

САРКОМА ЧЕЛЮСТЕЙ

КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА, ДИФФ ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ

ВЫПОЛНИЛА: СТУДЕНТКА 5 КУРСА 12 ГРУППЫ

НИКИТЕНКО Т.С.



САРКОМЫ — ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ МЕЗЕНХИМАЛЬНЫЕ ОПУХОЛИ.

ФОРМЫ САРКОМЫ ЧЕЛЮСТЕЙ

- 1. ФИБРОСАРКОМА;**
- 2. МИКСОСАРКОМА;**
- 3. ХОНДРОСАРКОМА;**
- 4. ОСТЕОГЕННАЯ САРКОМА;**

- 5. РЕТИКУЛОСАРКОМА;**
- 6. САРКОМА ЮИНГА;**
- 7. ГЕАНГИОЭНДОТЕЛИОМА;**
- 8. АНГАОСАРКОМА.**

ФИБРОСАРКОМА

- **РАЗВИВАЕТСЯ ИЗ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ. ФИБРОСАРКОМА ЧЕЛЮСТИ МОЖЕТ БЫТЬ ЦЕНТРАЛЬНОЙ И ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ. ПЕРИФЕРИЧЕСКИЕ ВОЗНИКАЮТ ИЗ НАДКОСТНИЦЫ. ОНИ РАСПОЛОЖЕНЫ ВНЕ КОСТИ И РАСТУТ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО В СТОРОНУ МЯГКИХ ТКАНЕЙ, ОКРУЖАЮЩИХ ЧЕЛЮСТЬ, ИЛИ В ПОЛОСТЬ РТА. ЦЕНТРАЛЬНЫЕ ВОЗНИКАЮТ В ТОЛЩЕ КОСТИ, ПО-ВИДИМОМУ, ИЗ СОЕДИНИТЕЛЬНОТКАННОЙ СТРОМЫ КОСТНОГО МОЗГА.**
- **ПЕРВЫМ ПРИЗНАКОМ ПЕРИОСТАЛЬНОЙ ФИБРОМЫ СЛУЖИТ ПОЯВЛЕНИЕ МЕДЛЕННО РАСТУЩЕЙ ОПУХОЛИ. В БОЛЕЕ ПОЗДНИХ СТАДИЯХ МОГУТ ПОЯВЛЯТЬСЯ НОЮЩИЕ, ТЯНУЩИЕ, СТРЕЛЯЮЩИЕ БОЛИ. НО БЫВАЮТ СЛУЧАИ, КОГДА, НАОБОРОТ, БОЛИ СЛУЖАТ ПЕРВЫМ СИМПТОМОМ.**

ФИБРОСАРКОМА

- **ПРИ РАЗВИТИИ ФИБРОСАРКОМЫ ИЗ ПЕРИОСТА В НАЧАЛЬНЫХ СТАДИЯХ НАБЛЮДАЕТСЯ НЕЗНАЧИТЕЛЬНОЕ ПОКРАСНЕНИЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ, ПОЯВЛЯЮТСЯ НЕПРИЯТНЫЕ ОЩУЩЕНИЯ ИЛИ НЕРЕЗКАЯ БОЛЕЗНЕННОСТЬ ПРИ ПАЛЬПАЦИИ ИЗМЕНЕННОГО УЧАСТКА. ПРИПУХЛОСТЬ ОТНОСИТЕЛЬНО МЕДЛЕННО, НО НЕУКЛОННО УВЕЛИЧИВАЕТСЯ, ДОСТИГАЯ ИНОГДА ДОВОЛЬНО БОЛЬШИХ РАЗМЕРОВ. ИЗМЕНЕНИЕ КОЖИ НАД ОПУХОЛЬЮ ЗАВИСИТ ОТ ЕЕ РАЗМЕРОВ. ПРИ МАЛЫХ ЕЕ РАЗМЕРАХ КОЖА НАД НЕЙ НЕ ИЗМЕНЕНА, ПРИ БОЛЬШИХ — НЕСКОЛЬКО ИСТОНЧЕНА, ПРИОБРЕТАЕТ БЛЕДНОВАТЫЙ СИНЮШНЫЙ ЦВЕТ. ОПУХОЛЬ НЕПОДВИЖНО СПЯНА С КОСТЬЮ, ИМЕЕТ ПЛОТНО-ЭЛАСТИЧЕСКУЮ КОНСИСТЕНЦИЮ, МАЛО БОЛЕЗНЕННА, С ГЛАДКОЙ, РЕЖЕ — КРУПНО-БУГРИСТОЙ ПОВЕРХНОСТЬЮ СЛИЗИСТАЯ ОБОЛОЧКА, ПОКРЫВАЮЩАЯ ОПУХОЛЬ, ИСТОНЧЕНА, БЛЕДНОВАТА ИЛИ БАГРОВО-СИНЮШНА. ПРИ БОЛЬШИХ РАЗМЕРАХ ОПУХОЛИ ОБНАРУЖИВАЮТСЯ УЧАСТКИ ИЗЪЯЗВЛЕНИЯ И ОПУХОЛЬ КРОВОТОЧИТ ОТ ЛЕГКОГО ПРИКОСНОВЕНИЯ. ПЕРЕХОДНАЯ СКЛАДКА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ РАЗМЕРОВ И РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ОПУХОЛИ СВОБОДНА ИЛИ СГЛАЖЕНА. НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ ПЕРИОСТАЛЬНЫХ ФИБРОСАРКОМ — БУГОР ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ.**

