опухолей полости рта происходит из эпителиальной ткани. Одни из них развиваются в результате дизэмбриоплазий (дермоидные и эпидермоидные кисты, железы Серра), в происхождении других (папилломы, папилломатозы) предполагается роль вирусов.
- Опухоли неопластической природы — папилломы, некоторые виды папилломатоза, невусы, новообразования больших и малых слюнных желез.
- Эпителиальные опухоли возникают в постнатальный период. Все они характеризуются медленным, бессимптомным ростом.

# Папиллома

---

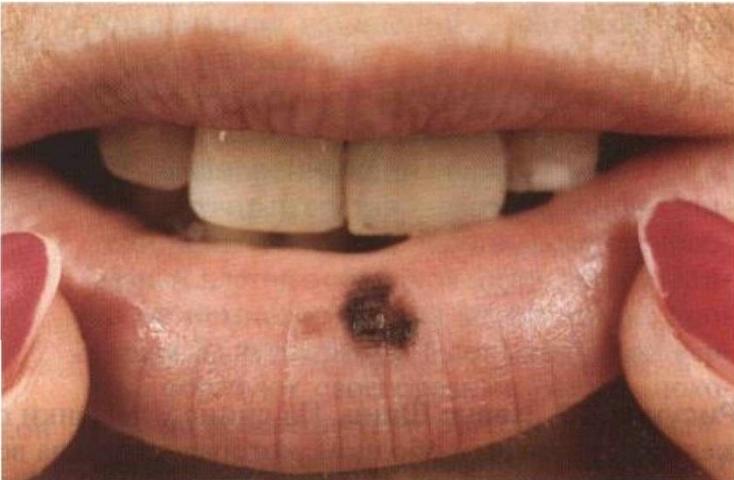
- Среди эпителиальных опухолей из многослойного плоского эпителия папилломы занимают второе место после сосудистых опухолей.
- Эти опухоли локализуются на языке, губах, в области твердого и мягкого неба. Опухоль представляет собой разрастание сосочкового характера в виде выступа округлой или овальной формы, кустика (вид цветной капусты), чаще единичное, иногда множественное. Папилломы могут иметь блестящую гладкую поверхность и в этом случае их трудно дифференцировать от фибромы. Они бывают на широком основании или на ножке, имеют бледно-розовую окраску, соответствующую окраске окружающей слизистой оболочки.
- Длительно существующие папилломы вследствие ороговения поверхностного слоя эпителия приобретают белесоватую окраску, становятся более плотными, шероховатыми. При хронической травме папилломы бывают темно-красными, синюшно-красными с явлениями изъязвления. Растут медленно. Дифференцируют папиллому от фибромы, желез Серра.
- Лечение. Показано удаление опухоли с подлежащей основой, так как папиллома имеет повышенную митотическую активность в основании.



## ***Невусы, или пигментные опухоли***

---

- На слизистой оболочке полости рта у детей встречаются крайне редко). Их различают по внешнему виду, размерам, плотности, наличию волосяного покрова или сосудистых структур.
- Невусы могут озлокачествляться. Признаки озлокачествления: быстрый рост, изъязвление, изменение окраски, уплотнение, зуд, боль. Больным с невусом необходима консультация онколога. Дифференцируют невусы от сосудистых новообразований, папиллом (имеющих сосочковый характер).
- Лечение хирургическое — иссечение в пределах здоровых тканей.



# Папилломатоз

---

---

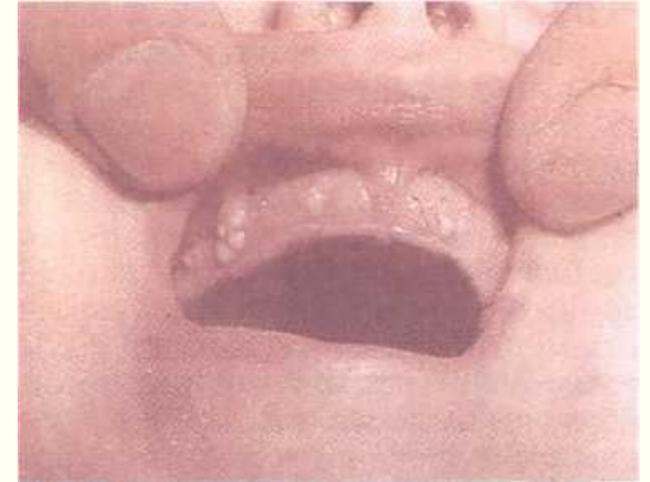
- Множественные сосочковые разрастания на слизистой оболочке полости рта

## Различают реактивный и неопластический папилломатоз.

- К **реактивным** папилломатозам относят множественные сосочковые разрастания на слизистой оболочке полости рта, прекращающие свой рост при устранении хронического воздействия различных раздражителей (механических, термических, химических, микробных). Папилломатозные разрастания локализуются чаще на верхней и нижней губе, слизистой оболочке щек, языка, реже в области углов рта и на альвеолярном отростке. Клинически папилломатозы представляют собой образования в виде бляшек округлой или овальной формы на широком основании, чаще сосочкового характера. Бляшки могут располагаться отдельно или слившись между собой. По цвету соответствуют окружающей слизистой оболочке или несколько бледнее, мягкие или слегка плотноватой консистенции, безболезненные при пальпации, диаметром от 0,2 до 2 см. Эти образования встречаются одинаково часто у мальчиков и девочек. Дифференциальная диагностика сложная.
- Папилломатоз **неопластической** природы необходимо отличать от гиперплазии слизистой оболочки полости рта, возникшей при воздействии эндогенных факторов (авитаминозы, нарушения обмена веществ, перенесенные инфекционные заболевания).

## Опухоли из зубообразовательного эпителия

- Зубообразовательный эпителий является источником возникновения опухолеподобных образований — желез Серра.
- Железы Серра — результат дизонтогенеза и выявляются в возрасте до 1 года. Они локализуются на слизистой оболочке альвеолярного отростка верхней и нижней челюсти, твердого неба. Встречаются единичные и множественные образования.
- Клинически железы Серра представляют собой образования, имеющие форму полушария, расположенные на неизменной слизистой оболочке десневого валика, белесовато-желтоватого цвета, плотной консистенции, безболезненные при пальпации, диаметром от 1 до 4—5 мм. Их необходимо дифференцировать от папиллом, фибром, преждевременно прорезавшихся зубов.
- Лечение не требуется, так как железы Серра к году, как правило, исчезают.



# Опухоли из соединительной ткани.

---

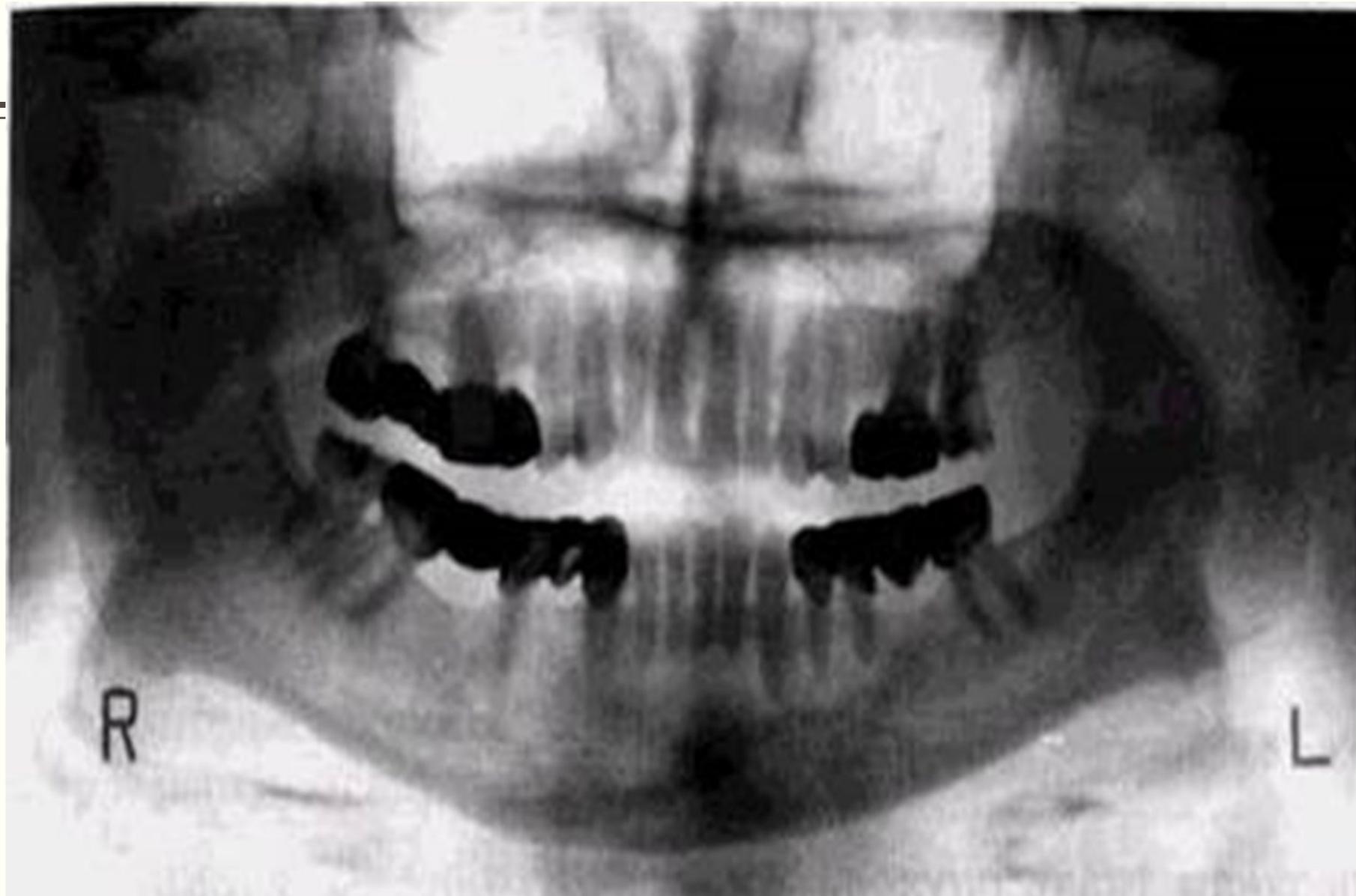
- Опухоли соединительнотканного происхождения построены по типу зрелой соединительной ткани. Наиболее часто встречаются **фибромы**. Они занимают третье место после сосудистых и эпителиальных опухолей могут быть одиночными и множественными.
- Различают фибромы **твердые**, когда морфологически определяется плотное расположение коллагеновых волокон, иногда с отложением извести, и мягкие, когда морфологически определяются рыхлое расположение волокон и единичные зрелые элементы в них.
- В **мягких** фибромах может образовываться слизистый компонент, что обозначается как фибромиксома, но клинически они не отличаются от мягких фибром.
- В этиологии фибром большую роль играют врожденная предрасположенность тканей, а также дополнительная травма слизистой оболочки при жевании. Локализуются чаще в области языка, нижней губы, твердого и мягкого неба, реже в области альвеолярного отростка, верхней губы, щеки.
- Клинически представляют собой округлой или овальной формы образование на широком основании, иногда на ножке, по цвету такое же, как окружающая слизистая оболочка. Консистенция фибром — от мягкой до очень плотной.



