

Лекционный материал

Диагностика новообразований челюстно-лицевой области.

Современные принципы лечения больных с опухолями челюстно-лицевой области.

Дифференциальная диагностика одонтогенных новообразований челюстных костей

Актуальность: на сегодняшний день считается, что рак появляется не сразу, а «является последним звеном длинной цепи предшествующих ему изменений, которые можно назвать предопухолевыми или предраковыми». На этом постулате формулируется первый закон злокачественной онкологии: каждый рак имеет свой предрак, но не каждый предрак переходит в рак. Предраковые состояния, наличие которых в настоящее время общепризнано, делятся на облигатные и факультативные (Бек, 1933). Первые переходят в рак в 80-85% случаев, вторые – в 15-20%.

Несмотря на значительное разнообразие предраковых поражений кожи и слизистой, они выражаются некими общими морфологическими признаками. Это паракератоз, гиперкератоз и другие дискератотические явления. Используя эту особенность предраков (а тем более раковых опухолей), представляется возможным выявить их в более или менее ранние сроки, применяя соответствующие диагностические методы.

Методы диагностики предраков и злокачественных опухолей: стоматоскопия, цитологическое исследование (путем пункции, соскоба отпечатка, смыва) и гистологическое (срочная и плановая биопсия). Особенность срочной биопсии – минимальный срок между биопсией и радикальной операцией.

С целью диагностики злокачественных опухолей лица, полости рта и челюстных костей используются способы, которые можно разделить на общие, частные и специальные.

Общие способы.

При общем обследовании больного особое внимание обращают на жалобы, анамнез vitae et morbi, выявляют профессиональные вредности и вредные привычки.

Частные способы.

При обращении к стоматологу необходимо производить осмотр, который складывается из внешнего осмотра больного и обследования полости рта. При внешнем осмотре обращают внимание на общий вид больного, наличие припухлости, асимметрии, образований на красной кайме губ.

Осмотр полости рта начинают с преддверия рта при сомкнутых челюстях и расслабленных губах, подняв верхнюю и опустив нижнюю или оттянув щеку стоматологическим зеркалом. В первую очередь осматривают красную кайму губ и углы рта. Обращают внимание на цвет, наличие чешуек, корок. Затем с помощью зеркала осматривают слизистую оболочку щек. Следует обращать внимание на инфильтраты, изъязвления, свищи, участки лейко- и дискератоза, кератоакантоза, цвет, увлажненность и т.д. Во время осмотра определяют локализацию патологического процесса, его протяженность.

Осмотр слизистой оболочки десен производят также с помощью зеркала, как с щечной, так и с язычной стороны. В норме она бледно-розовая, плотно охватывает шейку зуба. Далее производят осмотр языка, слизистой оболочки дна полости рта, твердого и мягкого нёба. При обнаружении участков ороговения, которое определяется участком серовато-белого цвета, определяют их плотность, размер, спаянность с подлежащими тканями, уровень возвышения очага над окружающими тканями. При выявлении на слизистой оболочке, каких-либо изменений (язва, эрозия, гиперкератоз и др.) необходимо исключить или подтвердить возможность действия травматического фактора, что необходимо для постановки правильного диагноза.

При пальпаторном исследовании органов, лица и полости рта сравнивают цвет и тургор тканей симметричных органов и тканей на больной и непораженной стороне. Обращают внимание на выявление возможной деформации органов и связанной с этим асимметрии лица. При осмотре полости рта целесообразно пользоваться специальными

приспособлениями для достаточного освещения — лобным рефлектором, бинокулярной лупой и т. д. Это необходимо при тщательном исследовании слизистой оболочки полости рта, в том числе языка, дна полости рта, оральной поверхности щек, устьев выводных протоков больших слюнных желез, слизистой оболочки твердого и мягкого неба, преддверия полости рта, альвеолярных отростков челюстей.

Пальпацию следует выполнять безболезненно, не вызывая напряжения соответствующих мышц, так как оно может маскировать истинные границы опухоли. Очень важно определить размеры инфильтрата вокруг изъязвления, плотность и болезненность или безболезненность новообразования, его смещаемость по отношению к окружающим тканям, выраженность кровоточивости тканей в зоне расположения опухолевого очага. Кроме того, необходимо обратить внимание на конфигурацию язвы, состояние тканей ее дна и краев, наличие пограничного вала инфильтрации, характер отделяемого и т. п.

Очень ценными диагностическими признаками являются подвижность зубов на той или другой челюсти, не связанная с пародонтозом и другими заболеваниями зубочелюстных тканей, которые характеризуются преобладанием атрофии и воспаления, наличием свищей на беззубых участках альвеолярных отростков. При осмотре больного с подозрением на опухоль нижней челюсти следует исключить, кроме деформации ее тела или ветви, наличие патологического перелома. При подозрении на новообразование верхнечелюстной кости обращают внимание на наличие или отсутствие асимметрии лица за счет ее деформации, наличие или отсутствие деформации альвеолярного отростка и твердого неба либо тканей в области нижнеглазничного края, изменение формы и размеров глазной щели на стороне поражения. На больной и здоровой стороне проверяют выраженность носового дыхания.

Обследование регионарных лимфатических узлов.

