

Онкологические заболевания полости рта

Существует 2 типа рака челюсти:

- **Первичный** – тип опухоли, который диагностирован именно в челюстной кости. К таким опухолям относят: остеосаркому, гигантоклеточную злокачественную опухоль, саркому Юинга.
- **Вторичный** – тип опухоли, который диагностирована, как метастатический, то есть опухоль распространилась на кости челюсти посредством метастазирования из другого органа. Наиболее чаще метастазы в челюсть дают опухоли головы и шеи.

По распространенности опухоли различают следующие стадии рака нижней челюсти:

- T1 – злокачественное новообразование локализуется в пределах одной анатомической области;
- T2 – рак нижней челюсти распространяется на два смежных участка;
- T3 – опухоль выходит за пределы двух анатомических областей;
- T4 – в опухолевый процесс вовлекается весь орган.

Поражение регионарных лимфатических узлов

- N0-региональные узлы не пальпируются;
- N1-опред.смещаемые узлы на стороне поражения;
- N2-смещаемые узлы на противоположной стороне/двусторон.;
- N3-несмещаемые узлы

Отдаленные метастазы:

- M0-нет
- M1-определяются

TNM

□ I стадия – T1N0M0

□ II стадия- T2N0M0

□ III стадия- T3N0M0; T1-3N1M0

□ IV стадия- T4N0N1M0, любая TN2N3M0,
любая T,любая NM1; TxNxMx-
недостаточность клинических данных

Электроодонтодиагностика

Рентгенодиагностика

□ Рентгенографию лицевого скелета проводят при локализации патологического процесса в области челюстных и лицевых костей.

Методы рентгенографии:

- ✓ Обзорная (в прямой, боковой, аксиальной проекциях);
- ✓ Панорамная;
- ✓ Ортопантограмма ;
- ✓ Внутриротовая (прицельная в прикус);
 - ✓ Определяют изменения формы и контура костного органа и характер деструкции костной ткани: очаговый, диффузный, остеопароз, остеосклероз, лизис; четкость границ; наличие спикул, структур «матовое стекло», «ватный рисунок», периостальные реакции; форму очага деструкции (округлая, овальная, дырчатая, фестончатая), его размеры, единичные/мн. очаги деструкции

Томография

- Применяют для определения глубины и послойной структуры поражения костной ткани, что позволяет прогнозировать результаты лечения

Контрастная рентгенография

- Введение контрастных веществ (йодолипол, барий, кадиотраст, ангиотраст) в верхнечелюстную пазуху - гайморография, кистозные полости - цистография, слюнные железы - сиалогграфия, сосуды и сосудистые новообразования - ангиография, используют для уточнения распространенности процесса и выявления границ в зависимости от вида заполнения контрастной массой полостей, протоков, сосудов.