# Одонтогенная фиброма

---

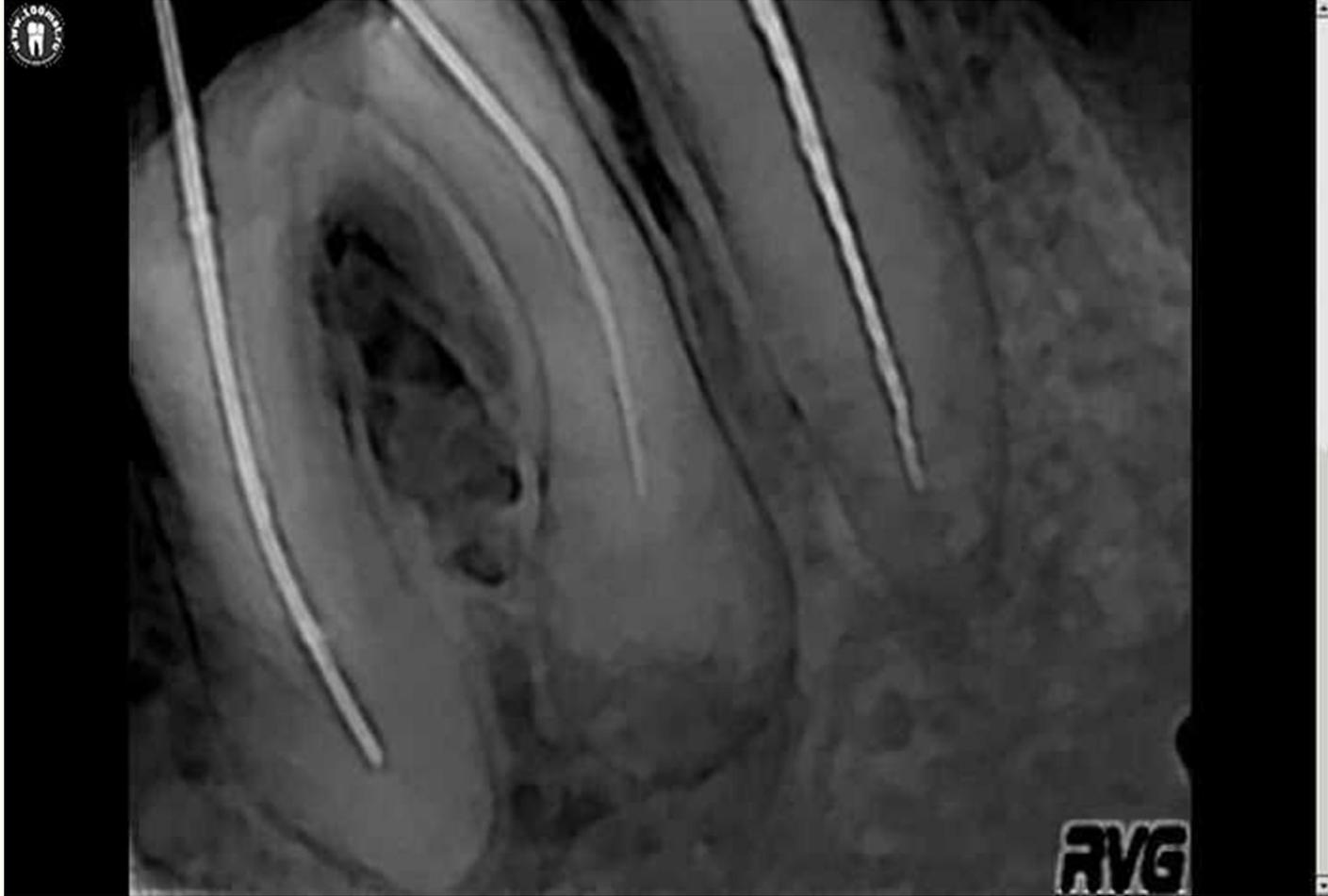
- Одонтогенная фиброма состоит из зрелой соединительнотканной массы опухоли, содержащей остатки одонтогенного зубообразующего эпителия. Источник одонтогенной фибромы - соединительная ткань зубного зачатка. Рост опухоли медленный, безболезненный. Специфических клинических проявлений, кроме деформации челюсти, опухоль не имеет. Рентгенологически определяются очаги резорбции костной ткани в виде поликистозных образований с достаточно четкими границами. На фоне очагов разрежения костной ткани встречаются плотные зубоподобные конгломераты. Отмечается ретенция прилегающих зубов. Диагностика одонтогенной фибромы затруднительна и возможна лишь при гистологическом исследовании образования.



# Цементома

---

- Цементома - одонтогенная опухоль соединительнотканного происхождения, основным и характерным элементом которой является грубоволокнистая ткань, сходная с цементом.
- Цементомы наблюдаются преимущественно у женщин и локализуются на нижней челюсти в области ее тела и угла. Развиваются вокруг корней зуба. Ведущим симптомом цементомы является боль, которая возникает во время приема пищи и разговора. При пальпации все больные отмечают боль. Болевые ощущения возникают в тех случаях, когда кортикальный слой челюсти истончается и отдельные участки опухоли оказывают давление на надкостницу челюсти.
- В некоторых случаях цементома выходит за пределы надкостницы и слизистой оболочки, как бы прорезываясь в полость рта и образуя перфорационное отверстие, через которое легко проникает инфекция.



# Фиброматоз десен

---

- Редкое заболевание, проявляющееся диффузными фиброматозными разрастаниями плотной консистенции, захватывающими весь или частично альвеолярный отросток верхней или нижней челюсти, а иногда обеих челюстей.
- Причинами гиперплазии десен могут быть прием медикаментов, эндокринные нарушения.
- Клинически различают две формы: **локальную**, когда поражение отмечается на уровне нескольких зубов, и **диффузную**, когда разрастания захватывают всю часть альвеолярного отростка верхней и нижней челюстей. Процесс локализуется в десневых сосочках и распространяется на альвеолярный отросток. Коронки зубов могут быть скрыты разрастаниями вплоть до их режущего края.
- **При пальпации** фиброматозные разрастания плотные, неподвижные, безболезненные. **Рентгенологически** могут обнаруживаться деструктивные изменения альвеолярного отростка. **Гистологически** определяются коллагеновые волокна с единичными клеточными структурами.
- Лечение хирургическое — иссечение разрастаний вместе с надкостницей (во избежание рецидива).



# ***Миобластомиома (опухоль Абрикосова, зернисто-клеточная миобластома)***

---

- Относится к группе дизонтогенетических опухолей и выявляется у детей на первом году жизни.
- Локализуется чаще в области языка, нижней губы, мягкого неба, дна полости рта. Одинаково часто встречается у мальчиков и девочек.
- Клинически представляет собой образование округлой или овальной формы с блестящей гладкой поверхностью, белесовато-желтоватого цвета, при пальпации плотное, безболезненное, чаще с четкими контурами, диаметром от 0,3 до 1 см. Располагается непосредственно под эпителием.
- Встречаются миобластомиомы и без четких контуров. Образования могут быть единичными и множественными. Рост медленный, бессимптомный. Дифференцировать необходимо от фибром, папиллом.



