

Клиническая классификация опухолей челюсти.

Международная классификация ВОЗ.

- Опухоли нижней челюсти прежде всего делятся на две основные группы: **одонтогенные** и **неодонтогенные**, т.е. опухоли, развившиеся из кости.

1. ОПУХОЛИ И ОПУХОЛЕПОДОБНЫЕ ПРОЦЕССЫ, СВЯЗАННЫЕ С ОДОНТОГЕННЫМ АППАРАТОМ.

- **А. Доброкачественные.**
- 1. Амелобластома.
- 2. Обызвествляющаяся эпителиальная одонтогенная опухоль (аденоамелобластома).
- 3. Амелобластическая фиброма.
- 4. Аденоматоидная одонтогенная опухоль (аденоамелобластома).
- 5. Обызвествляющаяся одонтогенная киста.
- 6. Дентинома.
- 7. Амелобластическая фиброодонтома.
- 8. Одонто-амелобластома.
- 9. Сложная одонтома.

- 10. Смешанная одонтома.
- 11. Фиброма (одонтогенная фиброма).
- 12. Миксома (миксофиброма).
- 13. Цементомы:
 - а) доброкачественная цементобластома (истинная цементома);
 - б) цементирующая фиброма;
 - в) периапикальная цементная дисплазия (периапикальная фиброзная дисплазия);
 - г) гигантоформная цементома (семейные множественные цементомы).
- 14. Меланотическая нейроэктодермальная опухоль у новорожденных (меланотическая прогонома, меланоамелобластома).

● **Б. Злокачественные.**

● 1. Одонтогенный рак:

● а) злокачественная амелобластома;

● б) первичный внутрикостный рак;

● в) другие карциномы, развивающиеся из одонтогенного эпителия, включая карциномы, возникающие из **ОДОНТОГЕННЫХ КИСТ.**

● 2. Одонтогенные саркомы:

● а) амелобластическая фибросаркома (амелобластическая саркома);

● б) амелобластическая одонтосаркома.

II. НЕОПЛАЗМЫ И ДРУГИЕ ОПУХОЛИ, СВЯЗАННЫЕ С КОСТЬЮ.

- **А. Остеогенные неоплазмы.**
- 1. Оссифицирующая фиброма (фиброosteома).
- **Б. Неопухолевые костные поражения.**
- 1. Фиброзная дисплазия.
- 2. Херувизм.
- 3. Центральная гигантоклеточная гранулема (гигантоклеточная репаративная гранулема).
- 4. Аневризматическая костная киста.
- 5. Простая костная киста (травматическая, геморрагическая костная киста).

III. ЭПИТЕЛИАЛЬНЫЕ КИСТЫ.

- **A. Развивающиеся.**
- **1. Одонтогенные:**
- а) примордиальная киста (кератокиста);
- б) гингивальная киста;
- в) прорезывающаяся киста;
- г) дентальная (фолликулярная киста).
- **2. Неодонтогенные:**
- а) киста носонебного протока;
- б) глобуломаксиллярная киста;
- в) носогубная (носоальвеолярная) киста.
- **Б. Воспалительные.**
- 1. Радикалярная киста.

IV. НЕКЛАССИФИЦИРОВАННЫЕ ПОРАЖЕНИЯ

Неодонтогенные опухоли.

I. КОСТЕОБРАЗУЮЩИЕ ОПУХОЛИ.

- **А. Доброкачественные.**

- 1.Остеома.

- 2. Остеоидная остеома и остеобластома (доброкачественная остеобластома).

- **Б. Злокачественные.**

- 1.Остеосаркома (остеогенная саркома).

- 2. Юкстакортикальная остеосаркома (паростальная остеосаркома).

II. ХРЯЩЕОБРАЗУЮЩИЕ ОПУХОЛИ.

● А. Доброкачественные.

- 1. Хондрома.
- 2. Остеохондрома (костно-хрящевые экзостозы).
- 3. Хондробластома (доброкачественная хондробластома, эпифизарная хондробластома).
- 4. Хондромиксоидная фиброма.

● Б. Злокачественные.

- 1. Хондросаркома.
- 2. Юкстакортикальная хондросаркома.
- 3. Мезенхимальная хондросаркома.