Оценивают состояние органов и тканей шеи, особенно регионарных лимфатических узлов. При поражении метастазами эти узлы в той или иной степени увеличены, в большей или меньшей мере, подвижны, что учитывают при определении стадии заболевания. Появление регионарных метастазов рака соответственно в верхней и средней третях боковой поверхности шеи, а также в подчелюстной области на стороне расположения первичной опухоли наиболее часто отмечается при раке языка, дна полости рта, боковых отделов нижней челюсти, при раке верхней челюсти. К числу особенно часто поражаемых регионарных лимфатических узлов относится располагающийся на границе верхней и средней третей боковой поверхности шеи п. *jugulodigasticus*. Этот узел прилежит к стенкам общей сонной артерии и внутренней яремной вены. Кроме того, метастазами могут поражаться узлы нижней трети боковой поверхности шеи, надключичной области. Пальпации должна подвергаться вся область шеи от сосцевидного отростка до ключицы, особенно вдоль переднего и заднего краев грудино-ключично-сосцевидной мышцы, подчелюстной и зачелюстной областей. Следует помнить, что возможно метастазирование в лимфатические узлы противоположной стороны, особенно при раке органов и тканей полости рта. Во время пальпации нужно наклонить голову больного в исследуемую сторону с помощью руки, положенной ему на голову. При этом достигается расслабление шейных мышц соответствующей стороны. Наклон головы вперед и назад тоже способствует сокращению или расслаблению разных групп мышц, что также улучшает условия пальпации и выявления узлов, подозрительных на поражение метастазами.

Стоматоскопию следует производить больным, при осмотре которых возникает подозрение на самое слабое отклонение вида слизистой оболочки от нормы. Некоторые пациенты, имеющие те или иные заболевания (гастрит, холецистит, язва желудка), а также вредные привычки (курение, злоупотребление алкоголем) и подвергающиеся различным профессиональным вредностям, должны осматриваться стоматологом даже при отсутствии выраженных клинических проявлений заболеваний полости рта. После полного стоматоскопического обследования ставится конкретный клинический диагноз.

Стоматоскопия проводится следующим образом: больного усаживают на стул с подголовником, стоматоскоп устанавливают с таким расчетом, чтобы между исследуемым участком слизистой и объективом прибора было расстояние 30–40 см. Затем производят наводку на резкость и осматривают вначале красную кайму губ при закрытом рте. Для осмотра переходной зоны с красной каймы на слизистую оболочку губ (зоны Клейна) больного просят приоткрыть рот и несколько опустить (при осмотре нижней губы) или поднять голову (при осмотре верхней губы). С помощью подголовника почти полностью исключается нежелательное движение головы, что очень важно при фотографировании. Слизистая оболочка губ и область переходных складок осматриваются при оттягивании губ кпереди и книзу или кверху (при осмотре верхней губы).

Десны хорошо видны в положении «оскала» (фронтальная область). Небо исследуют при широко открытом рте и запрокидывании головы назад. При широко открытом рте и небольшом наклоне головы кпереди исследуют также спинку языка, при движениях которого влево или вправо видны его боковые поверхности.

Подъязычную область и нижнюю поверхность языка осматривают при поднятии последнего кверху.

Слизистую оболочку щек исследуют при введении в полость рта указательного и среднего пальцев руки больного, разведении их и оттягивании щеки вбок и кзади, надавливая большим пальцем на щеку снаружи. Это позволяет при широко открытом рте исследовать наиболее поражаемую область – по линии смыкания зубов – на протяжении от углов рта до глубоких отделов.

Наводка оптической системы на резкость производится до удаления слюны с поверхности слизистой оболочки. Затем ватным тампоном удаляют слизь и тщательно изучают эпителиальный покров.

Далее производят стоматоскопию с использованием специальной обработки эпителия (расширенная стоматоскопия). При применении 2-4% уксусной кислоты моментально устраняются скопления слизи, которые мешают осмотру, а также возникает процесс набухания эпителия, в результате чего сосуды в поле зрения почти все исчезают. С этой целью ватный тампон, смоченный раствором уксусной кислоты, на 20-30 секунд прикладывают к исследуемой поверхности слизистой оболочки рта.

Уксусная кислота действует в течение 1-1,5 минуты, что не увеличивает общего времени осмотра.

Лучшие результаты от применяемой уксусной кислоты наблюдаются на слизистой оболочке щек, где эпителий в норме не ороговеет. Увеличение слоев и наличие более выраженного рогового слоя красной каймы губ делает пробу менее показательной. Применение на фоне уксусной кислоты красителей дает более четкие результаты.

Для йодной реакции (проба Шиллера) используется 2% водный раствор Люголя. При определении степени йоднегативности следует принимать во внимание, что в норме слизистая оболочка окрашивается раствором Люголя неодинаково. На слизистой оболочке в области губ, щек, переходных складок, подъязычной области наблюдается темно-коричневое окрашивание, а красная кайма губ, десны, слизистая оболочка твердого неба, спинка языка могут дать йоднегативность, т.к. покрыты эпителием, имеющим небольшой слой ороговения.

Методика проста: ватный тампон, смоченный в растворе Люголя, на 1 минуту прикладывают к исследуемому участку с захватом 1-2 см окружающей визуально нормальный слой слизистой оболочки. Затем наблюдают результат при увеличении стоматоскопа в 20 раз, что помогает распознать различную интенсивность окрашивания, точнее, границы поражения и другие особенности патологического участка. В соответствии с этим выделяют три степени йоднегативности.

I степень йоднегативности наблюдают в том случае, когда совершенно не происходит окрашивания исследуемого участка эпителия. Такая картина встречается при

лейкоплакиях, гиперкератозах эпителия, ороговевающих папилломах, красном плоском лишае и других заболеваниях, сопровождающихся гиперкератозом эпителия.

II степень йодонегативности наблюдается при патологических состояниях слизистой оболочки, сопровождающихся значительным паракератозом эпителия или комбинацией пара- и гиперкератоза с преобладанием первого. В подобных случаях имеет место очаговое, различной интенсивности окрашивание в зонах паракератоза и отсутствие окрашивания в участках эпителиальных клеток, лишенных гликогена.