# Миксома

---

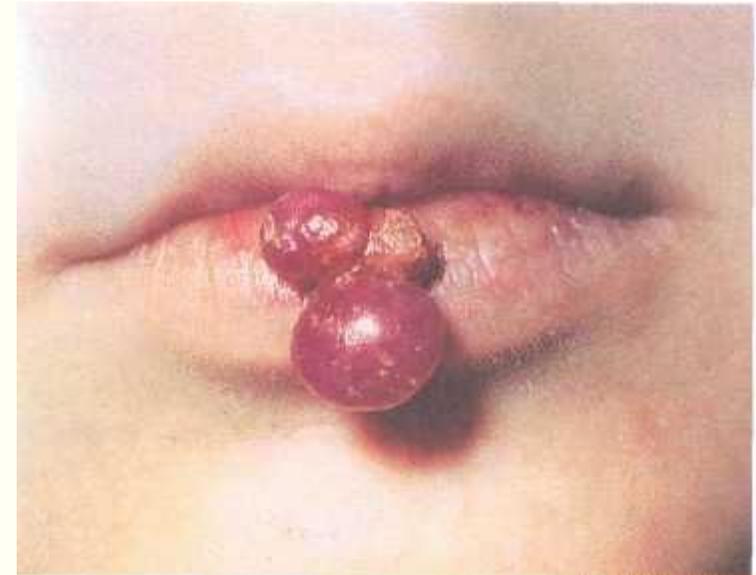
- Опухоль неясного генеза.
- Локализуется в области альвеолярной части и твердого неба. Возникает в возрасте 7—12, 12—16 лет, что говорит о постнатальном происхождении.
- Она бывает округлой формы, бугристой, сосочкового характера. Может наблюдаться как при доброкачественных, так и при злокачественных опухолях и иметь двойное название — миксомиома, миксохондрома, миксофиброма, миксосаркома и т.д. Встречается одинаково часто у мальчиков и девочек.



## ***Пиогенная гранулема***

---

- Образование, возникающее в результате травмы слизистой оболочки губ, щек, языка. Она формируется из соединительной ткани, кожи или слизистой оболочки. Возникновению пиогенной гранулемы, как правило, предшествует травма.
- Клинически пиогенная гранулема представляет собой быстро увеличивающееся (иногда в течение нескольких дней) образование диаметром до 1—2 см, округлой или неправильной формы, на широком основании, темно-красного цвета, иногда с явлениями некроза поверхности, легко кровоточащее при малейшем прикосновении, безболезненное при пальпации. По внешнему виду пиогенная гранулема напоминает грануляционную ткань с богатым кровоснабжением.



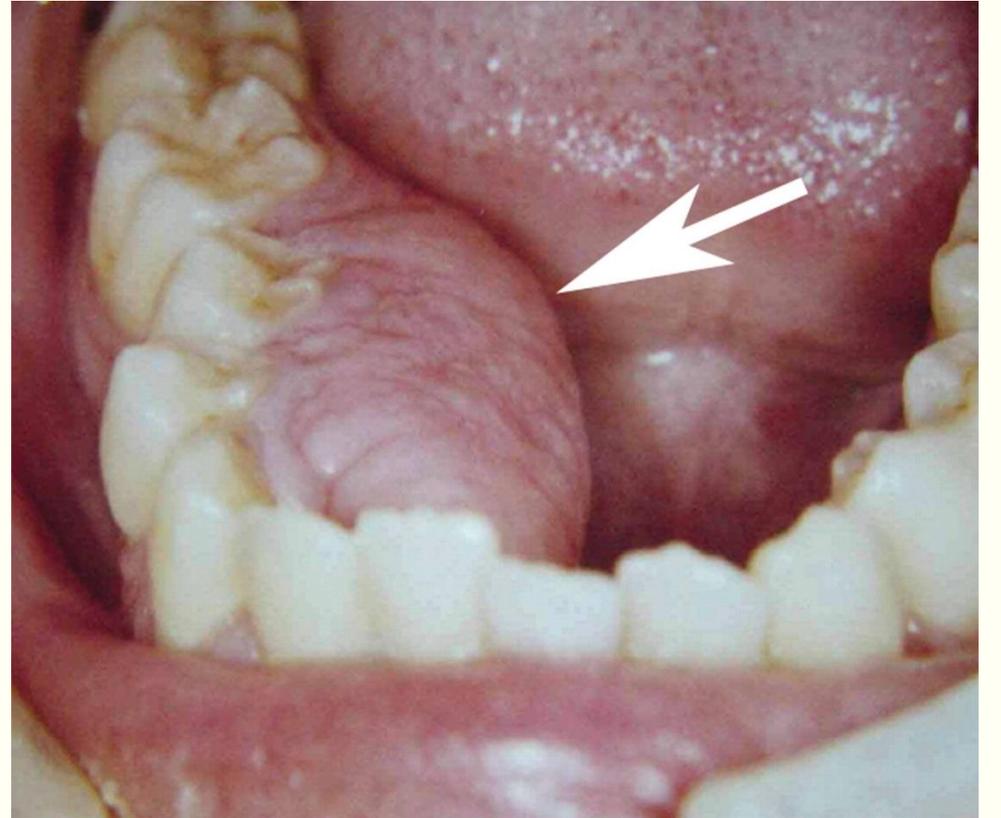
## ***Эпулисы.***

---

---

- Термин «эпулис»— образование на десне.
- По гистологической классификации ВОЗ, эпулисы относятся к опухолеподобным образованиям. Источником роста эпулиса может быть периодонт зуба, надкостница, глубокие слои десны. Иногда возникновению эпулиса предшествует травма (бытовая, травматичное удаление зубов, травма ортодонтическим аппаратом и др).
- Локализуются эпулисы обычно в области фронтальных зубов, реже в области премоляров и чрезвычайно редко в области моляров, на нижней челюсти несколько чаще, чем на верхней. По гистологическому строению различают **фиброзные, ангиоматозные и гигантоклеточные**. На первом месте по частоте стоят эпулисы фиброзные.

- **Фиброзный эпюлис** представляет собой округлой или неправильной формы образование на широком основании, по цвету соответствует окружающей слизистой оболочке или несколько бледнее ее, плотной консистенции, безболезненное при пальпации. Поверхность фиброангиоматозного эпюлиса ярко-красного цвета, он более мягкой консистенции, может кровоточить при прикосновении. Иногда на поверхности бывают эрозии.
- **Ангиоматозный эпюлис** — разрастание ярко-красного цвета с цианотичным оттенком, поверхность которого местами эрозирована, кровоточит при прикосновении. Консистенция мягкая, безболезненная. Поверхность чаще бугристая, реже гладкая. Растет быстро, диаметром от 0,5 до 1,5 см. На рентгенограмме могут быть изменения, характерные для гемангиом.
- **Гигантоклеточный эпюлис** представляет собой образование округлой, овальной или неправильной формы, мягкой или упругоэластической консистенции, синюшно-багрового цвета, иногда с выраженным бурым оттенком, с гладкой или слегка бугристой поверхностью, при пальпации безболезненное, при травме умеренно кровоточит, обладает быстрым ростом, диаметром от 0,5 до 3 см. На рентгенограмме определяются очаги остеопороза, распространяющиеся с поверхности в глубину. Границы поражения нечеткие, смазанные, периостальная реакция отсутствует.



---

# РАК ГУБЫ

- 
- **Рак губы** — злокачественное новообразование, происходящее из клеток покровного эпителия красной каймы губ.



# Заболеваемость

---

- Рак губы составляет около 3 % всех злокачественных опухолей (8-9 место). Рак верхней губы распространён значительно меньше, чем рак нижней губы — он встречается в 2-5 % случаев рака губы, но при этом отличается более агрессивным течением.
- Мужчины страдают этим видом рака чаще, чем женщины (более 76 % случаев). Пик заболеваемости приходится на возраст старше 70 лет. Рак губы чаще всего встречается в сельской местности.



# Этиология и патогенез

---

К причинам возникновения рака губы относятся:

- воздействие солнечного света
- частое воздействие высокой температуры
- частые механические травмы
- курение (особенно трубки), жевание табака
- алкоголь
- вирусные инфекции
- хронические воспалительные процессы
- К облигатным предраковым состояниям относят очаговые дискератозы и папилломы, которые проявляются гиперкератозом и лейкоплакией. Значительной склонностью к злокачественному перерождению обладают эритроплакии, диффузные дискератозы, кератоакантомы.
- Факультативными предраковыми состояниями являются хейлит, хронические язвы, трещины губы и эрозивные формы плоского

# Формы злокачественного роста

---

- Рак губы имеет строение плоскоклеточного ороговевающего (95 %) или неороговевающего рака. Плоскоклеточный ороговевающий рак проявляет себя медленным экзофитным ростом, малой инфильтрацией окружающих тканей, редким метастазированием и сравнительно поздним изъязвлением. Для плоскоклеточного неороговевающего рака характерны быстрый эндофитный рост, раннее изъязвление и метастазирование, выраженная инфильтрация окружающих тканей.
- Метастазирует рак губы преимущественно лимфогенно в регионарные лимфатические узлы — подбородочные, подчелюстные, в район яремной вены. При I стадии метастазы наблюдаются в 5-8 % случаев, во II — 15-20 %, в III — 35 %, при IV — в 70 % случаев.
- Гематогенное метастазирование наблюдается значительно реже — в 2 % случаев, обычно — в лёгкие.
- Клинически рак губы делят на 3 формы:
  - Папиллярная
  - Бородавчатая (на почве диффузного продуктивного дискератоза)
  - Язвенная и язвенно-инфильтративная (развивается из эритроплакии) — наиболее злокачественная форма

# Классификация

---

Согласно TNM-классификации опухоли определяют:

- Первичная опухоль:
- $T_x$  — недостаточно данных для оценки первичной опухоли.
- $T_0$  — первичная опухоль не определяется.
- $T_{is}$  — неинвазивный рак (carcinoma in situ).
- $T_1$  — опухоль до 2 см в наибольшем измерении.
- $T_2$  — опухоль до 4 см в наибольшем измерении.
- $T_3$  — опухоль более 4 см в наибольшем измерении.
- $T_{4a}$  — опухоль прорастает кортикальную пластинку нижней челюсти, глубокие (наружные) мышцы языка, гайморову пазуху,  
кожу.
- $T_{4b}$  — опухоль прорастает в крылонёбную ямку, боковую стенку глотки или основание черепа, или затрагивает внутреннюю сонную артерию.

