

ОПУХОЛИ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Студентка 5-го курса стоматологического факультета

Алмасбеккызы Алия

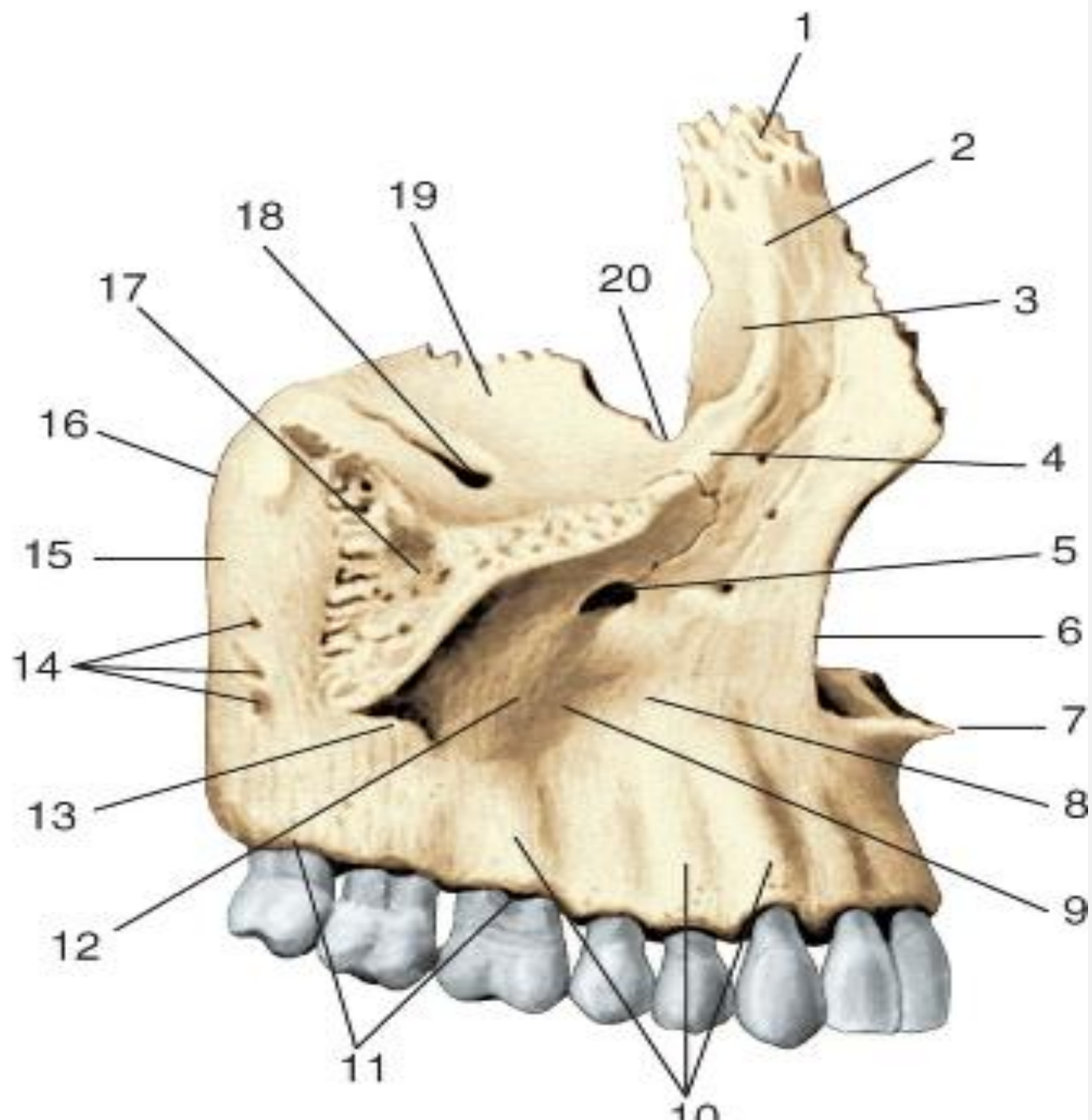
ВЕРХНЯЯ ЧЕЛЮСТЬ

- Верхняя челюсть (maxilla), парная, располагается в центре лица и соединяется со всеми его костями, а также с решётчатой, лобной и клиновидной костями. Верхняя челюсть принимает участие в образовании стенок глазницы, носовой и ротовой полостей, крыловидно-нёбной и подвисочной ямок. В ней различают тело и 4 отростка, из которых лобный направлен вверх, альвеолярный - вниз, нёбный обращен медиально, а скуловой - латерально. Несмотря на значительный объем, верхняя челюсть очень легкая, так как в ее теле находится полость - верхнечелюстная пазуха (sinus maxillaris).