III степень - встречается при паракератозе эпителия и характеризуется различной интенсивностью окрашивания патологически измененной ткани. Иногда йодонегативным оказывается участок предполагаемой нормальной слизистой оболочки и окружности очага поражения. В подобных случаях выявляется пара- или гиперкератоз, который без окрасок обычно не виден ввиду тонкости и прозрачности эпителиального покрова. Применение же раствора Люголя после укусовой пробы позволяет точно определить границы очага поражения.

Метод окраски гематоксилином (по Деранже) основан на способности красителя интенсивно восприниматься ядрами клеток. Состав красителя: гематоксилин - 1 г, абсолютный спирт - 10 мл, медные квасцы - 20 г, дистиллированная вода - 200 мл. Раствор квасцов готовят при нагревании и фильтруют, смешивая со спиртовым раствором гематоксилина. Затем к смеси добавляют водный насыщенный раствор марганцово-кислого калия, нагревают до кипения, охлаждают и фильтруют ещё раз.

Раствор гематоксилина прикладывают к слизистой оболочке на 2-3 минуты. Атипичный эпителий окрашивается в темно-фиолетовый цвет, а нормальный - в бледно-фиолетовый. Интенсивность окраски при раке объясняется увеличенным количеством ядерной субстанции и гиперхромностью ядер. Если на слизистой оболочке полости рта встречаются участки поражения, бедные ядродержащими клетками, что наблюдается при ороговении, то определяется эффект негативности окраски, т. е. неокрашивание. В данном случае так же, как и при пробе Шиллера, можно выделять три степени негативности окраски.

При гиперкератозе окрашивания не происходит, что соответствует первой степени негативности окраски. При явлениях паракератоза, сочетающегося с гиперкератозом, может наблюдаться частичное фиолетовое окрашивание, что соответствует второй степени негативности окраски.

Третья степень негативности окраски может наблюдаться при паракератозе и других патологических состояниях, сопровождающихся частичной потерей ядерной субстанции в клетках.

Для расширения стоматоскопического исследования применяется также однопроцентный раствор толуидинового голубого.

Техника и методика применения толуидинового голубого не отличается от предыдущей методики. Разница отмечается лишь в оттенке окраски. Атипичный эпителий окрашивается в темно-синий цвет, а нормальный - в бледно-синий. Необходимо учитывать, что окраска толуидиновым голубым дает более чёткие результаты, чем окраска раствором гематоксилина по Деранже.

Применение «ядерных» окрасок возможно только через определённый промежуток времени: после пробы Шиллера - через 15-20 минут. За это время окраска слизистой оболочки станет нормальной. При наслоении ядерных окрасок на окраску раствором Люголя диагностика невозможна ввиду нарушения цветопередачи.

Фотостоматоскопия осуществляется посредством любой зеркальной камеры, навинчивающейся на окуляр стоматоскопа с помощью специальной насадки, если фотоаппарат не вмонтирован в стоматоскоп. Объективом при фотографировании служит система прибора.

Данные расширенного стоматоскопического обследования заносятся в амбулаторную карту (историю болезни), а также в журналы профилактических осмотров. Кроме того,

для удобства наблюдения за больными в динамике лечения целесообразным оказывается ведение специальных карт обследования, куда заносят все данные о больном.

Расширенная методика стоматоскопии позволяет установить в каждом конкретном случае клинический диагноз с элементами микроскопической характеристики патологических изменений эпителиального покрова слизистой оболочки рта. Следует учитывать, что существует дополнительное деление предраков в группе факультативных: на предраки факультативные с большей возможностью озлокачествления (или преанцерозы в узком смысле слова) и на предраки факультативные с меньшей возможностью озлокачествления (или преанцерозы в широком смысле слова).

Цитологический метод

Цитологический метод — основан на микроскопическом изучении клеток, полученных из патологического очага. Забор материала можно произвести путем соскоба, мазка-отпечатка, пункции. При папилломатозных, эрозивных и язвенных поражениях наилучшие результаты достигаются при взятии материала путем соскоба. Для этого шпателем, экскаватором или другим аналогичным инструментом производят поскабливание по поверхности опухоли, предварительно произведя анестезию. Полученный материал помещают на обезжиренное предметное стекло, маркируют его и заполняют направление на цитологическое исследование. Ответ цитолога может носить описательный характер, без указания характера патологического процесса, но если клиническая картина соответствует злокачественному процессу, то несмотря на отрицательный ответ больного следует направить на консультацию в специализированное онкологическое учреждение.

Пункционная биопсия

Пункционная биопсия производится обычно с помощью игл специальной конструкции для биопсии, позволяющих получить «столбик» ткани. После введения иглы в опухоль и вращения мандрена, на конце которого имеются острые режущие ножи или другая подсекающая ткани конструкция» иглу извлекают и биопсированную ткань подвергают цитологическому или гистологическому исследованию

Рентгенография костей лицевого черепа

Рентгенография костей лицевого черепа выполняется по общим правилам. Иногда краниографии в прямой и боковой проекциях достаточно, чтобы решить вопрос об наличии злокачественной опухоли и границах ее распространения. Для уточнения изменений стенок гайморовой пазухи и нижнеглазничного края производят рентгенографию в носоподбородочной (аксиальной) и полуаксиальной проекциях. Для более детального исследования альвеолярного отростка верхней челюсти может быть рекомендована внутриротовая рентгенография. Последняя применяется и при исследовании альвеолярного отростка нижней челюсти. С целью выявления злокачественных опухолей нижней челюсти выполняется рентгенография в передней, боковой и аксиальной проекциях.

У больных раком языка, дна полости рта, щеки, ретромолярной области, области передней дужки, твердого и мягкого неба, кожи лица краниография также является одним из обязательных способов исследования, так как только физикальное обследование пациента позволяет определить истинные границы злокачественного роста, а тем самым и пределы предстоящего оперативного вмешательства.