# Клиническая картина

---

- Рак губы всегда возникает на фоне другого заболевания губы и никогда — из здоровой ткани. Иногда рак возникает из лейкоплакии или трещины, иногда — из папилломы или бородавчатой формы дискератоза.
- Вначале появляется небольшое уплотнение, выступающее над поверхностью губы. В центре новообразования возникает эрозия или язва с зернистой поверхностью и валикообразным краем. Образование имеет нечёткие границы и постепенно увеличивается в размерах. Опухоль покрыта плёнкой, удаление которой является болезненным. Под плёнкой видны бугристые разрастания.
- Опухоль постепенно растёт, разрушая окружающие ткани и значительно инфильтрируясь. К новообразованию присоединяется вторичная инфекция. Инфильтрат распространяется на щёку, подбородок, нижнюю челюсть. Регионарные лимфоузлы вначале плотные, безболезненные и подвижные. По мере роста метастазов лимфоузлы увеличиваются в размерах, прорастают соседние ткани и теряют подвижность. В запущенных стадиях метастазы превращаются в большие распадающиеся инфильтраты.
- Постепенно нарушается питание, присоединяется распад тканей, развивается кахексия.



# Лечение

---

- Лечение рака губы проводится комбинированным способом и предусматривает излечение как первичного очага, так и зон первичного метастазирования.
- I стадия: хирургический и лучевой метод лечения. При иссечении патологического очага дополнительно проводят операции Ванаха или Крайля. Это проводится для профилактики распространения метастазов. Проводят иссечение губы на 1,5-2 см в обе стороны инфильтрата либо (чаще) — короткофокусную рентгенотерапию (60 Гр) или внутритканевую терапию. Лимфоузлы берут на динамическое наблюдение
- II стадия — рентгенотерапия первичного очага, через 2-3 недели — верхнее фасциально-футлярное иссечение шейной клетчатки
- III стадия — первичный очаг излечивают лучевым методом на гамма-терапевтических установках. В остатки опухоли внедряют иглы с радиоактивным препаратом. Остаточная опухоль убирается резекцией губы. После полной регрессии опухоли делают одномоментно двустороннюю фасциально-футлярную эксцизию. При наличии регионарных метастазов операции предшествует лучевая терапия в СОД 30—40 Гр одновременно с лучевой терапией первичной опухоли. Этим добиваются уменьшения размеров лимфоузлов. При ограничении смещаемости лимфоузлов делают операцию Крайля
- IV стадия — комплексное лечение: неoadъювантная полихимиотерапия, предоперационная дистанционная лучевая или брахитерапия, широкое иссечение опухоли. При этом обязательно облучают регионарные зоны шеи и подчелюстной области в дозе 40—50 Гр с обеих сторон
- IVС стадия — паллиативная химиолучевая терапия

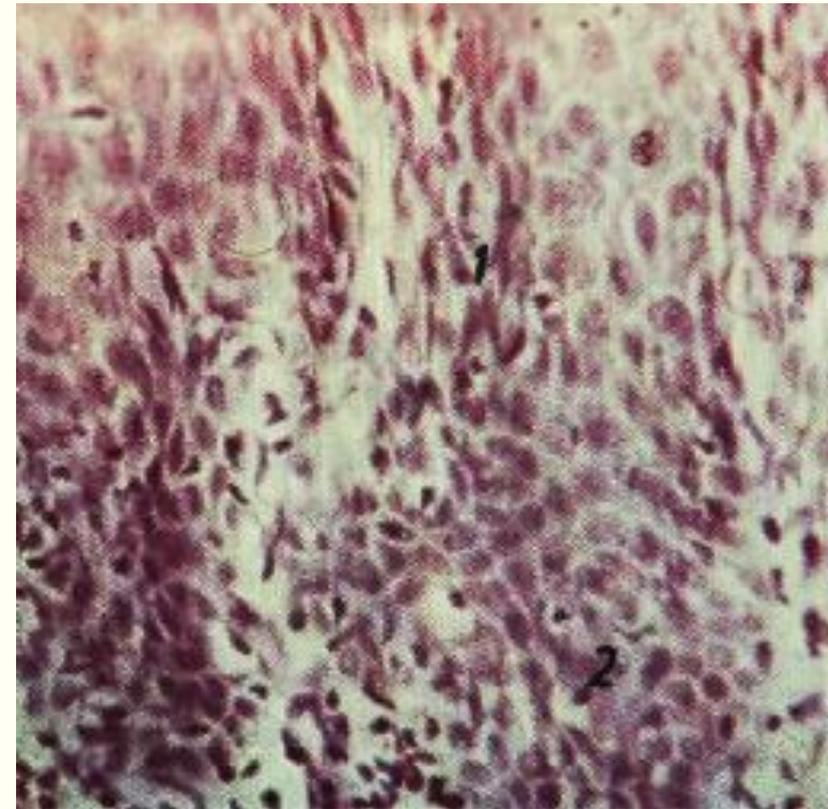
# Злокачественные новообразования слизистой оболочки полости рта и языка

---



Рак языка составляет 50% всех опухолей ротовой полости

- 
- 
- Среди злокачественных новообразований органов полости рта ведущее место - эпителиальные опухоли (раки). Реже встречаются саркомы (соединительнотканые опухоли) и меланомы. Описаны злокачественные опухоли, исходящие из эпителия малых слюнных и слизистых желез, локализующихся в различных отделах СОПР: небо, щеки, дно полости рта. Злокачественные опухоли СОПР эпителиального происхождения у большинства больных (90-95%) имеют строение плоскоклеточного ороговевающего рака.



1 — полиморфизм и дисконплексація клеток базального и шиповатого слоев; 2 — нарушение целостности базальной мембраны

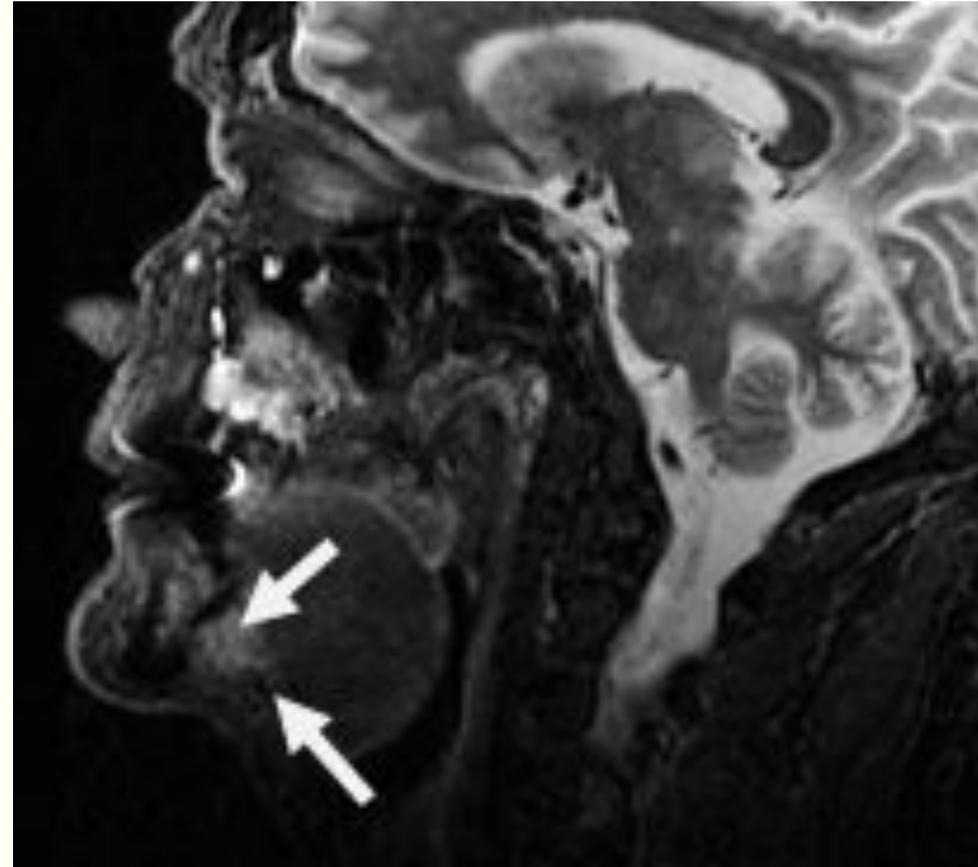
# МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЕ БОЛЬНЫХ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ СООПР И ЯЗЫКА

---



- **1. Обязательные диагностические мероприятия:** - пальпация регионарных лимфатических узлов; - осмотр и пальцевое исследование СОПР и языка; - УЗИ шеи; - рентгенологическое исследование органов грудной клетки; - рентгенография нижней челюсти (панорамная зонография); - морфологическое исследование (цитологическое исследование, биопсия опухоли); - общий анализ крови, определение группы и резус-фактора, анализ крови на RW, глюкоза крови, биохимический анализ крови, общий анализ мочи.