Рак нижней челюсти

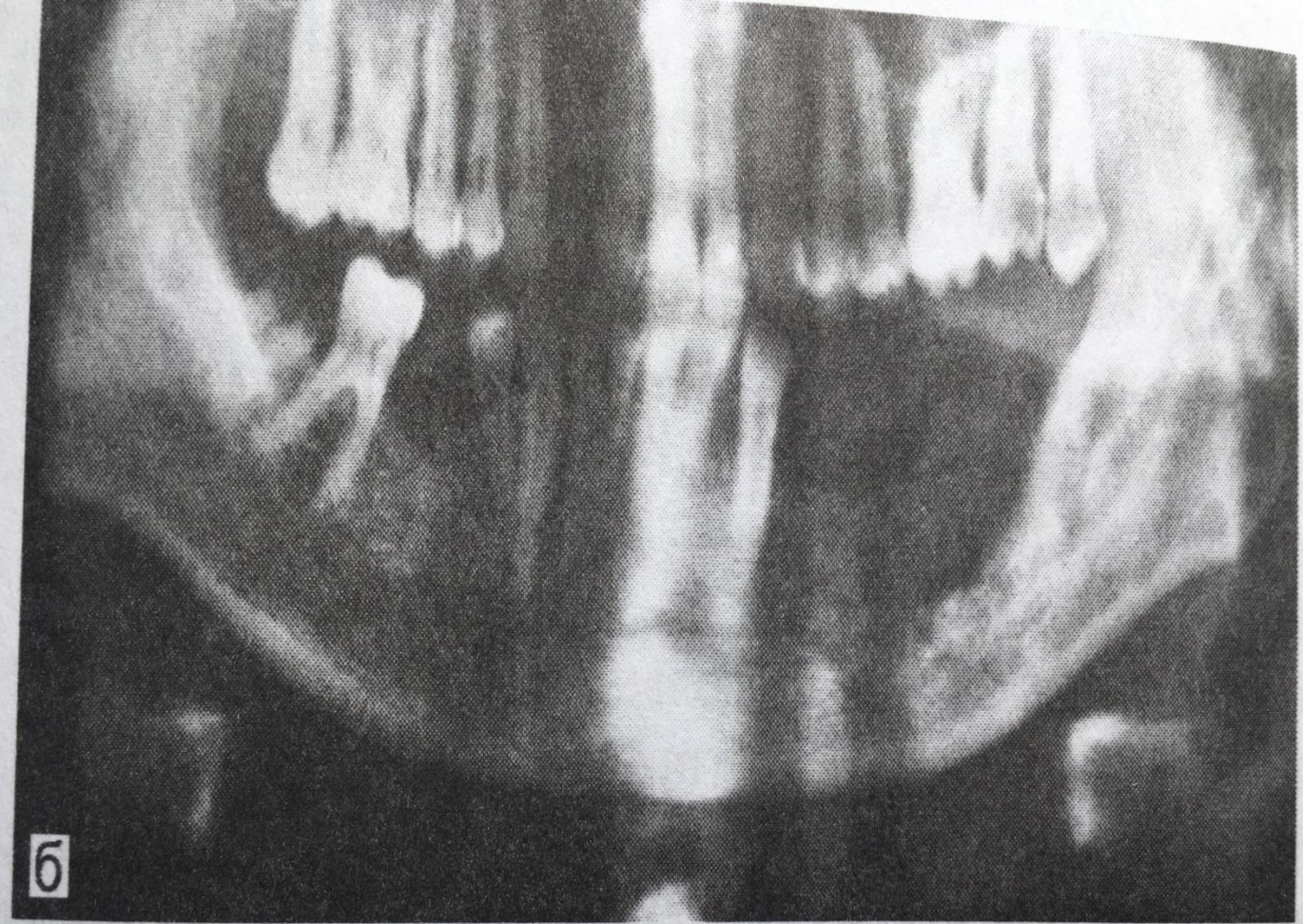
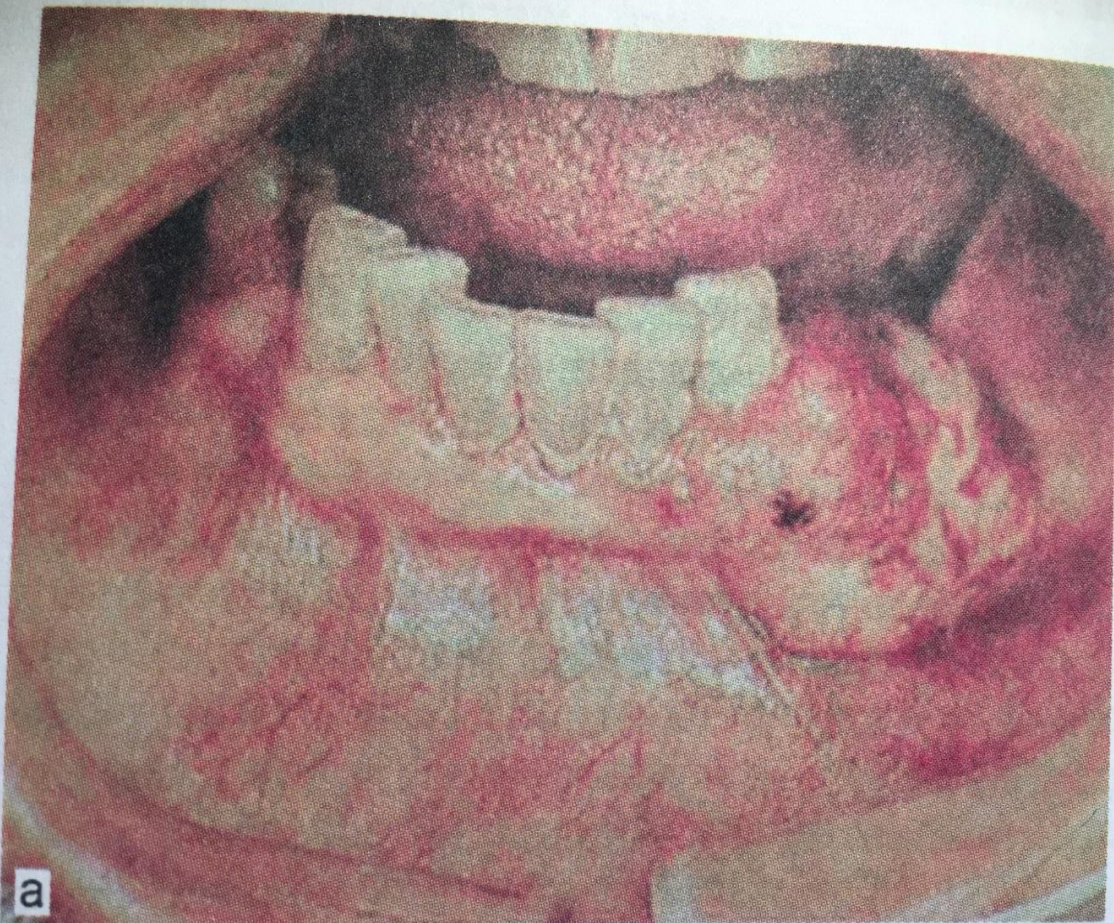
- возникает чаще вторично в результате прорастания рака слизистой оболочки альвеолярной части и органов полости рта в кость.