ФИБРОСАРКОМА

- **ЦЕНТРАЛЬНАЯ ФИБРОСАРКОМА ЧЕЛЮСТЕЙ В НАЧАЛЕ РАЗВИТИЯ ОБЫЧНО БЕССИМПТОМНА. К МОМЕНТУ ПОЯВЛЕНИЯ ВНЕШНЕ ЗАМЕТНОЙ ОПУХОЛИ КОСТИ ОПРЕДЕЛЯЮТСЯ УЖЕ ЗНАЧИТЕЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ. В ОДНИХ СЛУЧАЯХ ОНИ ИМЕЮТ ВИД ПЯТНИСТО-ОЧАГОВОЙ ПЕРЕСТРОЙКИ КОСТИ, В ДРУГИХ — ОДНОРОДНОГО, НЕЧЕТКО ОЧЕРЧЕННОГО ЛИТИЧЕСКОГО ОЧАГА. В ОТДЕЛЬНЫХ СЛУЧАЯХ ЗОНА ДЕСТРУКЦИИ МОЖЕТ ИМЕТЬ ДОВОЛЬНО ЯСНУЮ ГРАНИЦУ С КОСТНОЙ ТКАНЬЮ И НАПОМИНАТЬ ЛИТИЧЕСКУЮ ФОРМУ ОСТЕОБЛАСТОКЛАСТОМЫ. ПО МЕРЕ РОСТА ОПУХОЛИ ОНА С БОЛЬШЕЙ ИЛИ МЕНЬШЕЙ БЫСТРОТОЙ РАСПРОСТРАНЯЕТСЯ ПО КОСТИ. КОРТИКАЛЬНЫЙ СЛОЙ КОСТИ ИСТОНЧАЕТСЯ, А ЗАТЕМ ПРОРЫВАЕТСЯ И СНАРУЖИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ МЯГКАЯ, ПОСТЕПЕННО УВЕЛИЧИВАЮЩАЯСЯ ОПУХОЛЬ. В БОЛЕЕ ПОЗДНИХ СТАДИЯХ РАЗВИТИЯ ОПУХОЛИ, КАК ПЕРИОСТАЛЬНОЙ ТАК И ЦЕНТРАЛЬНОЙ, ПОЯВЛЯЕТСЯ ИНОГДА ЛЕГКО КРОВОТОЧАЩИЕ УЧАСТКИ ИЗЪЯЗВЛЕНИЯ, КОТОРЫЕ РАНЬШЕ ВСЕГО ВОЗНИКАЮТ НА ТРАВМИРОВАННЫХ МЕСТАХ ОПУХОЛИ. НА МЕСТЕ ПРИЛЕГАНИЯ ПЕРИОСТАЛЬНОЙ ФИБРОСАРКОМЫ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ДУГООБРАЗНЫЙ ДЕФЕКТ С ГЛАДКИМИ КРАЯМИ. ИНОГДА ОТМЕЧАЮТСЯ ШИЛОВИДНЫЕ ПЕРИОСТАЛЬНЫЕ НАСЛОЕНИЯ.**