- 
- 
- **Дополнительные диагностические мероприятия:** - Рентгено - компьютерная томография (РКТ); - Магнитно-резонансная компьютерная томография (МРТ); - Ангиография; - Синусография

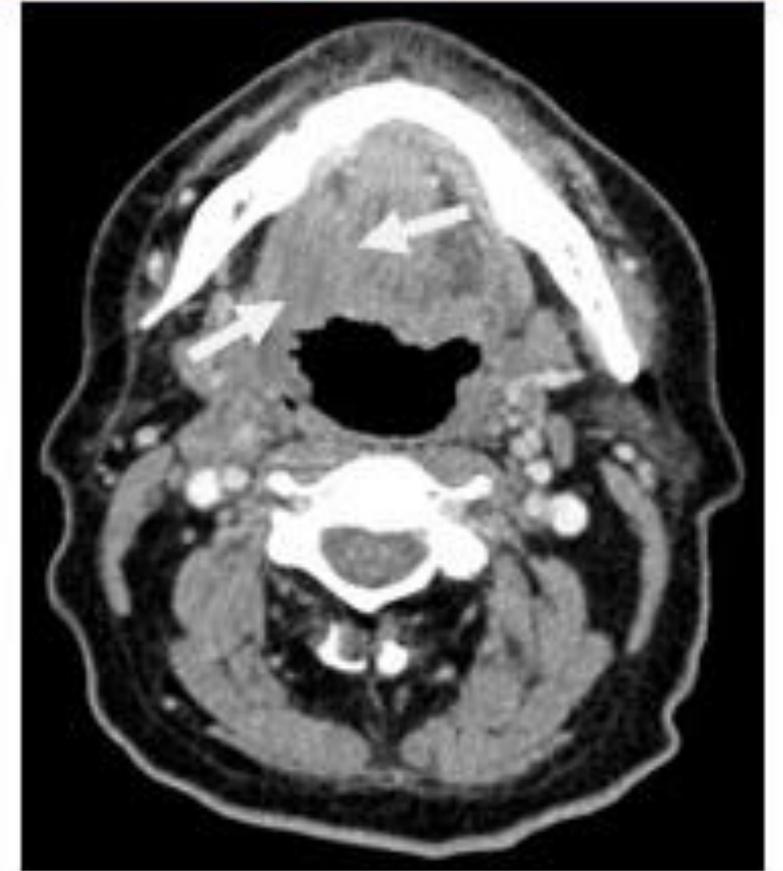


МРТ дна полости рта в сагиттальной проекции в режиме Т2-ВИ. Опухоль дна полости рта размерами 2,0x1,8 см с распространением на основание языка Т1N0M0 (стрелки). Границы опухоли четко визуализируются, структура однородная

# КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ЯЗЫКА И СООПР

---

- **РАК ЯЗЫКА: Рак корня языка.**
- Морфология: плоскоклеточный рак без ороговения (III степень злокачественности)
- его разновидность – лимфоэпителиома.
- Течение неблагоприятное.
- **Рак средних и передних отделов языка.**
- Морфология: плоскоклеточный рак с ороговением ( I и II степени злокачественности).
- Течение более благоприятное.



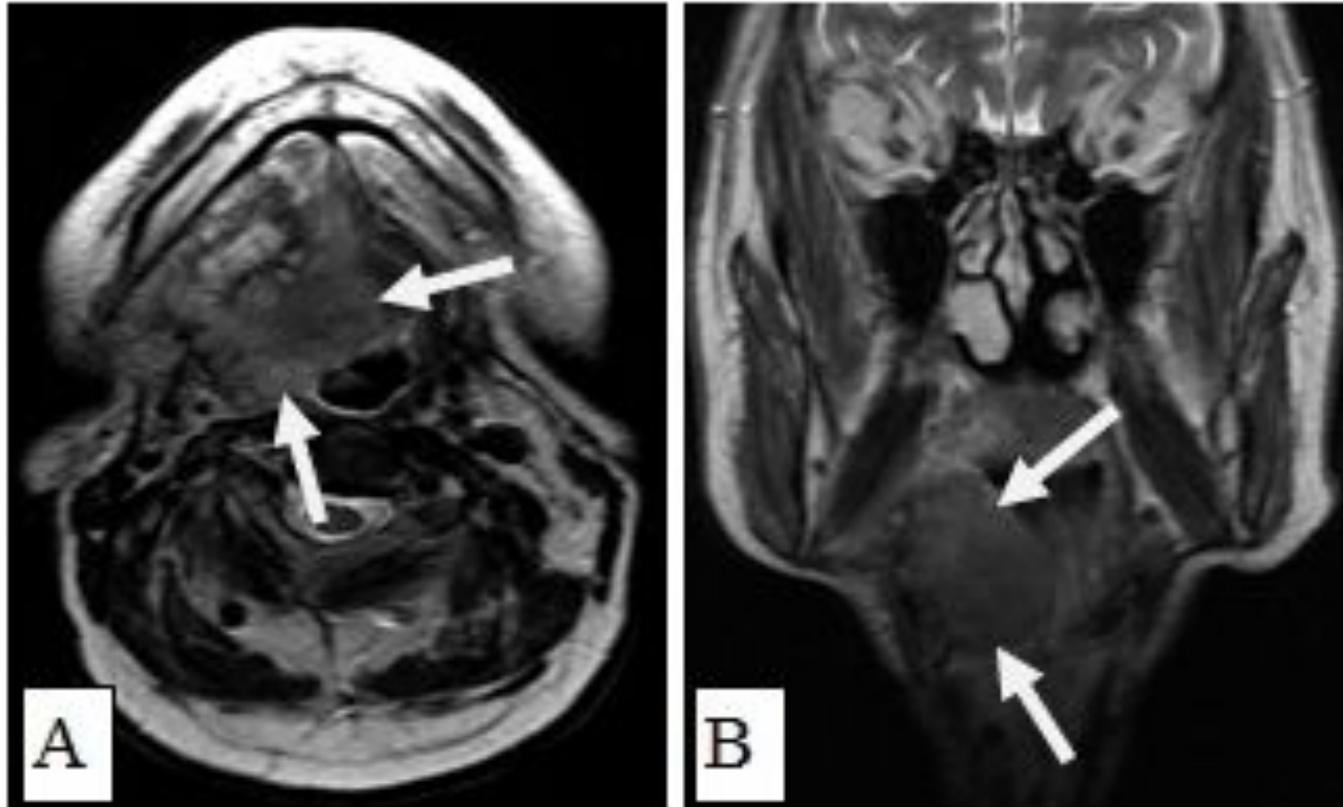
МСКТ полости рта, ротоглотки в аксиальной проекции с внутривенным болюсным контрастированием. В области корня языка и средней трети визуализируется опухолевый узел размерами 6,4х4,5 см без признаков некроза, с инфильтрацией жировых пространств справа (стрелки).



МРТ полости рта в сагиттальной проекции в режиме Т2-ВИ. Опухоль языка, высокая интенсивность сигнала на фоне окружающих мышц (стрелки)

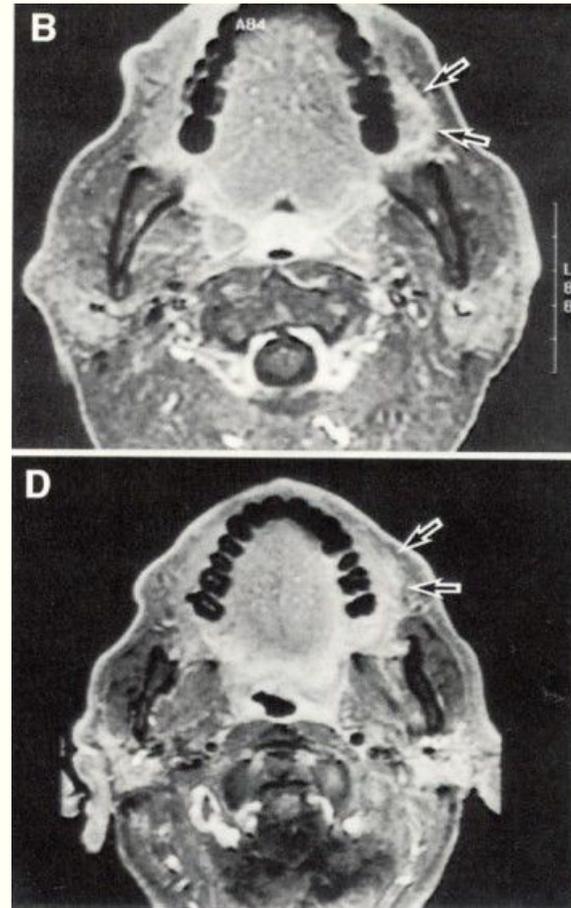


МРТ ротоглотки в сагиттальной проекции в режиме Т1-ВИ. Опухоль дна полости рта с переходом на нижнюю поверхность языка (стрелки)