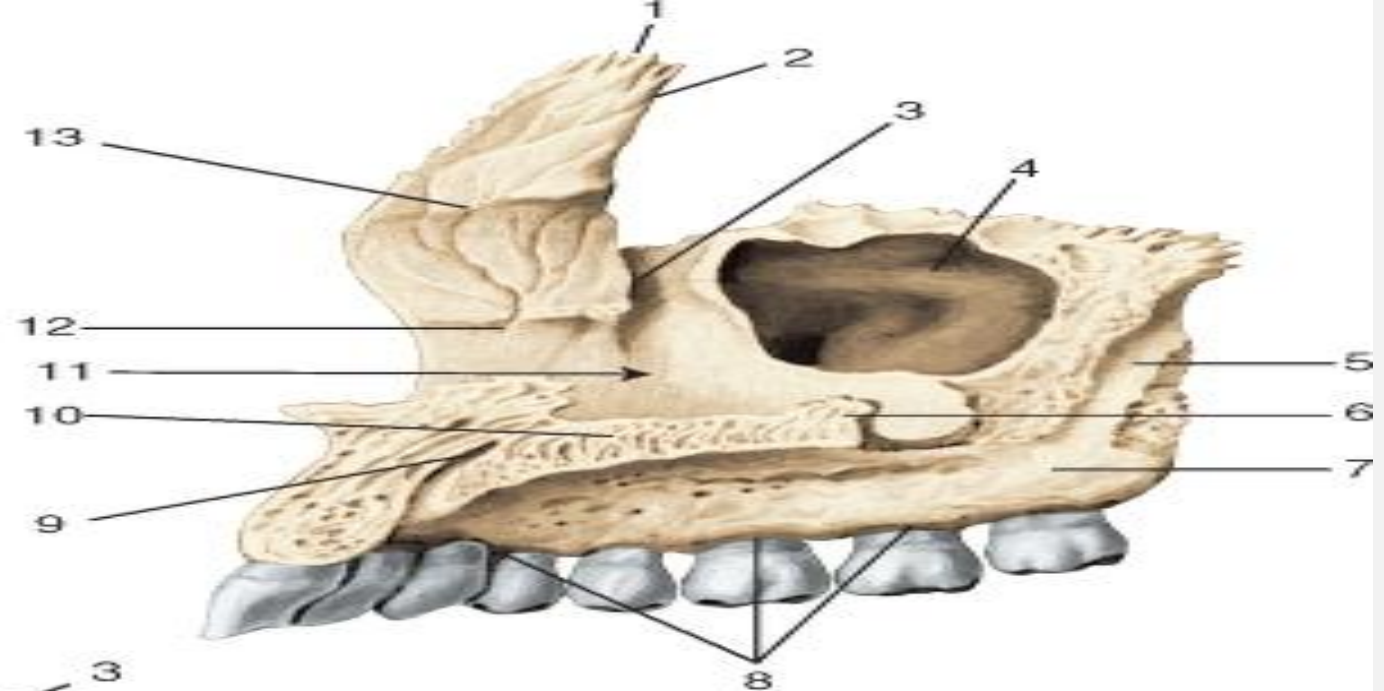


a

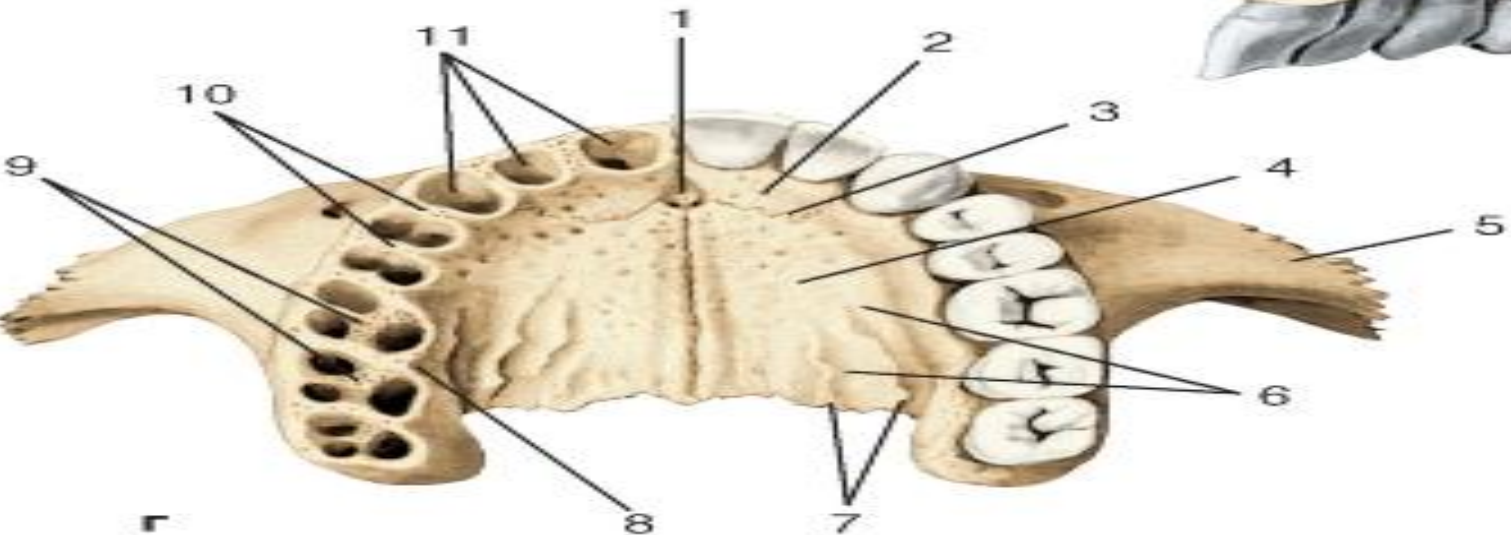
6



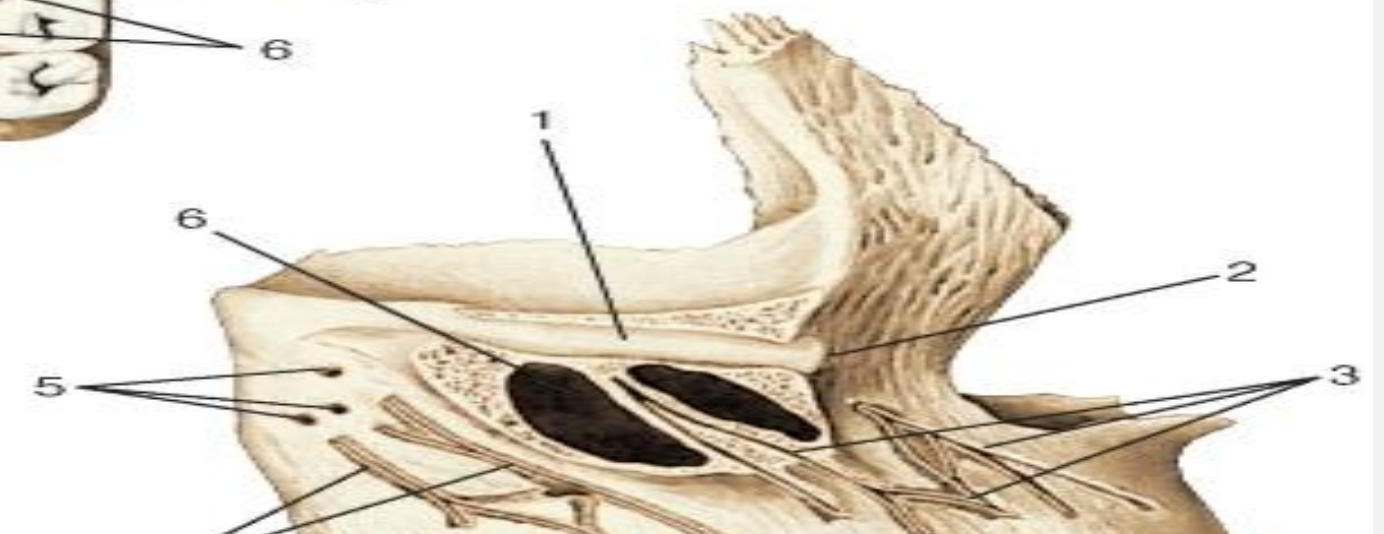
В



Г

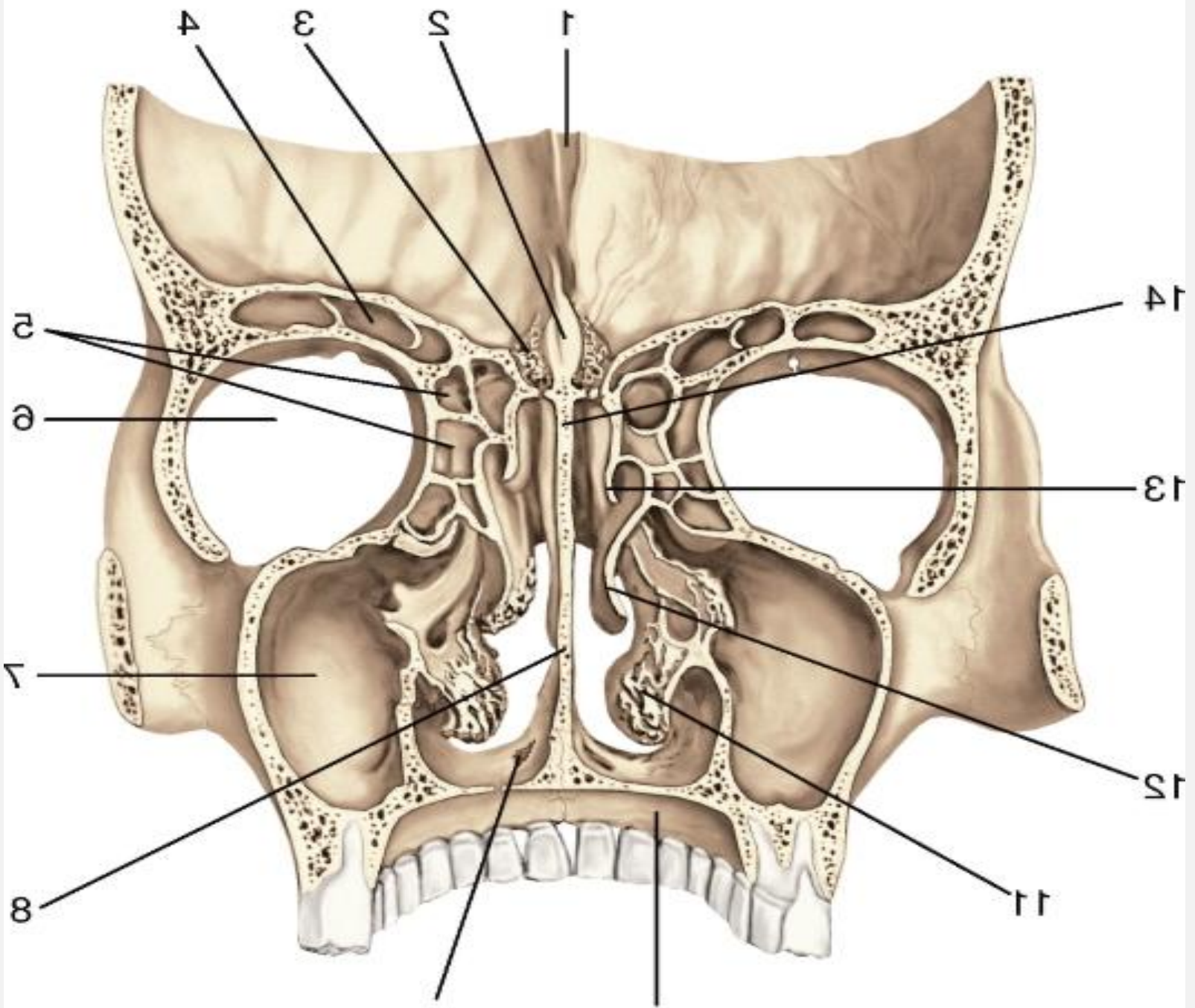


Д



ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНАЯ ПАЗУХА

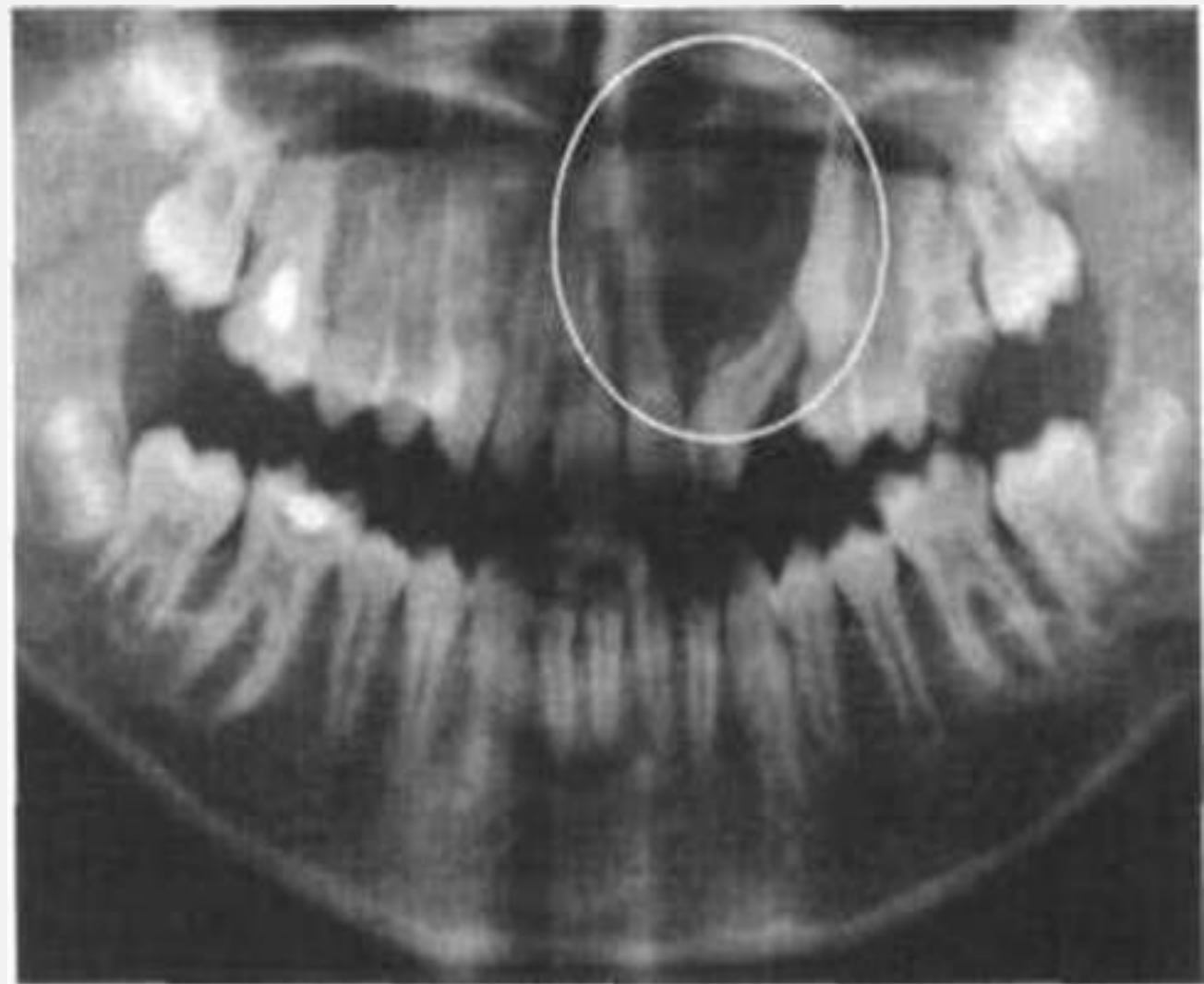
- Верхняя стенка пазухи, отделяющая ее от глазницы, на большем протяжении состоит из компактного вещества и имеет толщину 0,7-1,2 мм, утолщаясь у подглазничного края и скулового отростка. Нижняя стенка подглазничного канала и подглазничной борозды очень тонкая. Иногда на некоторых участках кости она совсем отсутствует, а нерв и сосуды, проходящие в этом канале, отделены от слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи только надкостницей.