Реакция Вассермана.

Несмотря на большие социальные преобразования нашего общества, сифилис по-прежнему остается одним из распространенных заболеваний с преимущественным проявлением в полости рта, с которым приходится встречаться стоматологу. В целях дифференциальной диагностики при подозрении на рак органов полости рта больного необходимо исследовать на реакцию Вассермана. Отрицательный результат исследования в этом случае может рассматриваться как доказательство того, что имеющаяся в полости дуга гумма этиологически не связана с возбудителем сифилиса.

Специальные методы.

Биопсия. Исследование проводят с целью дифференциальной диагностики и определения морфологической структуры новообразования. Поскольку операция удаления злокачественных опухолей челюстно-лицевой области сопровождается, как правило, значительным обезображиванием внешнего вида больного, биопсию при раке лица и полости рта следует рассматривать как одно из важнейших диагностических мероприятий. Она позволяет определить показания к комбинированному лечению.

Биопсия является серьезным вмешательством и при отсутствии опыта, несоблюдении правил выполнения биопсии, может повлечь ряд нежелательных осложнений. Если диагноз злокачественной опухоли не вызывает сомнений, то биопсию выполнять не следует, а больного, не теряя времени на дополнительное исследование, направляют в специализированное учреждение.

В условиях стоматологической поликлиники выполнение биопсии целесообразно для проведения дифференциальной диагностики, когда клиническая картина в большей степени соответствует неопухоловой природе патологического процесса. При выполнении биопсии необходимо хорошее обезболивание, целесообразно проведение проводниковой анестезии, так как инфильтрационная нарушает принципы аластии.

Если опухоль мала, ее иссекают в пределах здоровых тканей целиком. Однако необходимо помнить, что и небольшая злокачественная опухоль характеризуется микроскопическими границами роста. Это обязывает при выполнении биопсии отступить от пальпируемых границ опухоли не менее чем на 2,5—3 см, в том числе в глубину. При наличии опухоли больших размеров биопсию следует производить с включением в объем подлежащих гистологическому исследованию тканей, как опухоли, так и прилежащего к ней неизмененного эпителия. Такой принцип выполнения биопсии позволит определить выраженность анаплазии клеток новообразования, т. е. степень его недифференцированности, и тем самым степень злокачественности опухоли, ее чувствительности к лучевому лечению и химиотерапии.

В отдельных случаях биопсию проводят как экспресс-диагностическое мероприятие. Экспресс-биопсия может выполняться только в условиях, операционной, когда хирург после получения положительного ответа имеет возможность перейти к повышению конкретного объема хирургического вмешательства или сочетанному лечению в виде операции и одномоментного обкалывания тканей радиоактивными иглами. Поскольку биопсия — это операция, ее выполняют при полном соблюдении асептики и антисептики, с использованием местного или общего обезболивания.

При раке органов и тканей лица или полости рта предпочтительно производить биопсию после 2—3 сеансов лучевой терапии. Это позволяет рассчитывать на быстрое образование вокруг опухоли отграничивающего инфильтративного лейкоцитарного вала, снижающего генерализацию опухолевого процесса в ответ на операционную травму.

Контрастная фистуло - и гайморография.

При злокачественных опухолях челюстных костей обычной рентгенографии иногда бывает недостаточно. В таких случаях прибегают к контрастной фистуло - или гайморографии. При раке верхней челюсти, особенно в начальных стадиях, в процессе подготовки больного к операции крайне важно определить точные границы распространения опухоли. В сомнительных случаях, когда неясна природа новообразования, контрастная гайморография позволяет более точно высказаться о характере взаимоотношений опухоли и окружающих тканей, провести дифференциальную диагностику между злокачественным и доброкачественным новообразованием, исходящим из гайморовой пазухи. Контрастную гайморографию осуществляют с помощью введения в гайморову пазуху контрастного вещества. Для прокола носовой стенки и введения контрастного вещества используют специальные иглы (Куликовского, Дюфо и т. д.). Прокол производят на фоне аппликационной анестезии раствором дикаина. При наличии активного свищевого хода показана фистулография.

Аналогично выполняют контрастную рентгенографию с целью дифференциальной диагностики злокачественных опухолей нижней челюсти. Фистуло - или гайморорография позволяет получить рентгенологическое изображение силуэта «слепок» соответствующей полости. Деформация того или иного анатомического образования, неровность, изъеденность контуров контрастной тени, наличие дефекта наполнения, распространения контрастного вещества в соседние анатомические области служат убедительными признаками наличия у больного новообразования.

Томография.

В связи со способностью злокачественных опухолей челюстно-лицевой области к быстрому и неограниченному росту и анатомической близости различных органов, каждый из которых может быть местом развития первичного рака, ценность томографии несомненна. При раке верхней и нижней челюстей, опухолях других органов полости рта томография позволяет ориентировочно выявить границы злокачественного роста на глубине от 1 до 7 см и более. Послойное исследование гайморовых пазух, верхней и нижней челюстей, рекомендуется производить в строгой прямой и боковой проекциях. Обычно выделяют слои с интервалом 0,5—1 см. Это дает возможность обнаружить участки экзофитного роста злокачественной опухоли, очаги костной деструкции, выраженность воздухоносных полостей.

Современные принципы лечения больных с опухолями челюстно-лицевой области.

Лечение злокачественных опухолей представляет собой сложную и далеко не всегда разрешимую задачу.

Во всем мире в настоящее время для лечения злокачественных опухолей широко применяется система протоколов. Суть ее состоит в том, что для каждого конкретного случая заболевания с учетом распространенности и локализации процесса предусматривается конкретная схема лечения, которая может включать один или несколько методов лечения в строгой последовательности. Схема лечения назначается до начала лечения пациента и в дальнейшем не изменяется.