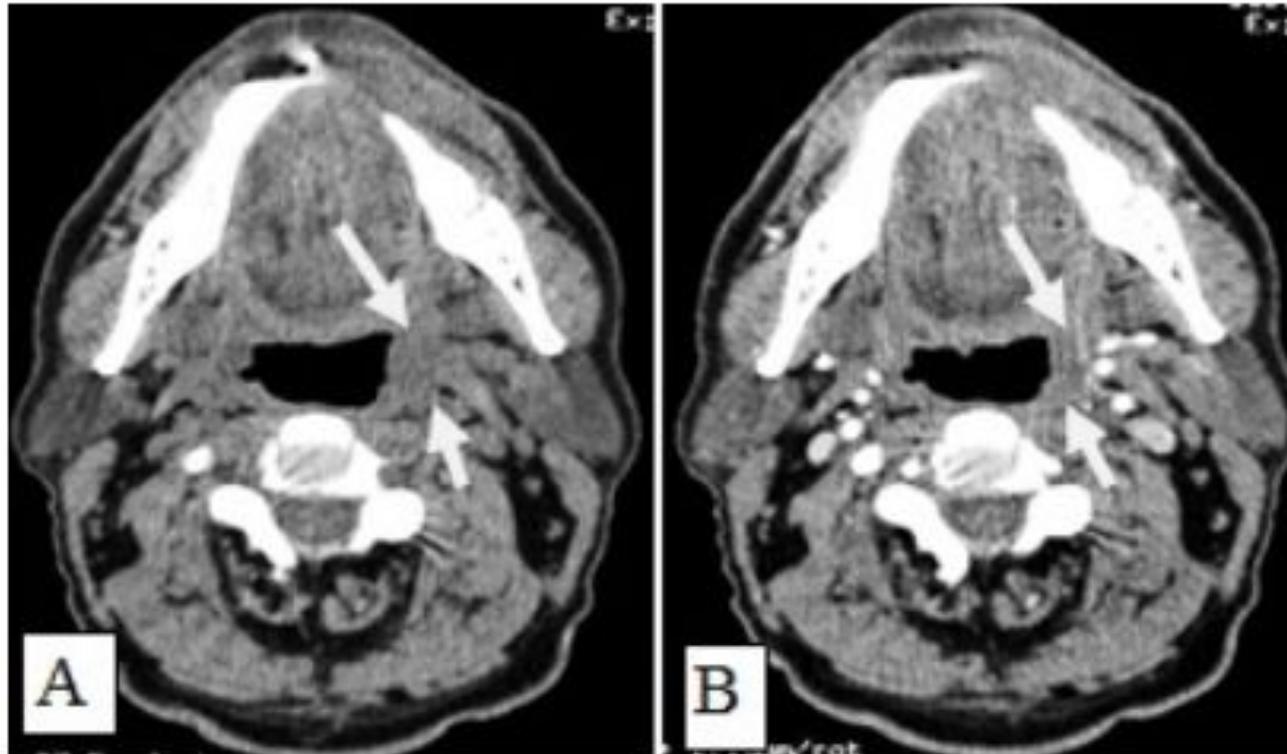


МРТ полости рта, ротоглотки в аксиальной проекции. Рецидив опухоли языка размерами 6,0х6,5 см с распространением на дно полости рта, правую боковую стенку ротоглотки (стрелки). Выявляется переход за среднюю линию; В. Тот же больной. МРТ полости рта, ротоглотки в коронарной проекции. Опухолевый узел показан стрелками. Просвет ротоглотки сужен, деформирован. Опухоль имеет низкий сигнал на T1-ВИ, аналогичный сигналу от окружающих мышц, при этом размеры опухолевого узла, его объемные характеристики позволяют четко отграничить от интактных тканей. Также отмечается структурная неоднородность патологического образования за счет некроза

- РАК СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЩЕК В начальной стадии злокачественную опухоль трудно отличить от банальной язвы. Характерная локализация – слизистая оболочка щек, в том числе по линии смыкания зубов, ретромолярная область, углы рта. Симптомы: боли при разговоре, приеме пищи, при глотании. Поражение дистальных отделов приводит к ограничению открывания рта, вследствие прорастания опухолью собственно жевательной или внутренней крыловидной мышцы.



МРТ полости рта, рак щеки (стрелками)



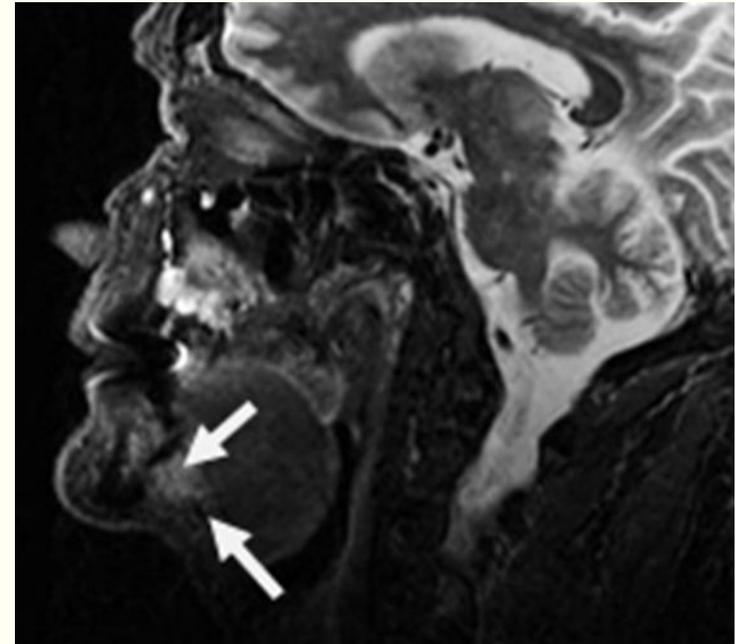
МСКТ ротоглотки в аксиальной проекции: А – нативное исследование, В - с внутривенным болюсным контрастированием. Небольшая инфильтративная опухоль ротоглотки (левой небной миндалины Т1 стадии). Границы опухоли не дифференцируются, накопление контраста слабое (показатели плотности в нативной фазе исследования 45 ед.Н, после внутривенного болюсного усиления – 56 ед.Н). Определяется смещение левой стенки ротоглотки, сглаженность контура (стрелки)

---

---

- **РАК ДНА ПОЛОСТИ РТА**

Преимущественно мужчины в возрасте 50-70 лет. Рак этой локализации составляет 10- 15% всех плоскоклеточных раков полости рта. Часто дно полости рта инфильтрируется вторично. Нередко распространение опухоли происходит паравазально по системе язычной артерии. Вначале больные отмечают опухоль, ощущаемую языком. При изъязвлении появляется гиперсаливация и боли, усиливающиеся при раз- говоре и приеме пищи. Возможны кровотечения. Иногда, как и при раке языка, первым признаком может быть метастатический узел на шее. При локализации в задних отделах слизистой оболочки дна полости рта язва имеет вид щели.



МРТ дна полости рта в сагиттальной проекции в режиме T2-ВИ. Опухоль дна полости рта размерами 2,0x1,8 см с распространением на основание языка T1N0M0 (стрелки). Границы опухоли четко визуализируются, структура однородная



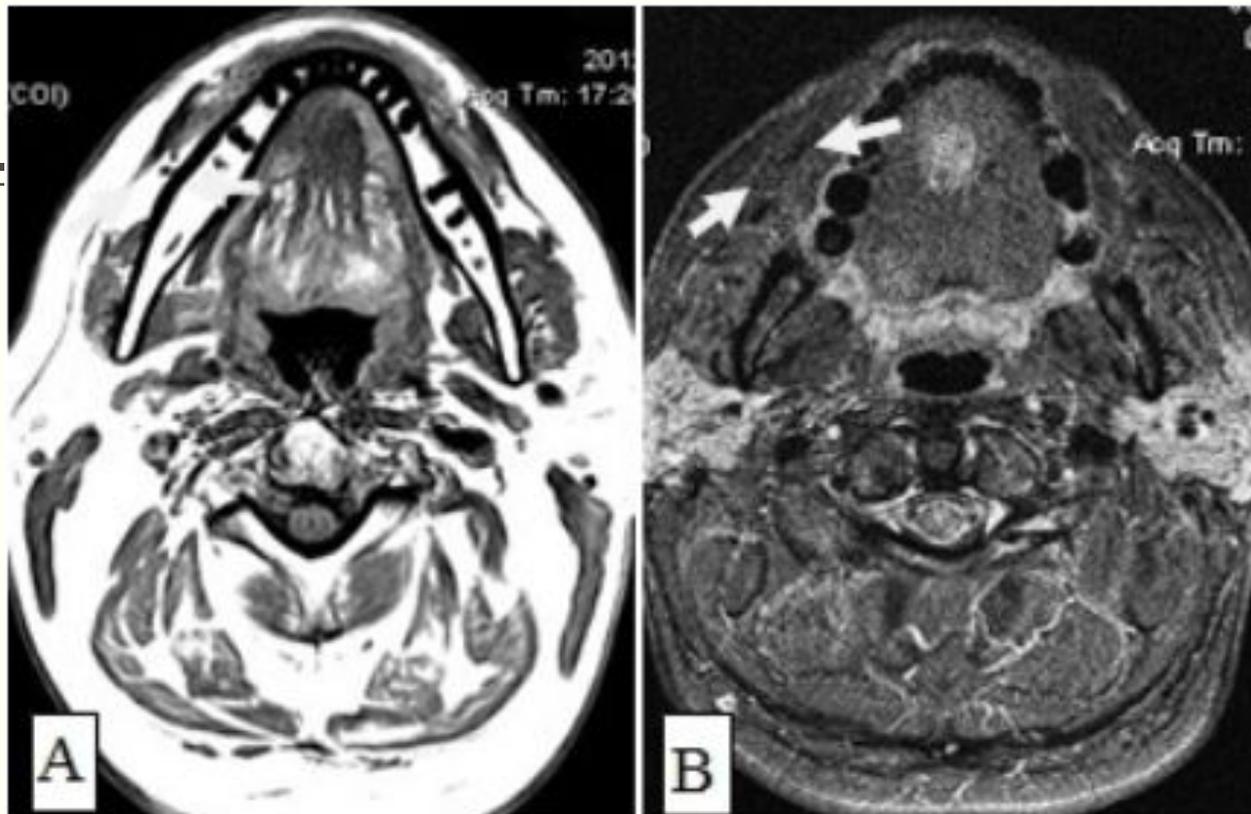
МСКТ полости рта с внутривенным болюсным контрастированием в аксиальной проекции. Опухоль передних отделов дна полости рта Т4 стадии. Выявляется опухолевое образование размерами 4,5 х3,5 см (стрелки) неоднородной структуры. Отмечается инвазия опухоли в нижнюю челюсть



МСКТ в аксиальной проекции с внутривенным болюсным контрастированием. Небольшая опухоль дна полости рта с переходом за среднюю линию (стрелки). Инфильтрация жировых пространств дна полости рта

- 
- 
- **РАК СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ АЛЬВЕОЛЯРНЫХ ОТРОСТКОВ ВЕРХНЕЙ И НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТЕЙ** Эти новообразования почти всегда имеют морфологическое строение плоскоклеточного рака. Проявляют они себя довольно рано, так как в процесс вовлекаются зубы и возникает зубная боль. По причине последнего нередко производится лечение и даже удаление зубов, что в свою очередь способствует распространению злокачественной опухоли в лунку зуба, а затем в кость. В начальный период опухоль локализована и кровоточит при легком прикосновении. Распространение в подлежащую костную ткань наступает через несколько месяцев и рассматривается как позднее проявление болезни. Регионарное метастазирование наблюдается рано и диагностируется у трети больных.