- Опухоли подразделяются на костеобразующие, хрящеобразующие, костномозговые, сосудистые и прочие соединительнотканые. Чаще отмечается доброкачественное строение опухолей. Фиброзные опухоли отличаются наличием фибробластов и клеточных элементов. Чем обильнее клеточный компонент, тем более злокачественными характеристиками обладает опухоль. То же относится и к хрящевым опухолям. Хондромы развиваются из хрящевых масс, располагающихся как в периосте по периферии кости, так и внутрикостно - в костно-мозговом канале. Деление опухолей на доброкачественные и злокачественные среди фиброзных и хрящевых опухолей является несколько условным, так как нередко клинические признаки деструктивного роста отмечаются при опухолях, имеющих при оценке их микроскопической структуры все признаки доброкачественных.
- Из доброкачественных опухолей наиболее часто отмечается остеоид-остеома у подростков и молодых людей и остеома, встречающаяся у людей любого возраста и обоих полов. Для обоих видов этих доброкачественных опухолей характерна локализация в лобной кости и других костях лицевого скелета. Морфологически различают компактные и губчатые остеоидомы. Оба вида опухоли состоят из хорошо дифференцированной костной ткани. В компактной остеоидоме более выражена продукция костного вещества.
- Из лицевых костей наиболее часто поражаются обе верхние челюсти. Клинически развитие опухолей костей черепа проявляется увеличением размеров мозгового или какого-либо отдела лицевого черепа. Челюстные кости увеличиваются в размерах, деформируются, становятся утолщенными, бугристыми. Из доброкачественных опухолей также частыми в области челюстей являются остеобластокластома и адентинома (амелобластома).

АМЕЛОБЛАСТОМА

- Амелобластома происходит из одонтогенного эпителия и имеет характерные признаки местно-деструирующего роста. Она чаще всего встречается в области больших коренных зубов нижней челюсти как у мужчин, так и у женщин. Описаны адамантинемы и в других костях скелета. В челюсти формируется кистозная полость однокамерная или многокамерная, обуславливающая деформацию кости. Дифференцировать эту опухоль следует с кистами челюстей, чаще нижней, плоскоклеточным раком, аденокистозным раком слюнных желез. На протяжении многих лет опухоль может расти бессимптомно, однако по мере развития опухоли часто отмечаются боли в интактных зубах и интактной челюсти. Озлокачествление добро- качественной опухоли клинически проявляется ускорением роста опухоли, распространением в окружающие ткани.



- Одонтогенные опухоли наблюдаются в области зубных рядов челюстей. В нижней челюсти встречаются эпителиальные (одонтогенные) и неэпителиальные (мезенхимальные) образования. Обызвествляющаяся одонтогенная эпителиальная опухоль, аденоамелобластома, дентинома развиваются из непрорезавшегося зуба. Также к одонтогенным относятся сложная одонтома и цементома, отличительным признаком которых является наличие цементоподобных тканей.
- Озлокачествлению могут подвергаться фиброзные остеодистрофии, фиброзные дисплазии, разнообразные хрящевые поражения. Более 50% больных указывают на наличие в анамнезе травмы, с
- которой связывают начало развития опухоли. Нередко назначаемые в связи с перенесенной травмой физиопроцедуры и массаж способствуют ускорению темпов роста и развития опухоли. Синовиальная саркома и саркома Юинга развиваются в более молодом возрасте, как правило, до 25 лет. Злокачественная фиброзная гистиоцитома и лейомиосаркома возникают в более старшем возрасте (45 лет и старше).