- **III.ГИГАНТОКЛЕТОЧНАЯ ОПУХОЛЬ (ОСТЕОКЛАСТОМА).**

- **IV.КОСТНОМОЗГОВЫЕ ОПУХОЛИ.**

- 1.Саркома Юинга.
- 2.Ретикулосаркома кости.
- 3.Лимфосаркома кости.
- 4.Миелома.

V. СОСУДИСТЫЕ ОПУХОЛИ.

- **А. Доброкачественные.**
- 1. Гемангиома.
- 2. Лимфангиома.
- 3. Гломусная опухоль (гломангиома).

- **Б. Промежуточные или неопределенные.**
- 1. Гемангиоэндотелиома.
- 2. Гемангиоперицитома.

- **В. Злокачественные.**
- 1. Ангиосаркома.

VI. ПРОЧИЕ СОЕДИНИТЕЛЬНотканные ОПУХОЛИ.

- **А. Доброкачественные.**
- 1. Десмопластическая фиброма.
- 2. Липома.

- **Б. Злокачественные.**
- 1. Фибросаркома.
- 2. Липосаркома.
- 3. Злокачественная мезенхимома.
- 4. Недифференцированная саркома.

VII. ПРОЧИЕ ОПУХОЛИ.

- 1.Хордома.
- 2.«Адамантинома» длинных костей.
- 3.Невриллемома (шваннома, невринома).
- 4.Нейрофиброма.

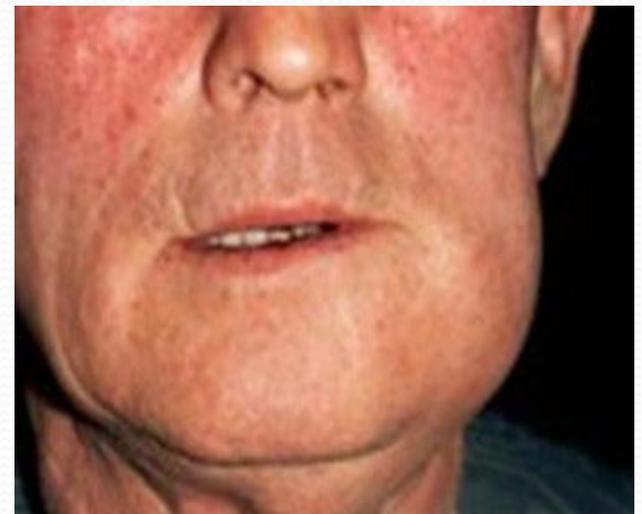
VIII. НЕКЛАССИФИЦИРУЕМЫЕ ОПУХОЛИ.

IX. ОПУХОЛЕПОДОБНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ.

- 1. Солитарная костная киста (простая или однокамерная костная киста).
- 2. Аневризмальная костная киста.
- 3. Юкстаартикулярная костная киста (внутрикостный ганглион).
- 4. Метафизарный костный дефект (неостеогенная фиброма).
- 5. Эозинофильная гранулема.
- 6. Фиброзная дисплазия.
- 7. «Оссифицирующий миозит».
- 8. «Бурая опухоль» при гиперпаратиреозе.

Что такое Злокачественные опухоли нижней челюсти

- **Злокачественные опухоли нижней челюсти** встречаются примерно в три раза реже, чем верхней (Кабаков Б.Д. с соавт., 1978, Пачес А.И., 1983). У мужчин злокачественные опухоли этой локализации отмечаются чаще, чем у женщин. Болеют обычно люди в возрасте 40-60 лет.
- **Гистологическая структура.** Среди злокачественных опухолей нижней челюсти встречаются эпителиальные (раки) и соединительно-тканые (саркомы). Рак выявляется чаще у больных старше 40 лет, саркома - у лиц, моложе 40 лет. Однако возможны исключения.



Патогенез во время злокачественных опухолей нижней челюсти:

- **Раковые поражения нижней челюсти** подразделяются на первичные и вторичные.
- **Первичный рак** возникает в толще альвеолярного отростка. Считают, что основой развития первичного рака нижней челюсти являются остатки гертвиговской эпителиальной мембраны в виде эпителиальных отростков Маляссе. Будучи разбросаны в толще периодонта зубов, клетки этих островков сохраняют высокие пластические свойства на протяжении всей жизни человека. Первичный рак нижней челюсти может развиваться также из эпителиальных элементов стенки гранулемы или кисты.