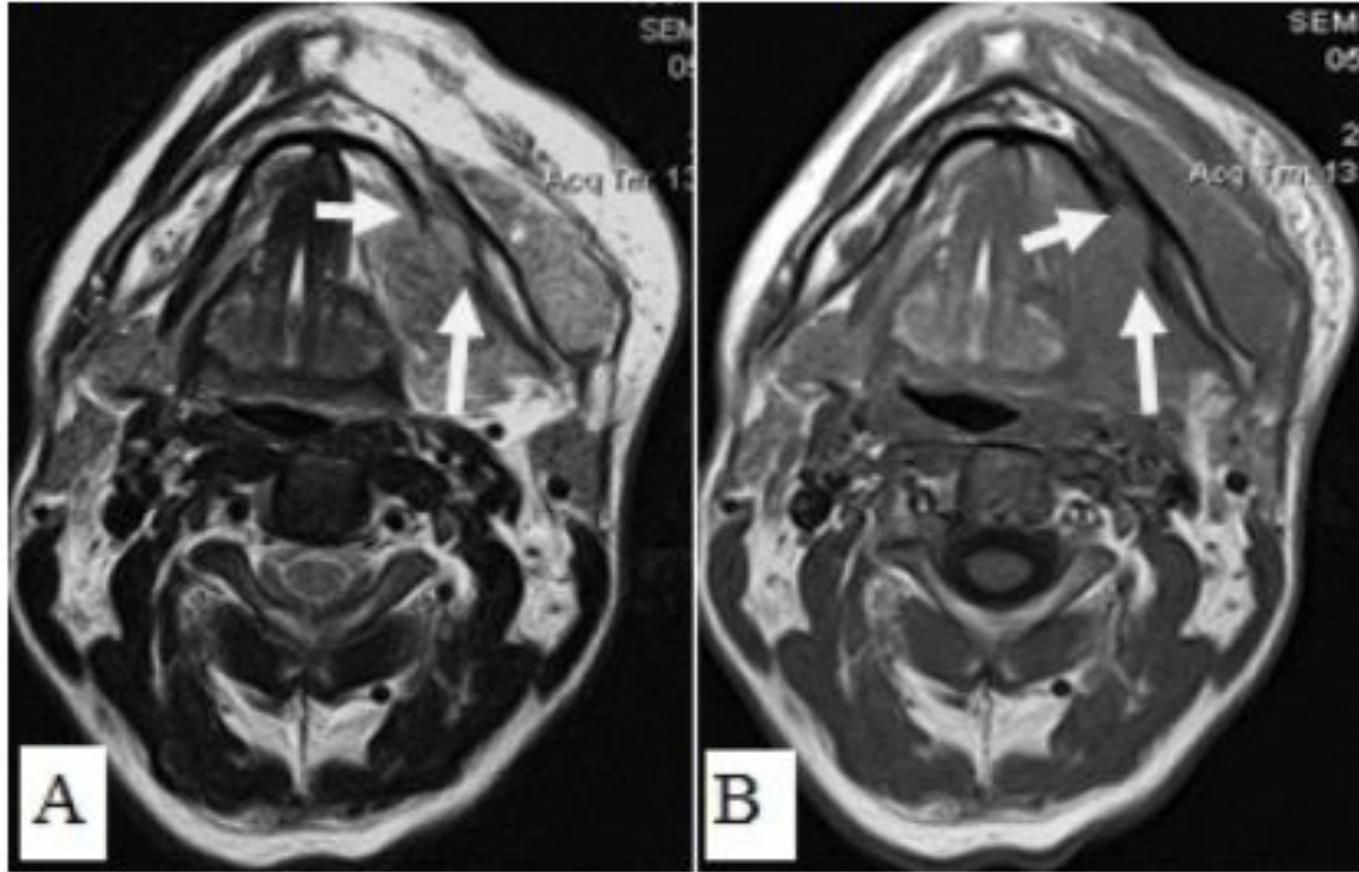




МРТ полости рта, ротоглотки в аксиальной проекции, T1-ВИ. Опухоль языка небольших размеров, границы визуализируются с трудом за счет перифокального отека (стрелки); В. Тот же пациент. МРТ в аксиальной проекции, T2 с подавлением сигнала от жировой ткани. Визуализируются границы опухолевого узла, размеры опухоли языка четко определяются (стрелки)

- 
- 
- **РАК СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ НЕБА** На твердом небе чаще развиваются злокачественные опухоли, исходящие из малых слюнных желез (аденокистозная карцинома – цилиндрома, адено- карцинома). Плоскоклеточный рак слизистой оболочки твердого неба развивается редко. Часто имеют место вторичные опухоли, в результате распространения рака верхней челюсти, носовой полости. На мягком небе новообразования, исходящие из малых слюнных желез наблюдаются редко, и абсолютное большинство опухолей составляет плоскоклеточный рак. Плоскоклеточный рак твердого неба быстро изъязвляется, вызывая неприятные ощущения или боли. Основная жалоба – наличие опухоли на твердом небе, т.к. новообразования, исходящие из малых слюнных желез, длительное время остаются инкапсулированными. По мере увеличения размеров опухоли, усиливается ее давление на слизистую оболочку, появляется участок изъязвления, присоединяется вторичная инфекция и возникает боль.





МРТ полости рта в аксиальной проекции в режиме T2-ВИ (А) и T1-ВИ (В). Рак дна полости рта с распространением на нижнюю челюсть, инфильтрацией мягких тканей щечной, подбородочной области слева. Выявляется деструкция кортикального слоя нижней челюсти слева, поражение костного мозга (стрелки)

# ОСОБЕННОСТИ РЕГИОНАРНОГО МЕТАСТАЗИРОВАНИЯ

- Рак СОПР рано метастазирует в **поверхностные и глубокие лимфатические узлы шеи**. Частота регионарного метастазирования от 40 до 76%. При раке среднебоковых поверхностей и кончика языка метастазирование происходит в **поднижнечелюстные, средние и глубокие шейные лимфатические узлы** (35-45% больных). Злокачественные опухоли задней трети языка метастазируют чаще и быстрее, чем передней, и метастазы локализуются чаще в **верхних глубоких шейных лимфатических узлах** (70-75%). При раке слизистой оболочки щеки, дна полости рта и альвеолярного отростка нижней челюсти метастазирование происходит чаще в **подчелюстные лимфатические узлы**. Реже в **подподбородочные лимфатические узлы**: при раке передних отделов указанных органов. Злокачественные опухоли задних отделов СОПР метастазируют в **средние и верхние яремные лимфатические узлы**. Из опухолей, располагающихся на язычной поверхности десен, метастазирование происходит еще в **позадиглоточные лимфатические узлы** недоступные для пальпации.

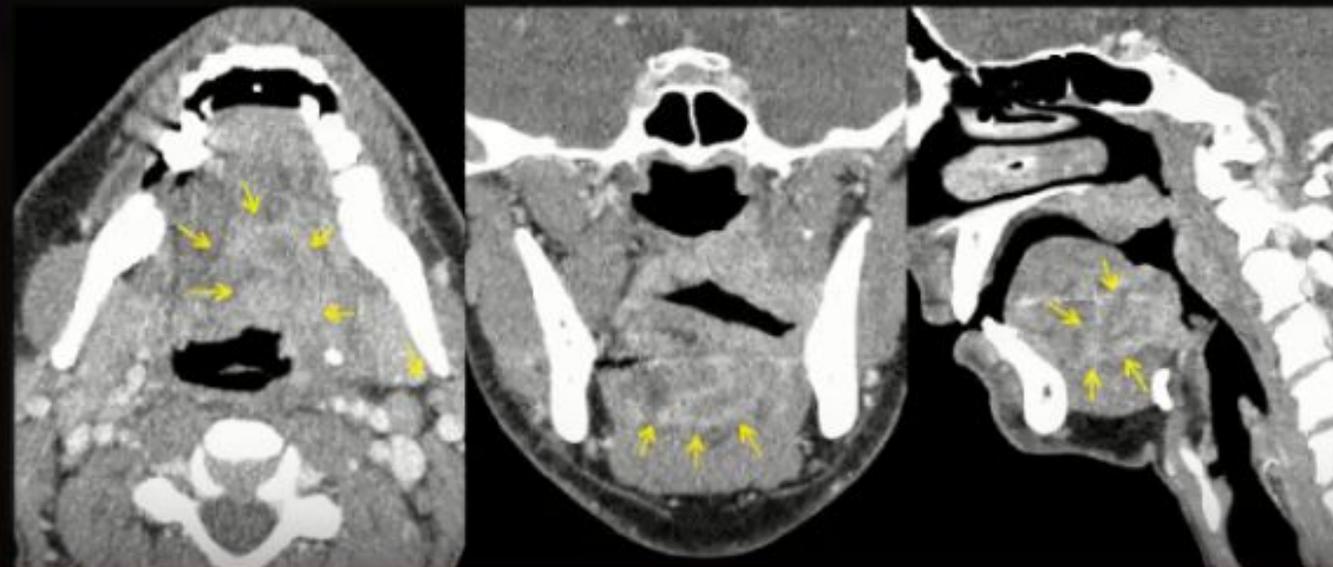


МСКТ ротоглотки, шеи в аксиальной проекции с внутривенным болюсным контрастированием. Рак языка с метастазами в лимфатические узлы средней яремной группы. Отмечается контрастирование пораженных лимфатических узлов по периферии, низкой плотности центральная зона некроза (стрелки). Билатеральное поражение