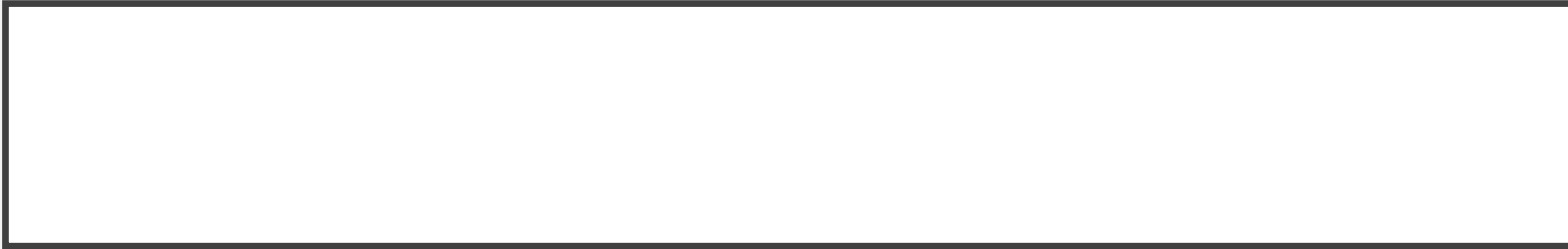
Остеогенная саркома является наиболее частой первичной костной опухолью, наблюдается чаще у мужчин в молодом возрасте (до 25 лет) (рис. 22.16). Различают остеопластический, остеолитический и смешанный варианты строения опухоли. Эта опухоль агрессивна, отмечается гематогенное метастазирование в легкие, кости черепа, грудину, ребра и др. Вариант деформации, а также и сопутствующие симптомы зависят от исходной локализации и варианта строения опухоли. Так, при росте опухоли в направлении орбиты возникают глазные симптомы: выпячивание глазного яблока, нарушение его подвижности в виде ограничения движений в какую-либо сторону, слезотечение, диплопия, сужение полей зрения и снижение его остроты и др. При высокой степени развития опухоли отмечаются неприятные ощущения, ноющие боли, деформация лица. При распространении опухоли в направлении полости черепа развивается общемозговая симптоматика: головные боли, расстройства памяти, эпилептические припадки.

- Злокачественные эпителиальные опухоли чаще наблюдаются в нижней челюсти. К ним относятся одонтогенный рак (злокачественная амелобластома), который имеет резко анаплазированные эпителиальные клетки, и первичный плоскоклеточный рак (внутрикостный), который происходит из остатков одонтогенного эпителия.
- Решающее значение для установления природы новообразования и его распространенности имеют методы лучевой и морфологической диагностики. Учитывая простоту тонкоигольной пункции, отсутствие осложнений, хорошую переносимость больными, возможность повторных исследований, эта манипуляция является предпочтительной при опухолях челюстей. Кроме установления гистогенеза опухоли, цитологическое исследование позволяет проводить дифференциальный диагноз с неопухолевыми патологиями.
- Опухоли часто обнаруживаются случайно при рентгенологическом исследовании. Для адекватной диагностики опухоли костной или хрящевой части лицевого скелета необходимо всестороннее рентгенологическое исследование, при этом используются прицельные рентгенограммы, КТ, ангиография. Рентгенологические признаки часто позволяют определить доброкачественный или злокачественный характер опухоли.
- Рентгенологическая картина опухолей определяется морфологической структурой, локализацией и темпами роста. Очаг поражения обычно не имеет четких границ, опухоль выходит за пределы кости и костно-мозговой полости. Целесообразно дополнять обзорные рентгенограммы прицельными снимками и томограммами, чтобы выявить даже незначительные структурные изменения в костях, так как это существенно влияет на объем хирургического вмешательства. Остеогенная саркома и хондросаркома имеют характерные рентгенологические проявления, что дает возможность часто уже по рентгенологическим данным установить гистологическую природу опухоли.

- При разных первичных и метастатических опухолях костей скелета челюстно-лицевой области рентгенологическая картина различна. Наиболее типична рентгенологическая картина при множественной миеломе, сразу же позволяющая предположить морфологический характер опухоли. Определяются множественные очаги остеопороза в костях черепа, в которых костные структуры замещаются миеломными клетками разной степени зрелости. Преимущества КТ очевидны при наличии мягкотканного опухолевого компонента и
- необходимости определения распространения опухоли в орбиту, полость черепа, клетки решетчатого лабиринта, крылонёбную и подвисочную ямки. Для злокачественных опухолей характерно наличие периостальной реакции, кальцификаты во внескостной массе опухоли и равномерный рост опухоли во всех направлениях. Все эти признаки прослеживаются при рентгенологическом обследовании. Забор материала для морфологического исследования проводится несколькими методами: путем аспирационной биопсии (пункция опухоли выполняется толстой иглой) либо специальным приспособлением может быть получен столбик ткани, наконец, может быть выполнена открытая биопсия. Микроскопически для опухолей кости характерен атипизм клеток, костного вещества и архитектоники костных балок.
- Важным этапом обследования является радионуклеидная диагностика, особенно для определения метастатического поражения других костей челюстно-лицевой области и скелета. Радионуклеидный метод диагностики используется в комплексе с другими методами. Злокачественные неэпителиальные опухоли челюстно-лицевой области отличают редкое гематогенное метастазирование и частое рецидивирование. Злокачественные эпителиальные опухоли этой зоны характеризуются редким развитием лимфогенных метастазов.