- **При вторичном раке** первичный опухолевый очаг более, чем в половине случаев располагается на слизистой оболочке полости рта. А.И. Пачес считает неверным выделение вторичных раковых опухолей нижней челюсти в отдельную группу, т.е. в действительности речь в этом случае идет о раке слизистой оболочки альвеолярного края, дна полости рта и других областей полости рта, прорастающем в нижнюю челюсть.

Симптомы Злокачественных опухолей нижней челюсти:

- Клиника злокачественных опухолей нижней челюсти очень разнообразна. Ранняя диагностика этой локализации весьма затруднительна. Причины этого в бессимптомности течения, сходстве клинических признаков с другими заболеваниями неопухолевого характера (гингивит, стоматит, пародонтит, остеомиелит и др.). Такой период до появления признаков, характерных для злокачественной опухоли, может продолжаться весьма долго. Эти особенности клинического течения и являются причиной позднего обращения больных за медицинской помощью, а также врачебных ошибок.

Клиника первичных "Внутриальвеолярных" злокачественных опухолей

- Клинические проявления первичного рака особенно ярки при возникновении опухоли в тех участках, где имеются зубы. На ранней стадии появляются безболезненное уплотнение и утолщение десны. Вскоре возникают болевые ощущения. Зубы соответственно утолщенному участку десны как бы вырастают и расшатываются. В таких случаях больных нередко лечат по поводу гипертрофического гингивита или пародонтита. Лишь скорость нарастания признаков новообразования заставляет врача изменить тактику лечения. Образующиеся язвы и боли в области интактных зубов нередко служат поводом для настойчивых просьб больных удалить эти зубы, что, разумеется, не приносит облегчения. Боли не стихают, заживления лунок не происходит. Это должно насторожить врача и заставить его предпринять необходимые меры для выяснения истинной природы заболевания.

При некоторых разновидностях первичного рака нижней челюсти опухоль может появиться в виде рыхлых грибовидных разрастаний по краю десны. Очень рано зубы могут начать расшатываться и выпадать. Резко выражен болевой синдром. Опухоль быстро распространяется на соседние участки альвеолярного отростка и тело нижней челюсти. На ранних этапах роста новообразования его легко принять за эпулид. Но для эпулида не характерны боли, быстрый рост, резкое расшатывание зубов, изъязвление.



- Регионарные лимфоузлы в этой стадии развития опухоли практически всегда увеличены. Однако к общеизвестным признакам метастатического поражения их (плотность, безболезненность или слабая болезненность, тенденция к спаиванию с окружающими тканями и между собой) при распаде, изъязвлении опухоли присоединяются признаки воспалительного характера (банального лимфаденита). Это надо всегда иметь в виду при обследовании больного, чтобы не пропустить метастазы.

Первичные "центральные" опухоли нижней челюсти

- Эти злокачественные опухоли в отличие от первичных "внутриальвеолярных" исходят из центральных отделов нижней челюсти и вполне обоснованно рассматриваются отдельно от опухолей первой группы. Вследствие глубокого расположения в центральных отделах нижней челюсти клиницист лишен возможности визуального наблюдения и пальпаторного исследования опухоли, особенно, если речь идет о ранних этапах.

Диагностика Злокачественных опухолей нижней челюсти:

● **Диагностика злокачественных опухолей нижней челюсти**, особенно первичных, как отмечалось выше, сложна. При обследовании больных применяются общепринятые методы: опрос, осмотр, пальпация. Среди специальных методов диагностики особая роль и значение принадлежат рентгенографии нижней челюсти, которая выполняется не менее, чем в двух проекциях: прямой и боковой.