Трудности в лечении больных со злокачественными опухолями определяются, прежде всего, биологическими особенностями и закономерностями роста и развития опухоли.

С позиций клинической практики необходимо выделить те свойства злокачественной опухоли, которые оказывают решающее влияние на течение и исход заболевания. К ним в первую очередь относится способность к безудержному, относительно автономному, инфильтрирующему росту, быстрому и интенсивному лимфогенному и гематогенному метастазированию. Именно диссеминация опухолевых клеток обуславливает генерализацию процесса.

Эти факторы обосновывают и определяют **задачи противоопухолевого лечения:**

1. стремление к полному удалению (или разрушению) первичного очага;
2. подавление возможности возобновления опухолевого роста, обусловленного диссеминацией опухолевых клеток.

Однако своеобразие и основные закономерности течения онкологического заболевания определяются не только биологическими свойствами опухоли, но и теми специфическими изменениями в состоянии организма, которые в большей или меньшей степени характерны для больных со злокачественными опухолями.

В первую очередь следует иметь в виду наличие сопутствующей патологии и осложнений, вызванных развитием онкологического процесса (анемия, интоксикация, потеря или нарушение физиологических функций пораженного опухолью органа) или, что еще более важно, являющихся патологическим фоном, способствующим прогрессии опухолевого процесса.

Немаловажное значение для планирования лечения имеет то обстоятельство, что у многих онкологических больных отмечается снижение как специфического, так и неспецифического иммунитета.

Для того чтобы правильно выбрать метод лечения необходимо получить полную информацию о **важнейших признаках заболевания**:

- а) локализация опухоли (границы в пределах органа);
- б) анатомическая форма роста опухоли (экзофитная, эндофитная, смешанная);
- в) морфологическая структура опухоли (гистологическая принадлежность, степень дифференцировки (G);
- г) стадии заболевания (размеры и глубина инвазии, отношение к соседним органам, состояние регионарных лимфатических узлов);
- д) общего состояния больного.

В зависимости от цели и поставленных задач различают лечение:

1-радикальное; 2-паллиативное; 3-симптоматическое.

С клинических позиций *радикальным* следует называть лечение, которое направлено на полную ликвидацию всех очагов опухолевого роста. Правда, радикализм проведенного лечения в онкологии всегда в известной мере условен, т.к. никакие методы исследования не дают полной уверенности в отсутствии «скрытой» диссеминации процесса.

Паллиативное лечение направлено на опухоль, но вследствие тех или иных причин (чаще всего связанных с особенностями распространения процесса) излечение пациента заведомо недостижимо.

Симптоматическое лечение не предусматривает достижения какого-либо противоопухолевого эффекта, а направлена лишь на устранение или ослабление тягостных для больного проявлений основного заболевания и его осложнений (или осложнений противоопухолевого лечения) – перевязка сосудов при кровотечении, трахеостомия и т.д.

Радикальное и паллиативное лечение злокачественных опухолей осуществляется с помощью различных противоопухолевых воздействий, которые условно могут быть разделены на три основные группы:

1. противоопухолевые воздействия местно-регионарного типа – хирургическое лечение, лучевая терапия, перфузия противоопухолевых препаратов;
2. противоопухолевые воздействия общего типа – системная химиотерапия, гормонотерапия;
3. вспомогательные противоопухолевые воздействия: иммунотерапия, использование радиомодифицирующих факторов (гипертермия, гипергликемия, гипероксигенация).

В понятие «**радиомодифицирующие факторы**» включены те воздействия, которые усиливают противоопухолевый эффект других методов лечения.

Так, общая и местная гипертермия, оксигенация и окисление опухоли с помощью введения в кровеносное русло большого количества глюкозы, усиливают некробиотическое действие ионизирующей радиации и химиотерапевтических препаратов на опухолевые ткани.

В последние десятилетия для лечения злокачественных опухолей все чаще применяют не один какой-нибудь метод, а их сочетание – последовательно или одновременно.

Для обозначения таких ситуаций используются специальные термины:

- комбинированное лечение;
- комплексное лечение;
- сочетанное лечение.

Комбинированное – использование двух принципиально разных методов лечения (например, оперативного и лучевого; оперативного и химиотерапии; лучевой терапии и химиотерапии).

Комплексное лечение – представляет использование всех трех методов лечения (лучевое, хирургическое, химиотерапия).

Сочетанное лечение – сочетание двух принципиально идентичных, но разных по механизму действия и применению методов (внутриканальное и наружное облучение); применение двух-трех противоопухолевых препаратов с разным механизмом действия.

ПРИНЦИПЫ И МЕТОДЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

У онкологических больных выполняются диагностические и лечебные операции. Лечебные операции делятся на радикальные, условно-радикальные, паллиативные, симптоматические, комбинированные, органосберегающие, реабилитационные, пластические, восстановительные, косметические. Диагностические операции (биопсия) выполняются с целью уточнения диагноза.

Принципы радикальных операций при злокачественных опухолях

К основным принципам относятся: **радикализм; абластика и антибластика; асептика и антисептика.**

Типичное радикальное оперативное вмешательство при раке предусматривает:

1. обязательное удаление опухоли в пределах здоровых тканей (полное удаление органа, или его резекция единым блоком с регионарными лимфатическими узлами, сосудами и окружающей их жировой клетчаткой, соблюдая принцип анатомической «фуллярности» и зональности метастазирования);

2. соблюдение линии отсечения при резекции органа от опухоли. При экзофитной форме роста злокачественной опухоли достаточно отступить 1-2 см. от края опухоли; при инфильтративном характере опухоли нужно отступить не менее 5-6 см.