- Классификация опухолей костей по TNM одинакова как для костей лицевого скелета, так и для костной системы в целом.
- T - первичная опухоль.
- Tx - определить распространенность первичной опухоли невозможно.
- T0 - первичная опухоль не определяется.
- T1 - опухоль размерами, не превышающими 8 см или менее в наибольшем измерении.
- T2 - опухоль размерами, превышающими 8 см в наибольшем измерении.
- T3 - множественные опухолевые образования в пораженной кости или опухоль, выходящая за пределы основного костного очага. N - регионарные лимфатические узлы.

- Nx - недостаточно данных для оценки регионарных лимфатических узлов.
- N0 - нет признаков поражения регионарных лимфатических узлов.
- N1 - выявлены метастазы в лимфатических узлах.
- M - отдаленные метастазы.
- Mx - недостаточно данных для определения отдаленных метастазов.
- M0 - нет признаков отдаленных метастазов. M1 - имеются отдаленные метастазы. M1a - отдаленные метастазы выявлены M1b - выявлены отдаленные метастазы других локализаций. Большое значение имеет критерий G (гистопатологическая дифференцировка):
- Gx - степень дифференцировки не может быть установлена. G1 - высокая степень дифференцировки. G2 - средняя степень дифференцировки. G3 - низкая степень дифференцировки. G4 - недифференцированные опухоли.



- Верхненаружная локализация опухоли при выходе за пределы пазухи сопровождается смещением кнутри глазного яблока, разрушением скуловой кости. Верхневнутренняя локализация при распространении за пределы костных границ пазухи вызывает смещение глазного яблока кнаружи, слезотечение. Нижние локализации опухоли нередко обуславливают разрушение твердого нёба, патологическую подвижность соответствующих зубов или видимое разрушение твердого нёба. В последнем случае необходимо дифференцировать опухоль верхнечелюстной пазухи от опухоли слизистой оболочки полости рта.

- Клиническая классификация первичной опухоли верхнечелюстной пазухи.
- Тх - определить распространенность первичной опухоли невозможно.
- Tis - преинвазивная карцинома (carcinoma in situ). Т0 - первичная опухоль не определяется.
- Т1 - опухоль ограничена пределами верхнечелюстной пазухи, пристеночного или более глубокого разрушения кости нет.
- Т2 - опухоль разрушает кости, образующие твердое нёбо и/или средний носовой ход, но не распространяется на заднюю стенку пазухи и крыловидный отросток клиновидной кости черепа.
- Т3 - опухоль распространяется на кость, образующую заднюю стенку верхнечелюстной пазухи, подкожную клетчатку, дно или медиальную стенку орбиты, крыловидную ямку, решетчатый лабиринт.
- Т4а - опухоль занимает передние отделы орбиты, распространяется на кожу щеки, крыловидный отросток клиновидной кости, подвисочную ямку, в клиновидную и лобную пазухи.



Новообразования нижнепередненаружного сегмента. Имеют тенденцию к распространению в область височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС), подвисочной ямки, полость рта, щеки. Среди первых симптомов опухолей этой локализации следует отметить боль с иррадиацией в ухо, что обусловлено вовлечением в процесс II и III ветвей тройничного нерва. В более позднем периоде вследствие поражения внутренней крыловидной, жевательной мышц возникает контрактура. При тенденции к распространению внутрь поражаются боковая стенка глотки, небная миндалина. При росте кнаружи появляется асимметрия лица. Прорастание наружной сонной артерии или ее ветвей может привести к обильным повторяющимся кровотечениям, одно из которых может закончиться летальным исходом.

Злокачественные опухоли данного сегмента длительно себя не проявляют, только после разрушения стенок гайморовой пазухи обнаруживаются первые симптомы злокачественного роста, но они являются поздними.