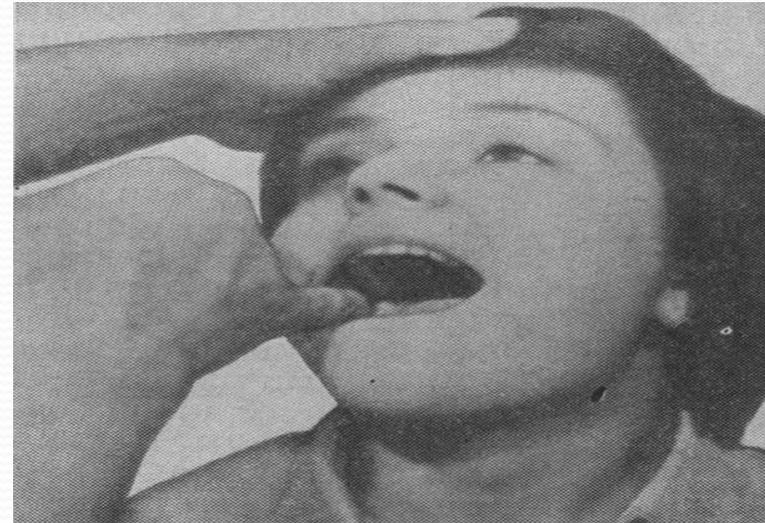
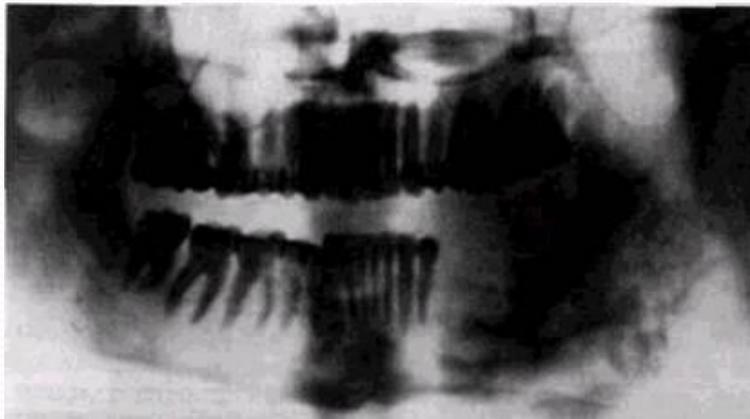


Рис. 167. Рак нижней челюсти. На рентгенограмме виден дефект кости, патологический перелом.

● При рентгенологическом исследовании центральных первичных опухолей нижней челюсти в раннем периоде обнаруживаются очаг деструкции кости, разрушение петель губчатого вещества, их разрыв. Края участка деструкции кости не ограничиваются зоной уплотнения, наоборот, характерны нерезкость, размытость перехода рисунка нормальной кости в зону структурных изменений. Позднее, на довольно большом участке кости появляется несколько очагов деструкции в виде отдельных пятен, которые, сливаясь, образуют обширное поле с бухтообразными краями, либо переплетающиеся полосы, придающие кости мраморный вид. Аналогичные изменения в нижней челюсти могут быть при метастазах в нее гипернефромы, рака молочной или щитовидной желез.

- **Рентгенологические признаки** сарком нижней челюсти трудно отличить от рака. Лишь остеогенные саркомы, рост которых связан с образованием шипов, выступов, козырьков на поверхности кости, рентгенологически определяются проще и с достаточной уверенностью.

- **При внутриальвеолярных опухолях** материал для гистологического исследования можно взять из лунки удаленного или выпавшего зуба, применяя кюретажную ложку. Если опухолевые разрастания расположены вокруг зубов, можно скальпелем иссечь участок опухоли с частью интактной ткани, а так как ушить рану в этом случае нельзя, то ее поверхность подвергают диатермокоагуляции.

Дифференциальная диагностика злокачественных опухолей нижней челюсти

- Следует проводить с уже упоминавшимися пульпитом, периодонтитом, пародонтитом, а также одонтогенным хроническим остеомиелитом, эпулидами, остеобластокластомой, амелобластомой, фиброзной остеодисплазией, эозинофильной гранулемой, туберкулезом, первичным актиномикозом кости, одонтогенными кистами челюсти. Следует дифференцировать от рака и саркомы.

Лечение Злокачественных опухолей нижней челюсти:

- Перед лечением злокачественных опухолей нижней челюсти необходимо провести санацию полости рта. Если больному предстоит облучение, то металлические протезы должны быть сняты, а лучше изолированы пластмассовой каппой.
- Выбор метода лечения зависит от вида, локализации, распространенности опухоли, возраста и общего состояния больного.