МИКСОСАРКОМА

- **ЭТО НАИБОЛЕЕ РЕДКО ВСТРЕЧАЮЩАЯСЯ РАЗНОВИДНОСТЬ СОЕДИНИТЕЛЬНОТКАННЫХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ.**
- **КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ СХОДНЫ С ТАКОВЫМИ ПРИ ФИБРОСАРКОМЫ. ПРИ РАЗВИТИИ В ЧЕЛЮСТИ КАРТИНА ПОЛНОСТЬЮ НАПОМИНАЕТ ЦЕНТРАЛЬНУЮ ФОРМУ ФИБРОСАРКОМЫ, ПОЭТОМУ ТОЧНАЯ ДИАГНОСТИКА ВОЗМОЖНА ТОЛЬКО НА ОСНОВАНИИ ГИСТОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ОПУХОЛИ.**
- **РЕНГЕНОЛОГИЧЕСКИ, НАРЯДУ С КРУПНОЯЧЕИСТЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ С ТОНЧАЙШИМИ ПЕРЕГОРОДКАМИ КОСТИ ЧЕЛЮСТИ, ИНОГДА ОТМЕЧАЕТСЯ ПЕРИОСТАЛЬНАЯ РЕАКЦИЯ В ВИДЕ ТОНКИХ ИГЛ.**

ХОНДРОСАРКОМА

- **КЛИНИЧЕСКИ УСЛОВНО РАЗЛИЧАЮТ ДВЕ ФОРМЫ: ПЕРИФЕРИЧЕСКУЮ; • ЦЕНТРАЛЬНУЮ.**
- **ПЕРИФЕРИЧЕСКАЯ ФОРМА ЧАЩЕ РАЗВИВАЕТСЯ В ПЕРЕДНЕМ ОТДЕЛЕ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ. РАНО ВЫЯВЛЯЕТСЯ ДЕФОРМАЦИЯ ЧЕЛЮСТИ ЗА СЧЕТ БЫСТРОРАСТУЩЕЙ ОПУХОЛИ. ПАЛЬПАТОРНО ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПЛОТНАЯ, ОБЫЧНО БЕЗБОЛЕЗНЕННАЯ БУГРИСТАЯ ОПУХОЛЬ БЕЗ ЧЕТКИХ ГРАНИЦ ПЕРЕХОДА В КОСТЬ ЧЕЛЮСТИ.**
- **ЦЕНТРАЛЬНАЯ ФОРМА ВНАЧАЛЕ ПРОТЕКАЕТ БЕССИМПТОМНО, ИНОГДА МОГУТ ОТМЕЧАТЬСЯ БОЛИ РАЗЛИЧНОГО ХАРАКТЕРА И НЕБОЛЬШОЙ ИНТЕНСИВНОСТИ. В ПОСЛЕДУЮЩЕМ РАЗМЕРЫ КОСТИ ЧЕЛЮСТИ УВЕЛИЧИВАЮТСЯ, ЧЕТКИХ ГРАНИЦ НЕТ. ПОВЕРХНОСТЬ ПЛОТНАЯ, НЕРОВНАЯ, МЕСТАМИ МОГУТ ОПРЕДЕЛЯТЬСЯ ОЧАГА НЕБОЛЬШОГО РАЗМЯГЧЕНИЯ (ХОНДРОМИКСОСАРКОМА). ДАЛЬНЕЙШЕЕ ТЕЧЕНИЕ НЕ ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ ТЕЧЕНИЯ ОСТЕОГЕННОЙ САРКОМЫ.**
- **НА РЕНТГЕНОГРАММАХ ЦЕНТРАЛЬНЫЕ ХОНДРОСАРКОМЫ ДАЮТ ОЧАГИ ПРОСВЕТЛЕНИЯ С ОТНОСИТЕЛЬНО ЧЕТКИМ КОНТУРАМИ. ОТЛИЧИТЕЛЬНЫМ ПРИЗНАКОМ ЭТИХ ОПУХОЛЕЙ В РЕНТГЕНОВСКОМ ИЗОБРАЖЕНИИ СЛУЖИТ НАЛИЧИЕ ОЧАГОВЫХ ТЕНЕЙ ОТ ВКРАПЛЕНИЯ ИЗВЕСТИ. ПЕРИФЕРИЧЕСКИЕ ХОНДРОСАРКОМЫ НА РЕНТГЕНОВСКИХ СНИМКАХ ОПРЕДЕЛЯЮТСЯ В ВИДЕ НЕЧЕТКО ОЧЕРЧЕННОЙ УЗЛОВАТОЙ ТЕНИ С ИНТЕНСИВНОЙ ОБЕЗЫШТВЛЕНИЕМ. ПРИЛЕЖАЮЩАЯ ПОВЕРХНОСТЬ КОСТИ ЧЕЛЮСТИ ЭРОЗИРОВАНА, А ИНОГДА СКЛЕРОЗИРОВАНА. НАБЛЮДАЮТСЯ РЕАКТИВНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ СО СТОРОНЫ НАДКОСТНИЦЫ В ВИДЕ СПИКУЛООБРАЗНЫХ НАСЛОЕНИЙ.**