Клиника:

- Боли;
- Зубы в пределах опухоли подвижны;
- Дном язвы служит шероховатая узурированная кость серого цвета;
- Вовлечение сосудисто-нервного пучка челюсти и появляется парестезия соответствующей половины нижней губы;
- При прорастании окружающих мягких тканей возникает ограничение открывания рта;
- Боль при глотании;
- Метастазирование в регионарные лимфатические узлы

Диагностика:

- На рентгенограмме отмечается деструкция костной ткани в виде разрежения без четких границ, по типу «тающего сахара». Периостальная реакция отсутствует.
- КТ позволяет более точно определить глубину поражения костно-мозгового канала.
- СКТ в трехмерной проекции указывает на топографо-анатомические взаимоотношения опухоли.



а- Рак альвеолярной части;
б- Ортопантограмма: разрежение костной ткани в области альвеолярной части слева.

Рак верхней челюсти

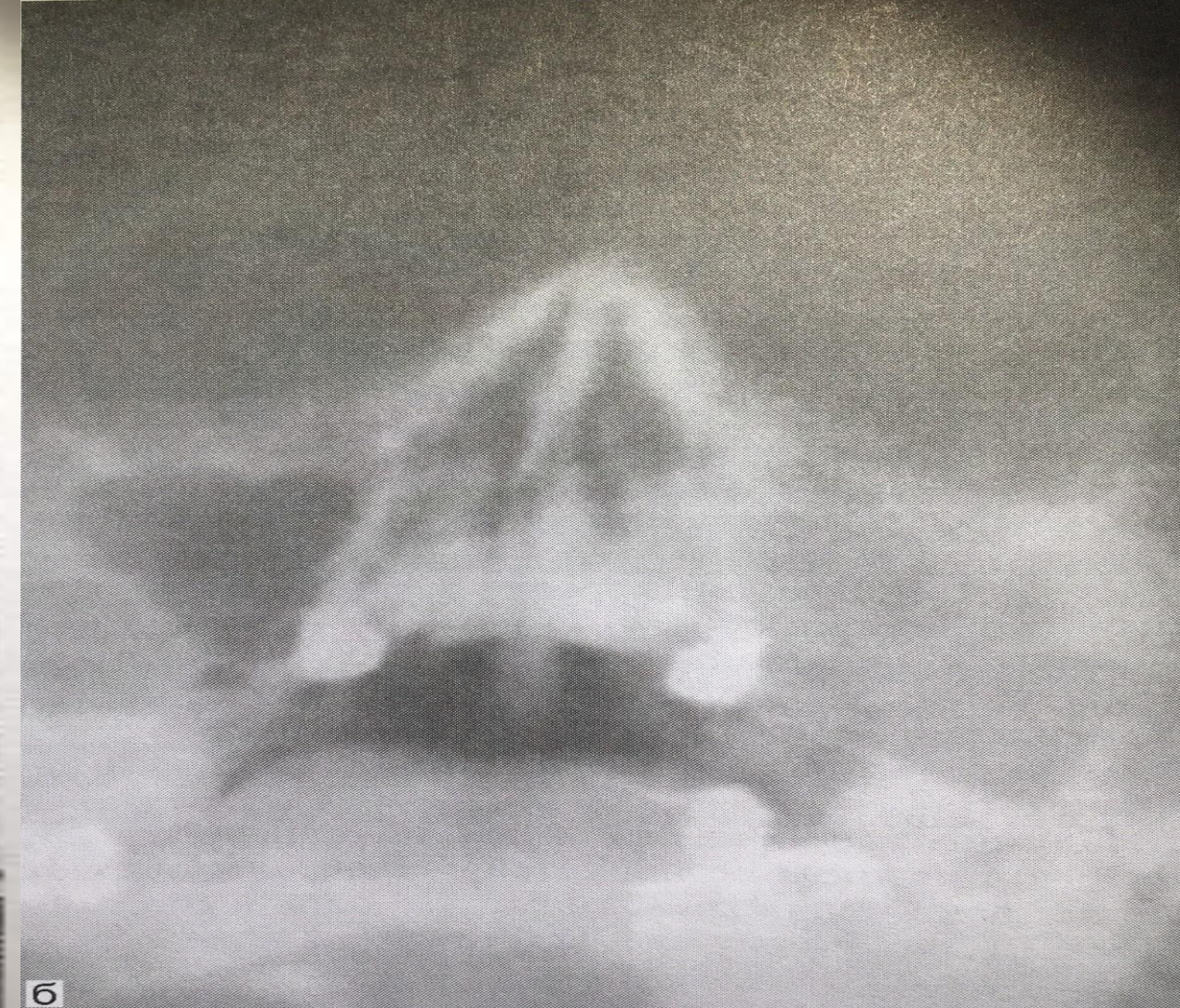
- Возникает в результате распространения по протяжению рака слизистой оболочки смежных областей.
- Прорастая в верхнечелюстную кость из слизистой оболочки неба, альвеолярного отростка и щеки, он проявляется в виде плоскоклеточного рака с ороговением или без него.

Клиника:

- Подвижность зубов;
- Затрудненное носовое дыхание;
- Ограничение открывания рта;
- Серозное отделяемое из носового хода;
- Заложенность носа;
- Чувство тяжести в верхней челюсти;
- Для определения места поражения и направления роста опухоли используют схему деления верхнечелюстной пазухи на секторы по Онгрелю. Первая наклонная плоскость, идущая от внутреннего отдела орбитального края к углу нижней челюсти, образует 2 отдела пазухи: нижне-передний и верхнезадний. Вторая {сагитальная} плоскость, перпендикулярная к зрачковой линии, делит каждый отдел на внутренний и наружный
- ◆ Образуется 4 сектора: 2 нижнепередних-внутренний и наружный, 2 верхнезадних-внутренний и наружный.

Диагностика

- ❖ На рентгенограмме при раке верхнечелюстной пазухи в ранней стадии отмечается затемнение ее без изменения костных границ, как при хроническом воспалении. При вовлечении костных стенок пазухи наблюдается их разрушение вплоть до полного исчезновения.



а- Внешний вид больного.

б- рентгенограмма: затемнение в левой половине верхней челюсти

Амелобластома

- ✓ Это доброкачественная одонтогенная эпителиальная опухоль, способная к инвазивному росту.
- ❖ Развивается внутри кости по микроструктуре напоминает стадию развития эмалевого органа.
- ❖ 80% поражает нижнюю челюсть в области больших коренных зубов, угла и ветви.