3. микроскопическое определение удаления опухоли – в дистальном и проксимальном краях отсечения органа с опухолью не должно быть опухолевых клеток.

Абластика представляет комплекс мероприятий, направленных на предотвращение попадания в операционную рану опухолевых клеток и гематогенной диссеминации.

Принципы абластики:

- бережное обращение хирурга с органами и тканями, пораженными опухолью, аккуратность при мобилизации – не мять, не кусковать опухоль;

- стремиться, в едином блоке, удалить клетчатку с лимфатическими узлами, сосудами и органом;

- смена перчаток, инструментов, тщательный гемостаз, электрокоагуляция сосудов;

- промывание полостей антисептиками;

- введение дренажей перед зашиванием раны.

Уровень абластики, при хирургических вмешательствах, можно повысить путем применения особых методик оперирования: зональности и фуллярности. В онкологии «анатомическая зона» - это участок тканей, образованный пораженным опухолью органом и его регионарными лимфатическими узлами и сосудами, а также другими структурами, лежащими на пути распространения опухолевого процесса. Анатомическая фуллярность хирургических вмешательств – оперирование в пределах анатомических фасциальных фуллярнов, ограничивающих распространение опухоли.

Антибластика предусматривает воздействие до, во время и после операции на опухолевые клетки, способные вызвать рецидив заболевания, и включает комплекс мероприятий, направленных на уничтожение и удаление злокачественных клеток, которые могли бы попасть или попали в операционную рану.

Паллиативные операции при злокачественных опухолях проводятся при нерезектабельных опухолях, при наличии противопоказаний к выполнению радикальных оперативных вмешательств.

Симптоматические операции при злокачественных опухолях имеют определенное значение в плане облегчения страданий больных (перевязка сосудов на протяжении при кровотечении из распадающейся опухоли, выполнение трахеостомии при асфиксии).

Реабилитационные операции пластические, восстановительные, косметические.

Дифференциальная диагностика одонтогенных новообразований челюстных костей

Дифференциальную диагностику группы доброкачественных опухолей и опухолеподобных образований челюстей следует проводить по трем основным направлениям: во-первых, необходимо дифференцировать одни доброкачественные опухоли и опухолеподобные образования от других, имеющих сходные клинические проявления; во-вторых, с заболеваниями воспалительного характера, клиническая картина которых похожа на клинику нагнаившихся доброкачественных опухолей и опухолеподобных образований; в-третьих, со злокачественными опухолями челюстей.

Рассмотрение дифференциальной диагностики внутри группы доброкачественных опухолей и опухолеподобных состояний мы начинаем с амелобластомы (адамантиномы), которая имеет много общих признаков с остеобластокластомой и одонтогенными кистами. Необходимость дифференциальной диагностики амелобластомы (адамантиномы) с остеобластокластомой определяется общностью многих клинических проявлений: оба заболевания развиваются медленно, незаметно. В выраженной стадии характеризуются утолщением или веретенообразным вздутием пораженного участка челюсти, иногда расшатанностью зубов. В ряде случаев нагнаиваются. Отмечается схожесть и их рентгенологической картины.

Отличительные признаки амелобластомы (адамантиномы) от остеобластокластомы крайне неспецифичны и мало выражены. При амелобластоме (адамантиноме) реже отмечается появление самопроизвольных болей в области зубов, расположенных в зоне опухоли. Кроме этого, подвижность зубов наблюдается сравнительно редко.

И.Г. Лукомский (1950) отметил, что при адамантиноме зубной ряд обычно не смещен и зубы не расшатаны. Пункция при кистозной форме амелобластомы может дать жидкость, содержащую кристаллы холестерина. При остеобластокластоме, особенно в случаях кистозной и литической ее форм, первым симптомом заболевания часто являются жалобы на самопроизвольную зубную боль. Подвижность зубов отмечается чаще, чем при амелобластоме (адамантиноме), особенно при литической форме. Корни зубов, расположенные в зоне опухоли, как правило, являются резорбированными иногда на 2/3 длины и даже больше. При пункции опухоли иногда можно получить кровянистую жидкость.

Таким образом, дифференциальная диагностика амелобластомы (адамантиномы) с остеобластокластомой представляет значительные трудности. Приведенные выше отличительные клинические симптомы позволяют заподозрить ту или иную опухоль. Основным дифференциально-диагностическим приемом является биопсия.

Однако следует иметь в виду [Ермолаев И. И. и Ланюк Е. В., 1972], что при длительно существующем воспалении вследствие метаплазии эпителия адамантиномы в многослойный плоский эпителий результат гистологического исследования для установления точного диагноза может быть недостаточно убедительным. В подобных случаях, подчеркивают эти авторы, правильный диагноз возможен только после тщательного комплексного анализа анамнестических, клинических, рентгенологических и повторных гистологических данных.

Необходимость дифференциальной диагностики амелобластомы (адамантиномы) с одонтогенными кистами обуславливается сходством клинических проявлений этих образований: вначале незаметное, бессимптомное развитие, в дальнейшем — деформация челюстей в виде округлого выпячивания или веретенообразного вздутия.

Отличительным признаком амелобластомы (адамантиномы) от околокорневой кисты является отсутствие связи в ее развитии с депульпированным или имеющим гангрену пульпы зубом, что выявляется на основании анамнеза, клинического и рентгенологического обследования. При наличии околокорневой кисты из анамнеза можно установить, что ее появлению предшествовало заболевание зуба, а при рентгенологическом обследовании устанавливается связь полости кисты с корнем зуба.

Околокоронковая киста характеризуется наличием в ее полости непрорезавшегося зуба или его коронки, что определяется на рентгенограмме.