САРКОМА ЮИНГА

- **ОПУХОЛЬ ЮИНГА ОБНАРУЖИВАЕТСЯ ИСКЛЮЧИТЕЛЬНО В МОЛОДОМ ВОЗРАСТЕ ОТ 4-25 ЛЕТ, ЧАЩЕ В ВОЗРАСТЕ 10-15 ЛЕТ.**
- **ЗАБОЛЕВАНИЕ МОЖЕТ НАЧИНАТЬСЯ С ПРИСТУПА НОЮЩИХ, ТУПЫХ БОЛЕЙ В ПОРАЖЕННОЙ ОБЛАСТИ, ОЩУЩЕНИЯ ЖЖЕНИЯ И ЖАРА, К КОТОРЫМ ПРИСОЕДИНЯЕТСЯ РАСШАТЫВАЕМОСТЬ ЗУБОВ, ПРИПУХЛОСТЬ МЯГКИХ ТКАНЕЙ, ОКРУЖАЮЩЕЙ ЧЕЛЮСТЬ, ПОВЫШЕНИЕ ТЕМПЕРАТУРЫ ДО 39-40°. У ЭТИХ БОЛЬНЫХ ВРЕМЕНАМИ НАРЯДУ С ОБЩИМ НЕДОМОГАНИЕМ И НАРАСТАЮЩЕЙ СЛАБОСТЬЮ ОТМЕЧАЕТСЯ ЛИХОРАДОЧНОЕ СОСТОЯНИЕ. В КРОВИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ЛЕЙКОЦИТОЗ, УСКОРЕННОЕ СОЗ, ИНОГДА И ВТОРИЧНАЯ АНЕМИЯ.**
- **КОЖА И СЛИЗИСТАЯ ОБОЛОЧКА, ПОКРЫВАЮЩАЯ ОПУХОЛЬ, УМЕРЕННО ГИПЕРЕ-МИРОВАНА, НАПРЯЖЕНЫ, ИНОГДА ОБНАРУЖИВАЕТСЯ ДАЖЕ НЕЧТО ПОХОЖЕЕ НА ФЛЮКТУАЦИЮ. ПО ИСТЕЧЕНИИ НЕКОТОРОГО ВРЕМЕНИ БОЛИ СТИХАЮТ ИЛИ ДАЖЕ ПОЛНОСТЬЮ ИСЧЕЗАЮТ, ПРИПУХЛОСТЬ СТАНОВИТСЯ МЕНЕЕ ВЫРАЖЕННОЙ, ПОДВИЖНОСТЬ ЗУБОВГ НЕСКОЛЬКО УМЕНЬШАЕТСЯ. НО ЗАТЕМ БОЛЕЗНЬ ОБОСТРЯЕТСЯ С НОВОЙ СИЛОЙ. РАЗМЕРЫ ОПУХОЛИ ТО УВЕЛИЧИВАЮТСЯ, ТО УМЕНЬШАЮТСЯ. ТАКИМ ОБРАЗОМ, КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ВНАЧАЛЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ НАПОМИНАЕТ КАРТИНУ ОСТРОГО ИЛИ ПОДОСТРОГО ОДОНТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА.**
- **НА РЕНТГЕНОГРАММЕ САРКОМА ЮИНГА ПРОЯВЛЯЕТСЯ В ВИДЕ НЕХАРАКТЕРНЫХ ДЕСТРУКТИВНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ, КОТОРЫЕ МОГУТ НАБЛЮДАТЬСЯ И ПРИ ДРУГИХ НОВО ОБРАЗОВАНИЯХ**