Клиника:

- ❖ Развивается медленно, в течении нескольких лет;
- ❖ В преддверии полости рта определяется сглаженность или выбухание переходной складки, передний край ветви челюсти значительно расширен.
- ❖ При пальпации выбухающего участка кортикальная пластинка челюсти прогибается, иногда отмечаются симптом «пергаментного» хруста, а также флюктуация вследствие отсутствия кости.



Диагностика:

- Рентгенологическая картина характеризуется деструкцией кости в виде множественных очагов разрежения с четкими границами. Полости различных размеров разделены костными перегородками. Иногда наблюдается многокистозное разрежение.



6

Ортопантограмма. Амелобластома нижней челюсти. Периостальная реакция выражена. Иногда в полости находится непрорезавшийся зуб или коронка. Корни зубов в границах опухоли нередко резорбированы.



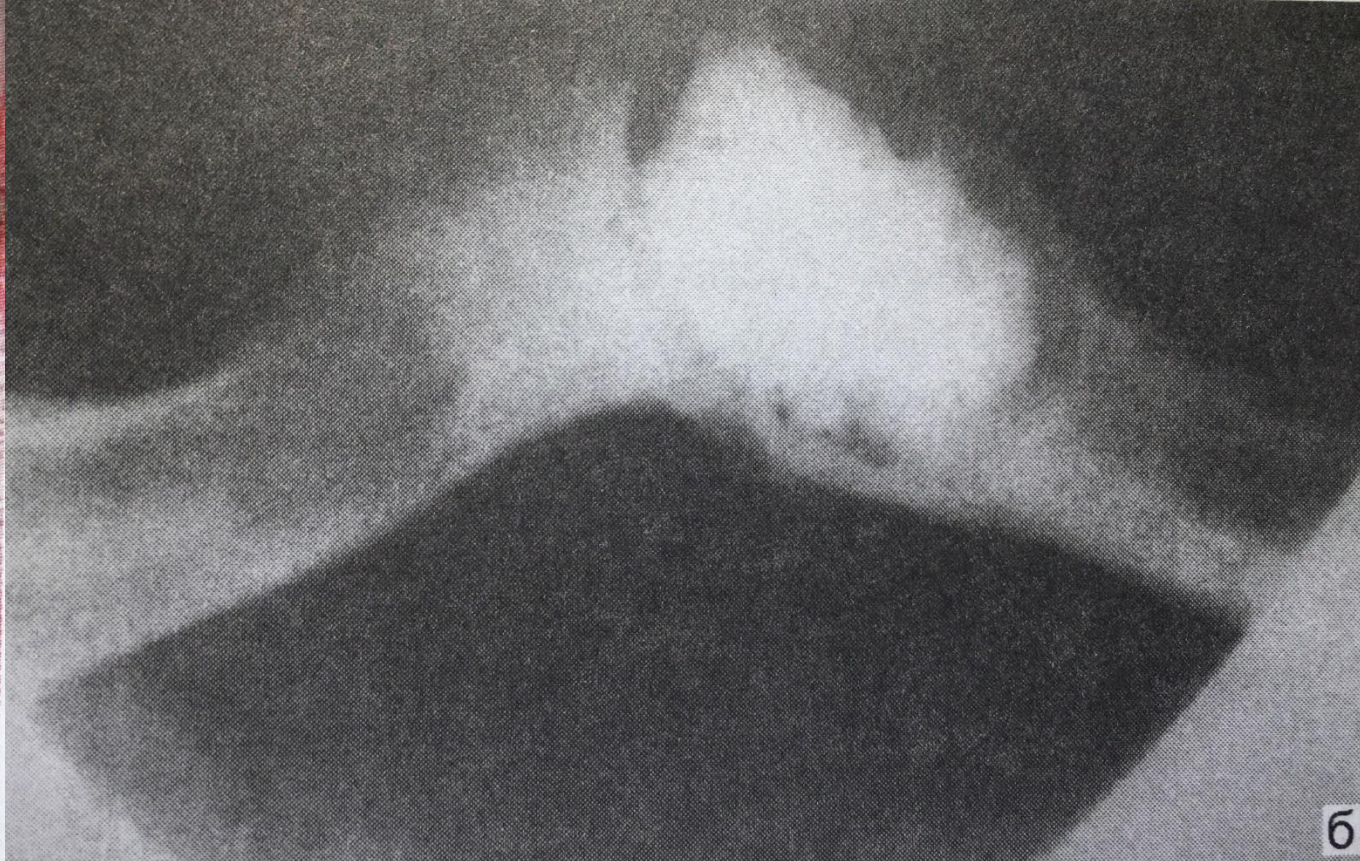
КТ нижней челюсти. Амелобластома.