Ротоглотка

М, 44 лет, карцинома ротоглотки T4N0Mo

Рецидив после ЛТ, опухоль от трубного валика до подъязычной складки, с распространением на мягкое небо и корень языка

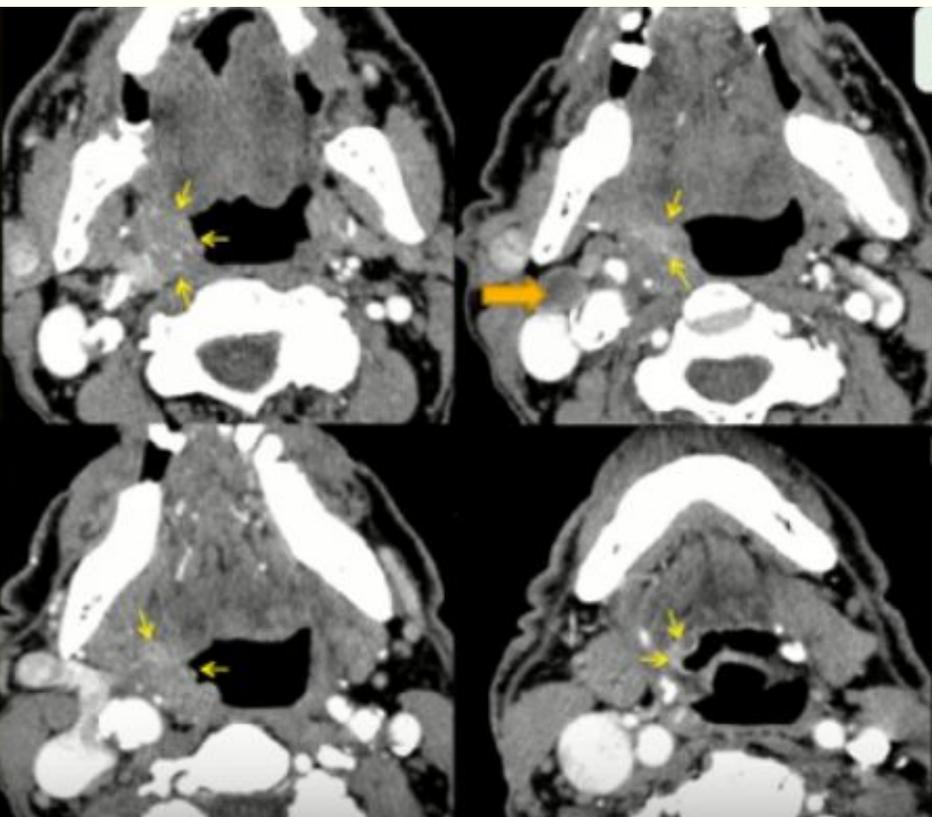


Ротоглотка

М, 65 лет,  
карцинома  
ротоглотки  
T3N2aMo

Поражены:  
правая  
миндалина,  
небная дужка,  
боковая стенка,  
правая  
валекула,

На уровень



# Дифференциальная диагностика

---

- Проводится с предраковыми заболеваниями, опухолями из малых слюнных желез (полиморфная аденома, мукоэпидермоидная опухоль и т.д.) специфическими (герпетический гингивостоматит, туберкулезная язва, распавшаяся гумма) и неспецифическими (появляется инфильтрат) воспалительными процессами.



Герпетический  
гингивостоматит

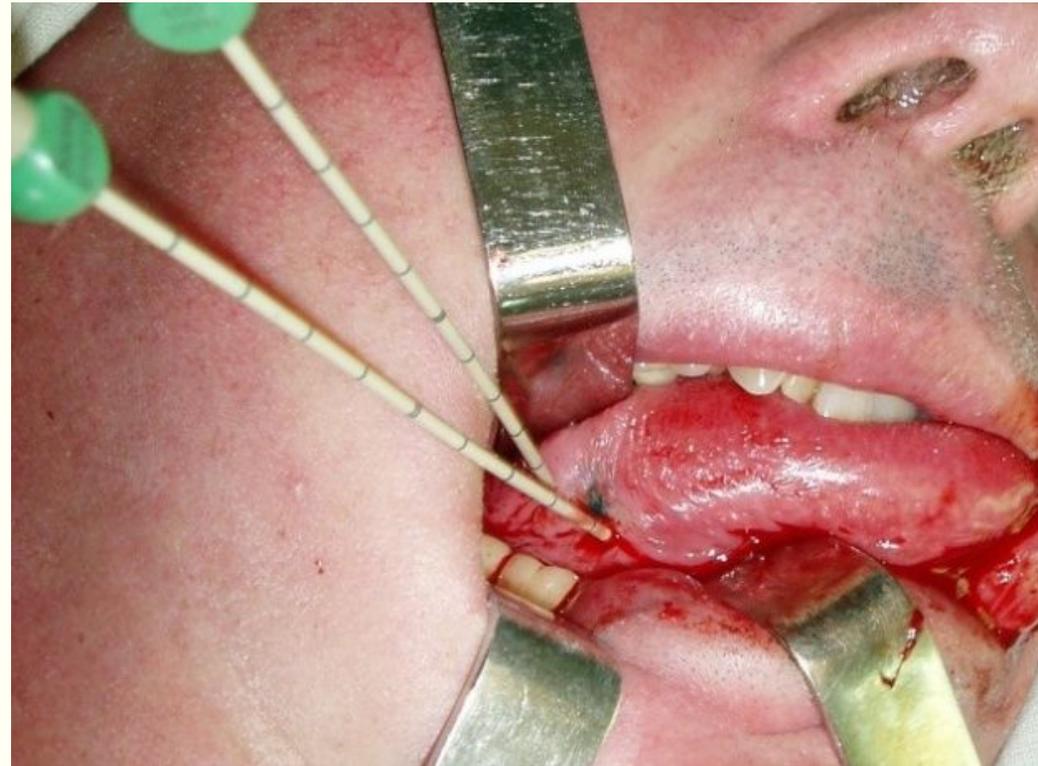


Туберкулезная  
язва языка

# Лечение

---

- В зависимости от стадии
- Лучевая терапия (СОД 50 Гр);
- Хирургический метод;
- Комбинированный



# Принципы лечения метастазов

---

- Отсутствует единый подход из-за сложности диагностики.
- Основной метод – хирургический (лимфаденэктомия), 4 вида:
  1. Операция Ванаха.
  2. Верхняя шейная эксцизия ( ВШЭ )
  3. Фасциально - футлярная эксцизия (ФФЭ )
  4. Операция Дж. Крайля.



## Ситуационная задача

---

- У пациента 56 лет, обратившегося к стоматологу, обнаружен в правой подчелюстной области плотный, ограниченно подвижный, увеличенный до 2 см, безболезненный лимфатический узел. При расспросе выяснено, что год назад пациенту проводили облучение в онкологическом диспансере (со слов пациента, под языком была небольшая язвочка). В настоящее время при осмотре слизистой оболочки полости рта патологии выявлено не было.
- **Вопросы**
  - • Поставьте предположительный диагноз.
  - • Определите тактику, если Вы:
    - - стоматолог-терапевт;
    - - стоматолог-хирург;
    - - онколог.

## Ответ

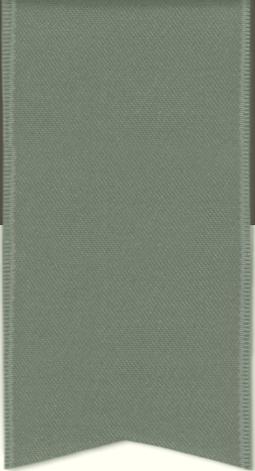
---

---

Метастазы рака слизистой оболочки полости рта в шейные лимфатические узлы.

Необходимы следующие меры:

- направить больного к онкологу;
- возможны УЗИ шейных лимфатических узлов, пункция лимфатического узла с целью цитологического исследования. При подтверждении метастаза направить больного к онкологу;
- Выполнить УЗИ шейных лимфатических узлов, рентгенологическое исследование органов грудной клетки, пункцию лимфатического узла подчелюстной области, при подтверждении метастаза рака - хирургическое лечение в объеме фасциально-фулярного иссечения клетчатки шеи справа.



СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!