Дифференциальная диагностика внутрикостной фибромы челюсти с амелобластомой (адамантиномой) и с остеобластокластомой необходима из-за сходства клиники всех этих опухолей и неспецифичности их симптомов.

Наиболее отличительные признаки этих опухолей выявляются при рентгенологическом и морфологическом исследовании.

Необходимость дифференциальной диагностики внутрикостной фибромы при локализации ее в переднем отделе верхней челюсти с хондромой вызывается их аналогичными клиническими проявлениями: бессимптомным началом, медленным ростом и типичным расположением хондромы в переднем отделе верхней челюсти по ходу срединного шва.

Отличие внутрикостной фибромы, локализующейся в переднем отделе верхней челюсти, от хондромы в том, что фиброма располагается внутри кости и при ее росте отмечается деформация переднего отдела верхней челюсти в виде бухтообразного вздутия. В отдельных случаях возникают боли ноющего характера. Хондрома же чаще располагается снаружи в виде солитарного узла, преимущественно у женщин. Окончательный диагноз ставится на основании данных клинико-рентгенологического и гистологического исследования.

Дифференциальная диагностика хондромы (эксхондромы) с эпулисом, расположенным на десне верхней челюсти. Отличительным признаком эксхондромы является своеобразная ее локализация на вестибулярной поверхности верхней челюсти, где опухоль имеет широкое основание или охватывает альвеолярный отросток в виде седла с обеих сторон [Вернадский Ю. И.].

Эпулис обычно располагается ниже, на десне, имеет ножку и является более подвижным образованием, чем эксхондрома. Окончательно же вопрос решается на основании гистологического исследования.

Дифференциальная диагностика остеобластокластомы с хондромой (энхондромой) необходима вследствие однотипности клинических проявлений этих опухолей: незаметное начало, медленное развитие, деформация челюсти, боли и расшатанность зубов при кистозной и литической формах остеобластокластомы и энхондромы. Отличительным симптомом ячеистой формы остеобластокластомы от энхондромы является устойчивость зубов в зоне опухоли. При энхондроме зубы в зоне опухоли расшатаны.

Кистозная и литическая формы остеобластокластомы от энхондромы отличаются тем, что при этих формах вначале появляется деформация челюсти, а затем в зубах, расположенных в этой области, возникают боли, зубы расшатываются и смещаются.

При энхондроме вначале возникают боли в зубах, появляются их подвижность и смещение, а затем возникает деформация челюсти в виде плотного, неподвижного выпячивания, болезненного при пальпации. Окончательный диагноз устанавливается после патогистологического исследования.

Необходимость дифференциальной диагностики компактной остеомы с экзостозом челюстей обуславливается следующими их общими клиническими симптомами: незаметным возникновением этих образований, медленным и длительным их течением, выражающимся в утолщении отдельных участков челюсти. Отличие компактной остеомы от экзостоза в том, что остеома, развиваясь из кости, вызывает постепенное утолщение определенного участка челюсти, обуславливая ее деформацию, косметические или функциональные нарушения. Так, при локализации в области тела нижней челюсти остеома иногда вызывает невралгические боли. Располагаясь на венечном или мышцелковом отростке, она приводит к постепенно нарастающему ограничению открывания рта; при локализации на верхней челюсти в верхнечелюстной пазухе опухоль может вызвать экзофтальм, невралгию первой ветви тройничного нерва, слезотечение, диплопию, понижение остроты зрения.

Экзостозы — небольшие костные выступы, чаще локализуются на альвеолярной части нижней челюсти или альвеолярном отростке верхней, на твердом нёбе и очень редко на мышцелковом отростке. При локализации экзостозов на альвеолярной части или альвеолярном отростке, на твердом нёбе они не вызывают болевых ощущений и вышеуказанных функциональных расстройств, не приводят к значительной деформации челюсти. Только при локализации в области мышцелкового отростка, что наблюдается крайне редко, экзостозы могут вызывать болевые ощущения, ограничения открывания рта, нарушение прикуса.

На рентгенограмме экзостоз выявляется в виде локального утолщения компактного слоя кости. Необходимость дифференциальной диагностики компактной остеомы с гиперостозом челюсти обуславливается сходными их клиническими проявлениями, выражающимися в утолщении и деформации челюсти.

Отличие компактной остеомы от гиперостоза в том, что компактная остеома возникает без видимых причин. Гиперостоз челюсти является результатом перенесенного периостита или паностита, вызванного воспалительным процессом (хронические периодонтиты зубов, первично-хронические одонтогенные остеомиелиты челюстей) или травмой (острой, хронической), что устанавливается на основании изучения анамнеза. Необходимость проведения дифференциальной диагностики компактной остеомы с остеоид-остеомой вызывается тем обстоятельством, что, развиваясь в толще челюсти, эти опухоли характеризуются болевым симптомом.

Отличие остеомы от остеоид-остеомы в том, что остеома вызывает невралгические боли в результате сдавления нервных стволов, находящихся в костных каналах. При остеоме наблюдается деформация челюсти из-за избыточного развития костной ткани. Остеоид-остеома проявляется ноющими, периодически обостряющимися болями, главным образом в ночное время. Характерным при этом, как отмечает Ю. И. Вернадский (1970), является болеутоляющее действие асвирина. Из-за малых размеров опухоли деформации челюсти обычно не отмечают.

Окончательная дифференциация опухолей основывается на рентгенологических и патогистологических данных.

Дифференциальная диагностика внутрикостных гемангиом представляет большие трудности. С. А. Холдин (1935) указывал, что в большинстве случаев они диагностируются лишь на операционном столе или на аутопсии. Клинические их проявления имеют много общего с другими внутрикостными опухолями и опухолеподобными образованиями, например с амелобластомой (адамантиномой), остеобластокластомой, эозинофильной гранулемой, одонтогенными кистами и др. Все эти внутрикостные опухоли и опухолеподобные образования в начале своего возникновения, так же как и гемангиомы, ничем себя не проявляют. По мере дальнейшего развития их возникает деформация челюстей. При амелобластоме, остеобластокластоме, эозинофильной гранулеме и реже при внутрикостной гемангиоме в ряде случаев наблюдаются расшатывание зубов и появление боли.