Одонтома



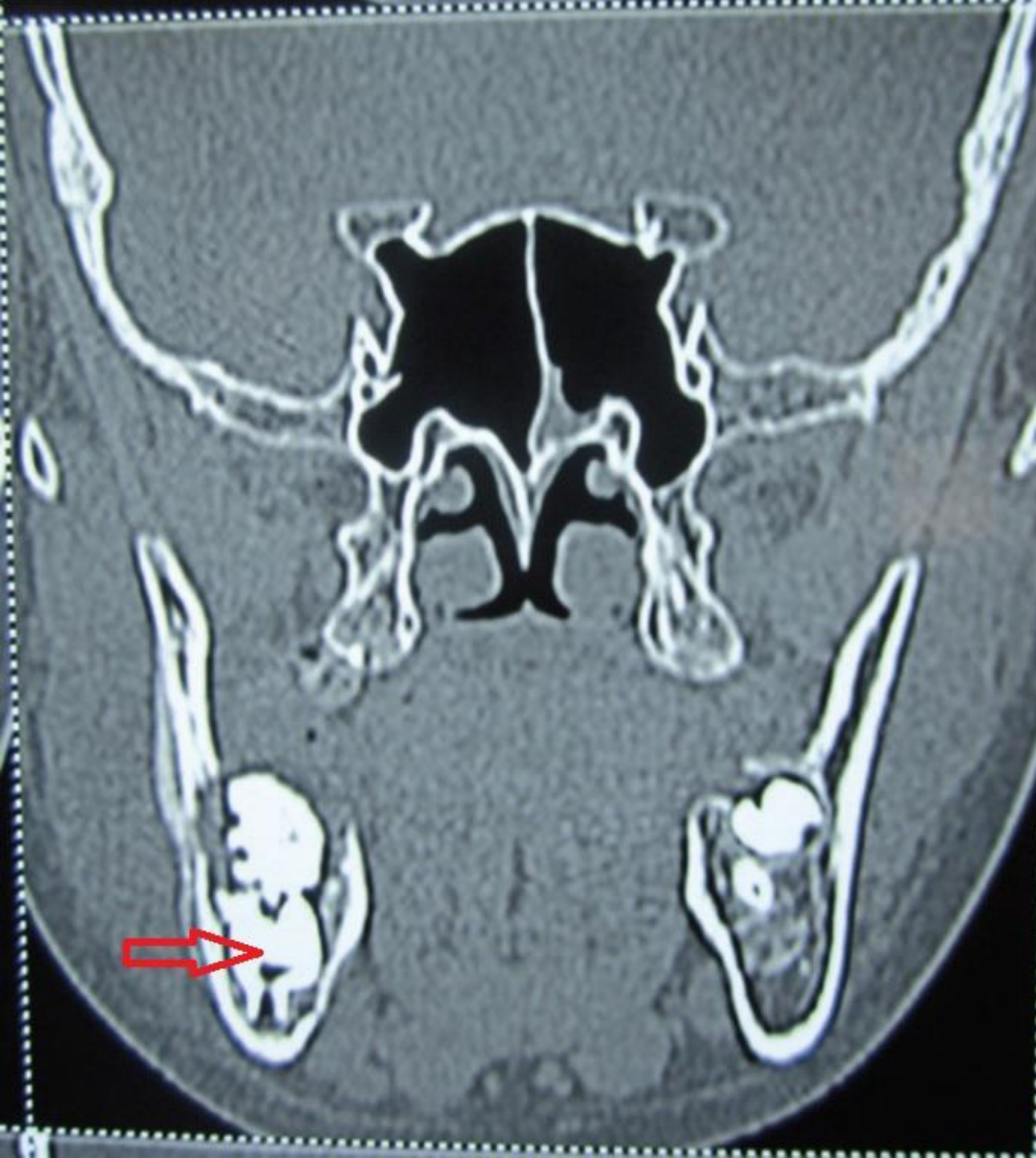
❖ Это пороки развития зубных тканей.