РЕТИКУЛЯРНАЯ САРКОМА

- **РЕТИКУЛЯРНАЯ САРКОМА РАЗВИВАЕТСЯ ИЗ РЕТИКУЛЯРНОЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ КОСТНОГО МОЗГА И СОСТОИТ ИЗ СКОПЛЕНИЯ КЛЕТОК. ОТ САРКОМЫ ЮИНГА ОНА ОТЛИЧАЕТСЯ БОЛЕЕ КРУПНЫМИ РАЗМЕРАМИ КЛЕТОК, НАЛИЧИЕМ НЕЖНОЙ СЕТИ РЕТИКУЛИНОВЫХ ВОЛОКОН. ОБЩЕЕ СОСТОЯНИЕ БОЛЬНЫХ ДАЖЕ ПРИ ОПУХОЛЯХ ДОСТИГАЮЩИХ БОЛЬШИХ И ВЫЗВАВШИХ ЗНАЧИТЕЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ В КОСТИ РАЗМЕРАХ ОСТАЕТСЯ УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНЫМ. ТАКОЕ НЕСООТВЕТСТВИЕ МЕЖДУ СОСТОЯНИЕМ БОЛЬНОГО И НАЛИЧИЕМ БОЛЬШОЙ ОПУХОЛИ С ИЗМЕНЕНИЯМИ КОСТНОЙ ТКАНИ > СЧИТАЕТСЯ ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ РЕТИКУЛЯРНОЙ САРКОМЫ.**
- **РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА МНОГООБРАЗНА. ЧАЩЕ ВСЕГО ОТМЕЧАЕТСЯ НАЛИЧИЕ МНОЖЕСТВЕННЫХ ОЧАГОВ ДЕСТРУКЦИИ, ЧТО НАПОМИНАЕТ ТКАНЬ, ИЗЪЕДЕННУЮ МОЛЮЮ.**

ГЕМАНГИОЭНДОТЕЛИОМА

- **ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ НАЛИЧИЕМ В ОПУХОЛИ ОТНОСИТЕЛЬНО БОЛЬШОГО ЧИСЛА РАЗЛИЧНОГО РАЗМЕРА СОСУДИСТЫХ ПОЛОСТЕЙ, НАПОЛНЕННЫХ КРОВЬЮ И ВЫСТЛАННЫХ РАЗРАСТАЮЩИМСЯ ЭНДОТЕЛИЕМ. ТИПИЧНЫМ ЯВЛЯЮТСЯ БЫСТРЫЙ РОСТ, БАГРОВО-СИНЮШНАЯ ОКРАСКА, САМОПРОИЗВОЛЬНЫЕ БОЛИ, НЕРЕДКО НАБЛЮДАЕТСЯ ПУЛЬСАЦИЯ НОВООБРАЗОВАНИЯ, ВЫРАЖЕН СИМПТОМ СЖАТИЯ И НАПОЛНЕНИЯ. НО МОГУТ ВСТРЕЧАТЬСЯ ПЛОТНЫЕ БУГРИСТЫЕ ОПУХОЛИ, В КОТОРЫХ ПОСЛЕДНИЕ СИМПТОМЫ ОТСУТСТВУЮТ.**
- **ГЕМАИГИОЭНДОТЕЛИОМА ЧЕЛЮСТИ ДАЕТ МАЛОХАРАКТЕРНЫЕ СТРУКТУРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ В КОСТИ, ВЫЯВЛЯЕМЫЕ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИ. КРАЯ ДЕФЕКТА ОБЫЧНО НЕРОВНЫЕ, КАК БЫ ИЗЪЕДЕНЫ. КОРНИ ЗУБОВ, ЛИШЕННЫЕ КОСТНОЙ ОСНОВЫ, ПРОЕЦИРУЮТСЯ НА ФОНЕ ДЕФЕКТА.**