Рентгенологическая картина внутрикостных гемангиом полиморфна, и, как отмечают И. И. Ермолаев, А. А. Колесов, М. П. Горбушина (1972), она может симулировать перечисленные выше патологические процессы. Поэтому лишь тщательный анализ отличительных клинических симптомов позволяет с определенной степенью достоверности дифференцировать внутрикостную гемангиому от вышеуказанных опухолей и опухолевых образований.

Таковыми отличительными симптомами, в определенной мере характерными для внутрикостных гемангиом, являются: чувство прилива и тяжести при наклоне головы и физической нагрузке, гипертрофия и кровоточивость десен (без гнилостного запаха изо рта, характерного для диффузной формы эозинофильной гранулемы), звёблущее-эластическая, иногда пульсирующая, поверхность пораженного гемангиомой участка челюсти, «симптом провала».

Эти клинические симптомы, свидетельствующие о возможном наличии внутрикостных гемангиом, вызывают необходимость рентгенологического исследования челюстей для установления внутрикостных изменений. Диагноз может быть подтвержден пункцией опухоли тонкой иглой.

Проведение дифференциальной диагностики мягкой одонтомы с амелобластомой (адамантиномой) показано из-за сходства их клинических симптомов и рентгенологической картины. Клинически обе опухоли в развитой стадии характеризуются равномерным или бугристым вздутием челюсти, а в более позднем периоде - резким истончением компактного слоя челюсти.

На рентгенограмме мягкая одонтома часто проявляется как поликистозное образование, напоминающее адамантиному. Эти сходные признаки и определяют необходимость проведения дифференциальной диагностики. Отличием мягкой одонтомы является более молодой возраст больных. На рентгенограмме при мягкой одонтоме заметны нарушение кортикального слоя и отсутствие замыкающей костной пластинки.

Амелобластома (адамантинома) чаще развивается у лиц старше 21 года, преимущественно на нижней челюсти в области тела и ветви. На рентгенограмме при амелобластоме на границе с неизменной костью отмечается узкая полоска склероза. Окончательный диагноз устанавливается после сопоставления клинорентгенологических данных и патоморфологического исследования». Дифференциальная диагностика твердой одонтомы с затрудненным прорезыванием зуба мудрости бывает необходимой из-за того, что твердая одонтома часто по клиническому течению напоминает затрудненное прорезывание зуба мудрости. Окончательный диагноз устанавливается на основании характерных данных рентгенологического исследования.

Дифференциальная диагностика амелобластомы (адамантиномы), остеобластокластомы, одонтогенных кист при их нагноении с одонтогенными окологлазничными флегмонами необходима потому, что перечисленные опухоли и опухолеподобные образования при их нагноении вызывают воспалительные симптомы и сопровождаются распространением воспалительного процесса на смежные анатомические области.

Отличие нагноившихся опухолей и опухолеподобных образований от одонтогенных окологлазничных флегмон состоит в том, что:

- 1) воспалительный процесс у них не начинается с явлений периодонтита;
- 2) воспалительному процессу предшествует асимметрия лица из-за деформации челюсти в результате имеющегося опухолевого или опухолеподобного образования;
- 3) при рентгенологическом обследовании на рентгенограммах челюстей отмечаются изменения, характерные для вышеуказанных опухолей и опухолеподобных образований.

При одонтогенных окологлазничных флегмонах воспалительный процесс обычно начинается с периодонтита в области зуба, являющегося местом локализации входных ворот для инфекции. Асимметрия лица появляется после возникновения воспалительного процесса. При рентгенологическом обследовании на рентгенограммах челюстей в большинстве случаев определяются изменения в области верхушки корня зуба типа хронического периодонтита.

Проведение дифференциальной диагностики остеид-остеомы, литической формы остеобластокластомы, эозинофильной гранулемы с хроническим одонтогенным остеомиелитом челюстей показано из-за некоторого сходства их клинической и рентгенологической картин. Клинические проявления этих опухолей и опухолеподобных образований, а также клинические проявления одонтогенного хронического остеомиелита характеризуются ноющими болями в пораженном участке челюстей, подвижностью и смещением зубов. На рентгенограммах при этом отмечаются очаги деструкции костной ткани.

Отличие вышеуказанных опухолей и опухолеподобных образований от хронического одонтогенного остеомиелита в том, что при опухолях и опухолеподобных образованиях перечисленные выше симптомы (болевые ощущения, расшатанность и смещение зубов) развиваются без предшествующего острого воспалительного процесса, в то время как хронический одонтогенный остеомиелит возникает после острого остеомиелита, вызванного вовлечением инфекции из депульпированного зуба или зуба с гангренозной пульпой. При этом хронический одонтогенный остеомиелит характеризуется наличием на коже или слизистой оболочке свищей с гнойным отделяемым.

На рентгенограммах при хроническом одонтогенном остеомиелите в очагах деструкции кости почти всегда определяются костные секвестры, чего не отмечается на рентгенограммах при вышеуказанных опухолях и опухолеподобных образованиях.

Ссылка для прохождения тестирования.

После изучения лекции необходимо пройти тестирование при помощи сервиса Гуглформы. Пожалуйста, корректно заполняйте поля ФИО, факультет и номер группы

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSd1WC5LbVC0c76u92M99jrKf9Qy3_IUy_b3BtQWn4pL4ixXf/w/viewform