Деление одонтом на сложную и составную условное. В сложной одонтоме обызвествленные зубные ткани расположены хаотично и образуют плотный конгломерат. Составная одонтома содержит отдельные зубоподобные структуры, в которых правильно представлены, как в нормальном зубе, все ткани.



А-макропрепарат удаленной опухоли . . В сложной одонтоме обызвествленные зубные ткани расположены хаотично и образуют плотный конгломерат.

Б-панорамная рентгенограмма. Определяется ограниченная гомогенная тень, по плотности напоминающая тень коронки зуба с неровными краями и полоской прсветления вокруг нее. При составной одонтоме тень неоднородна из-за наличия участков разрежения, соответствующего фиброзным прослойкам между отдельными зубоподобными включениями.



**Корональная КТ,
демонстрирующая
образование**

Цементомы

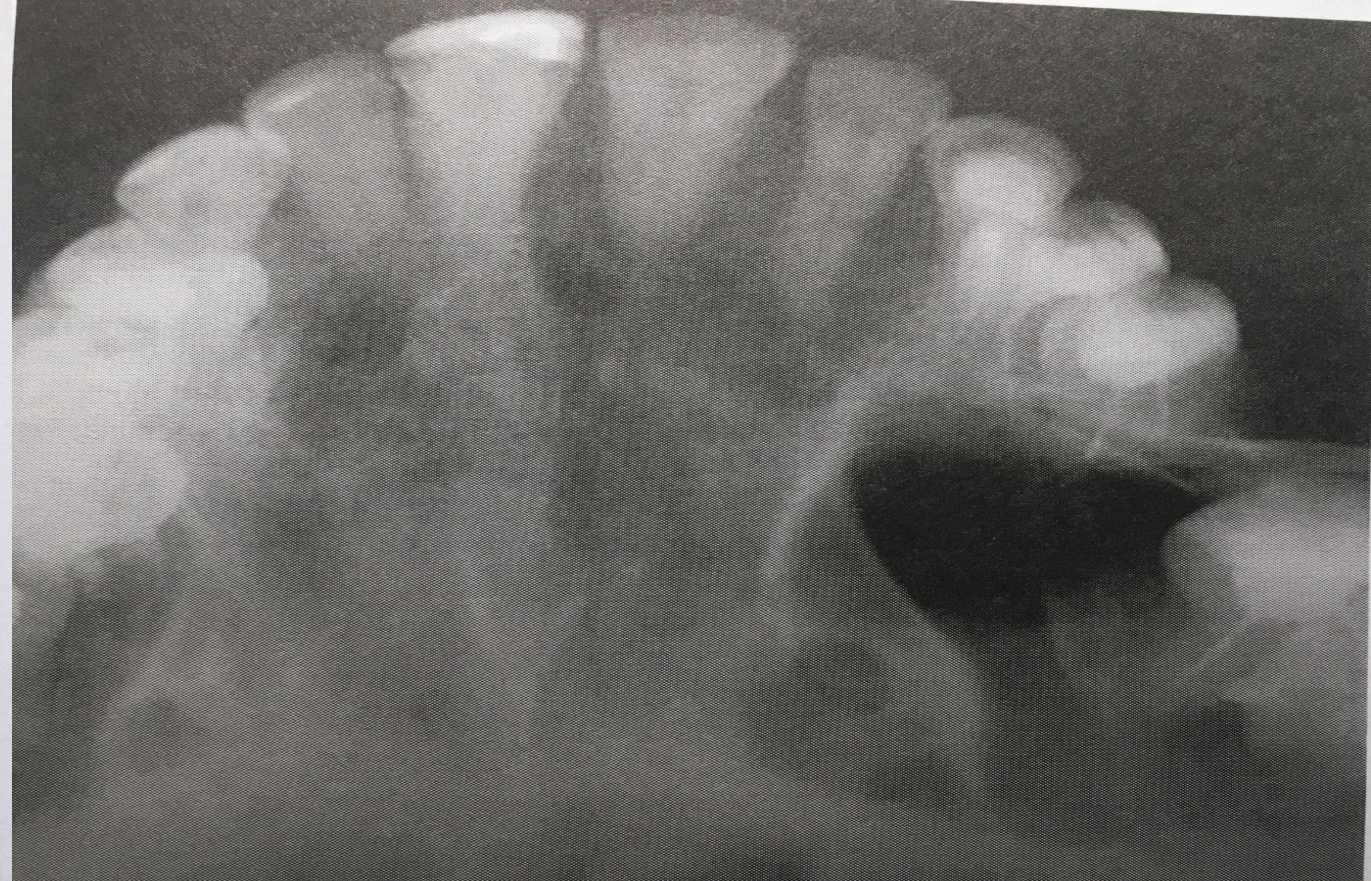
- ❖ Опухоли развиваются из одонтогенной соединительной ткани, дифференцирующейся в цементную.