- Небольшие злокачественные опухоли нижней челюсти, когда процесс органичен одной анатомической частью органа и опухоль не прорастает в надкостницу, удаляют путем резекции челюсти с первичной костной аутопластикой. Если была проведена предоперационная лучевая терапия, то после резекции не следует откладывать проведение костной пластики. Однако операцию лучше делать не ранее чем через 3 нед после окончания облучения: в эти сроки, как показал П.В. Наумов, создаются наилучшие условия для приживления костного трансплантата.

- При комбинированной схеме лечения злокачественных опухолей нижней челюсти вначале проводят предоперационный курс дистанционной гамма-терапии. Сеансы ежедневные, количество полей облучения зависит от размеров очага поражения и наличия регионарных метастазов. Суммарная очаговая доза на курс - 40-50 Гр (4000-5000 рад).

- **Хирургический этап** выполняется спустя 3 недели после завершения лучевой терапии. За это время проходят лучевые реакции на коже и слизистой оболочке полости рта.
- До операции следует с учетом клинических, рентгенологических и морфологических данных продумать ее объем, способ фиксации остающегося фрагмента челюсти, возможность выполнения первичной костной пластики дефекта челюсти. Необходимо учесть также наличие или отсутствие регионарных метастазов. Надо помнить, что первейшей задачей хирурга является радикальное удаление новообразования.



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



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

- Операции по поводу злокачественных опухолей нижней челюсти (резекции) могут быть нескольких разновидностей:
- резекции с нарушением непрерывности нижней челюсти (сегментарные);
- резекции без нарушения непрерывности нижней челюсти (сегментарные);
- сегментарная резекция нижней челюсти с экзартикуляцией;
- половинная резекция нижней челюсти с экзартикуляцией;
- резекция нижней челюсти (один из вариантов) с мягкими тканями.

- При вовлечении в опухолевый процесс сосудисто-нервного пучка показана резекция с экзартикуляцией.
- При локализации опухоли в области подбородка резекция выполняется от угла до угла челюсти.
- При локализации опухоли в области тела резекцию выполняют от середины подбородка до нижнечелюстного отверстия.
- При поражении угла нижней челюсти показана половинная резекция с экзартикуляцией.

1.1.6 Опухоли полости и придаточных пазух носа

Доброкачественные опухоли:

- 1) **Полипы;** по своей форме они напоминают опухолевые округлые образования, сидящие на тонкой ножке, исходящие чаще всего из среднего носового хода. У детей полипы встречаются редко. Они могут быть аллергического или воспалительного генезиса.
- 2) **Папилломы;** обычно локализируются в преддверии носа, растут медленно, часто рецидивируют после удаления. Учитывая, что папиллома может переродиться в рак, удаление её должно быть радикальным.
- 3) **Фибромы;** встречаются редко, локализируются в преддверии носа, носоглотки, области наружного носа.
- 4) **Ангиомы (сосудистые опухоли);** развиваются на носовой перегородке нижних носовых раковин. Растут медленно, периодически кровоточат, постепенно увеличиваются и могут заполнить полость носа, прорасти в решетчатый лабиринт, глазницу и верхнечелюстную пазуху, имеют вид округлой бугристой красно-синюшной опухоли.
- 5) **Остеомы носа и придаточных пазух; возникают в возрасте 15-25 лет.** Чаще локализируются в стенках лобных пазух и решетчатой кости. Иногда достигают больших размеров, могут распространиться в полость черепа, носа, орбиту, деформировать лицевой скелет и явиться причиной мозговых расстройств, головной боли, снижения зрения, нарушения носового дыхания и обоняния.

Злокачественные опухоли – в основном рак и редко саркома. Симптоматика вначале не носит тяжелого характера. Больных беспокоит постепенно усиливающееся затруднение дыхания через одну половину носа, отделяемая слизистая, затем с примесью крови. Затем возможны носовые кровотечения и заложенность уха.

- У детей встречаются саркомы носа, быстро прорастающие в придаточные пазухи. Характерны резко затрудненное носовое дыхание и частые носовые кровотечения.