АНГИОСАРКОМА

- **ЧАЩЕ КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА НАПОМИНАЕТ ГЕАНГАОЭНДОТЕЛИОМУ С ВЫРАЖЕННЫМ АНГИОМАТОЗОМ, ЧТО ПРИДАЕТ ОПУХОЛИ ХАРАКТЕРНУЮ ОКРАСКУ. АНГИО-САРКОМЫ СКЛОННЫ К ИЗЪЯЗВЛЕНИЯМ, ОСОБЕННО ПОСЛЕ ТРАВМЫ, ЧАСТО ОТМЕЧАЕТСЯ КРОВОТЕЧЕНИЕ ИЗ ЯЗВЕННОЙ ПОВЕРХНОСТИ, КОТОРОЕ, ОДНАКО, РЕДКО БЫВАЕТ ОБИЛЬНЫМ. ИДЕАЛЬНЫМ С 'ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТОЧКИ ЗРЕНИЯ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ГЕАНГИОМ ЯВЛЯЕТСЯ ПОЛНОЕ УДАЛЕНИЕ ВСЕХ ЭЛЕМЕНТОВ ОПУХОЛИ.**

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

- **ХОНДРОМУ СЛЕДУЕТ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С ОСТЕОГЕННОЙ САРКОМОЙ, ХОНДРОМОЙ, ФИБРОМОЙ;**
- **САРКОМУ ЮИНГА — С ОСТРЫМ ОДОНТОГЕННЫМ ОСТЕОМИЕЛИТОМ, ОСТЕОГЕННОЙ САРКОМОЙ;**
- **РЕТИКУЛЯРНУЮ САРКОМУ — С САРКОМОЙ ЮИНГА, ОСТЕОГЕННОЙ САРКОМОЙ, ОСТЕОБЛАСТОКЛАСТОМОЙ, ОСТЕОМИЕЛИТОМ ЧЕЛЮСТИ**

ЛЕЧЕНИЕ

- **СЛОЖНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ СВЯЗАНА СО: СЛОЖНОСТЬЮ АНАТОМИЧЕСКОГО СТРОЕНИЯ; БЛИЗОСТЬЮ К ЖИЗНЕННО-ВАЖНЫМ ОРГАНАМ; ЗАПУЩЕННОСТЬЮ ОПУХОЛЕВОГО ПРОЦЕССА; ОПАСНОСТЬЮ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ И ЭСТЕТИЧЕСКИХ ДЕФЕКТОВ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ.**
- **ПРИ ХОНДРО-, ОСТЕОГЕННЫХ И НЕЙРОГЕННЫХ САРКОМАХ, А ТАКЖЕ ПРИ ФИБРОСАРКОМАХ ПЕРВОСТЕПЕННОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПРИОБРЕТАЕТ ХИРУРГИЧЕСКОЕ УДАЛЕНИЕ ОПУХОЛИ. ЛУЧЕВАЯ И ХИМИОТЕРАПИЯ В ТАКИХ СЛУЧАЯХ ИГРАЮТ ВСПОМОГАТЕЛЬНУЮ РОЛЬ И ПРОВОДЯТСЯ ДЛЯ СНИЖЕНИЯ БИОЛОГИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ ОПУХОЛЕВЫХ ЭЛЕМЕНТОВ ПЕРЕД РАДИКАЛЬНОЙ ОПЕРАЦИЕЙ ИЛИ С ПАЛЛИАТИВНОЙ ЦЕЛЬЮ, КОГДА РАДИКАЛЬНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО ПО РЯДУ ПРИЧИН НЕ МОЖЕТ БЫТЬ ОСУЩЕСТВЛЕНО.**
- **ПРОГНОЗ ПРИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЯХ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ НЕБЛАГОПРИЯТНЫЙ. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОБЕСПЕЧИВАЕТ 5-ЛЕТНЮЮ ВЫЖИВАЕМОСТЬ ТОЛЬКО В 18-35% СЛУЧАЕВ, КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ - В 49% РЕЦИДИВЫ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПОСЛЕ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ ВОЗНИКАЮТ У 30-60% БОЛЬНЫХ.**