Различают:

1. Доброкачественную цементобластому (истинная цементома);
2. Цементирующуюся фиброму, периапикальную цементную дисплазию (периапикальная фиброзная дисплазия);
3. Гигантоформную цементому (семейные множественные цементомы)



Рентгенограмма нижней челюсти. Доброкачественная цементобластома справа (Рентгенологически выявляется деструкция костной ткани округлой формы с четкими границами за счет чередования участков разрежения и уплотнения вследствие неравномерной минерализации, окруженная капсулой в виде зоны просветления. На рентгенограмме образование как бы исходит из корня зуба, который полностью не сформирован, периодонтальная щель его в области опухоли не определяется.

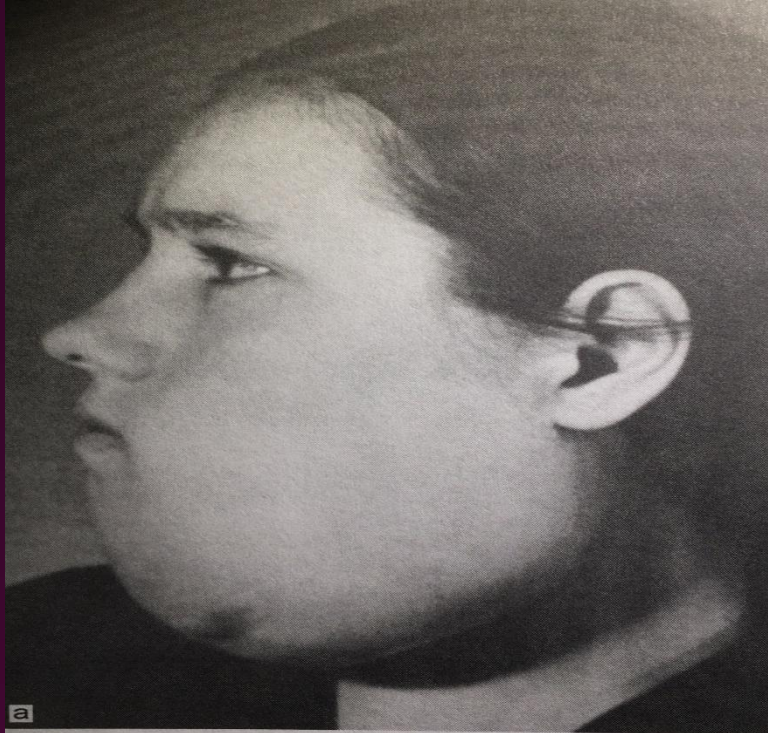


Аденокистозная карцинома неба.

А- вид полости рта;

**Б- ренгенограмма (определяется очаг деструкции
кости в центре опухоли)**

Остеогенная
саркома
нижней челюсти.



А- внешний вид больной;

Б- рентгенограмма: видны костные спкулы.(опухоль выявляют в виде уплотнения кости с нечеткими границами и наличием расходящихся спикул – костных игл,расположенных перпендикулярно к поверхности челюсти- «игольчатый периостит»)

Использованная литература:

- ✓ Хирургическая стоматология под редакцией профессора Т.Г. Робустовой (Москва «Медицина» 2011)

Будьте здоровы!
Спасибо за внимание!