

## **ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ НЕОДОНТОГЕННОЙ ПРИРОДЫ. ПРЕДРАКОВЫЕ ПОРАЖЕНИЯ КОЖИ ЛИЦА, КРАСНОЙ КАЙМЫ ГУБ И СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА. ОСНОВНЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ В ОНКОЛОГИИ. ОРГАНИЗАЦИЯ ОНКОСТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ**

Доброкачественные опухоли неодонтогенной и неодонтогенной природы, опухолеподобные образования челюстей

К неостеогенной группе опухолей челюстей можно отнести: гемангиомы, гемангиоэндотелиомы, фибромы, неврофибромы, невролеммомы, миксомы, хондромы. В разряд неостеогенных опухолеподобных образований можно отнести холестеатому.

**Гемангиома**

Общие сведения. Изолированные гемангиомы челюстей встречаются сравнительно редко. Чаще имеют место сочетанные гемангиомы мягких тканей лица или полости рта с гемангиомой челюсти. В таких случаях слизистая оболочка десен и неба бывает ярко-красного или сине-багрового цвета, что облегчает постановку диагноза.

Значительно труднее установить диагноз гемангиомы челюсти в тех случаях, когда окружающие мягкие ткани не вовлечены в поражение. Такие изолированные гемангиомы челюстей могут проявляться повышенной «беспричинной» кровоточивостью десен, при лечении пульпитов и периодонтитов возникает упорная кровоточивость из корневых каналов.

Серьезным осложнением является мощное артериальное кровотечение из гемангиомы челюсти в том случае, когда поставлен неправильный диагноз (остеобластокластома, остеодисплазия, остеофиброма и т. п.) и производится биопсия или удаление расположенного в зоне гемангиомы резко расшатанного зуба. Такое внезапно возникшее кровотечение может оказаться смертельным, особенно в случае возникновения его в условиях поликлиники, на приеме у неопытного врача.

Однако чаще всего больные с гемангиомой челюсти обращаются в клинику по поводу повышенной кровоточивости из десен или из канала зуба.

Клиника зависит от локализации, степени распространения опухоли и ее гистологического строения. Гемангиома челюсти может быть ограниченной и распространенной, капиллярной и кавернозной. Распространяясь на кортикальную часть челюсти, она может обусловить симптом целлулоидной игрушки или симптом флюктуации, истончив или полностью разрушив на определенном участке спонгиозную и кортикальную ткань челюсти. При этом возможно разрушение альвеолярного отростка и связанное с этим прогрессивное усиление симптома расшатанности зубов, вздутия кости, в связи с чем больной может явиться к врачу с просьбой удалить такой препятствующий жеванию зуб или даже группу зубов. Прорастая из надкостницы в слизистую оболочку десны, гемангиома челюсти становится заметной по своему синюшному цвету; зубы при этом едва удерживаются в мягких тканях. В таких случаях больные обращаются к врачу по поводу неоднократно-повторяющихся упорных кровотечений из десны; из полости разрушенного зуба или из носа. Значительной асимметрии лица при гемангиоме обычно не отмечается, так как чрезмерного разрушения челюсти не происходит из-за кровотечений.

На рентгенограмме гемангиома челюсти проявляется вздутием кости, мелко – или среднеячеистым рисунком, иногда имеют место периостальные наслоения.

Патологическая анатомия. Внутрикостные гемангиомы челюстей бывают, как правило, кавернозными, ветвистыми или сочетаются с капиллярными. Реже они представляют собой сплетение ветвистых аневризм либо сплетение расширенных крупных сосудов. В еще более

редких случаях гистологическая картина представляет преимущественно капиллярную форму гемангиомы.

Диагностика гемангиом челюстей представляет значительные трудности тогда, когда отсутствуют жалобы на кровоточивость десен, и опухоль не приблизилась к слизистой оболочке десны. В таких случаях приходится дифференцировать гемангиому от остеобластокластомы, адамантиномы, миксомы.

Пункция гемангиомы почти всегда является достаточным ориентиром. Однако отсутствие крови в шприце еще не дает полного основания отвергнуть диагноз гемангиомы. Поэтому в таком случае следует повторить пункцию с другого полюса опухоли, а полученный пунктат при первой пункции подвергнуть цитологическому исследованию.

Большим подспорьем в неясных случаях является биопсия. Однако, решившись на взятие кусочка подозреваемой гемангиомы, хирург должен быть готов к тому, что во время биопсии появится сильное кровотечение, которое необходимо будет срочно остановить и произвести восполнение кровопотери.

Желательно до хирургического вмешательства произвести ангиографию лицевого скелета, благодаря которой можно установить источник гемангиомы, а также обширность ее распространения к основанию черепа, при локализации на верхней челюсти. Ангиографию должен производить специально подготовленный рентгенолог.

Наконец, нужно отметить, что каждый больной с гемангиомой лица должен быть тщательно обследован для выявления у него гемангиомы челюсти. Раннее выявление ее способствует раннему применению консервативных способов лечения.

Лечение. Небольшие костные гемангиомы можно ликвидировать методом поэтапной склерозирующей терапии. В результате введения склерозирующих растворов происходит свертывание крови в полостях гемангиомы, фибротизация и запустение их. Наиболее обширные гемангиомы челюсти обычно подвергаются хирургическому лечению – резекции челюстей. Прогноз – благоприятный лишь при условии раннего выявления и лечения.

#### Гемангиоэндотелиома

Эта опухоль встречается в челюстных костях исключительно редко.

А.А. Колесов (1964) описал лишь два случая из 1034 опухолей челюстей.

Патогенез. Опухоль исходит из эндотелия кровеносных сосудов челюсти. По степени зрелости занимает промежуточное положение между гемангиомой и гемангиосаркомой. Наблюдается главным образом у детей. Отличается от ангиом более быстрым ростом с инфильтрацией и прорастанием в окружающие ткани, чаще вызывает кровотечение и изъязвления слизистого покрова десны.

Лечение. Глубокая рентгенотерапия с последующим радикальным удалением опухоли в пределах здоровых тканей. Прогноз. Благоприятный, лишь при условии раннего выявления и комплексного лечения.

#### Фиброма

Фибромы челюстей встречаются, по данным А.А. Колесова (1964), у 2 % больных, обратившихся в клиники челюстно-лицевой хирургии, по поводу первичных опухолей и опухолеподобных образований челюстей. Чаще (в 3 раза) встречаются они у женщин, в возрасте 10-60 лет, локализуясь в основном на нижней челюсти и твердом небе.

Клиника. Развиваясь вначале медленно и безболезненно, опухоль может быть обнаружена случайно, после появления парестезии губы или незначительной боли в челюсти. По данным литературы различают три варианта клинического течения фибромы нижней челюсти: 1) когда опухоль локализуется в толще кости, кость веретенообразно утолщается, опухоль не прорастает в окружающие ткани; 2) тело челюсти разрушается опухолью, локализуясь на внутренней поверхности ее и в толще мягких тканей дна полости рта; 3) опухоль исходит из небных отростков в/челюсти и выпячивается над поверхностью твердого неба.

Диагностика. Рентгенологически при наличии внутрочелюстной фибромы определяется четко очерченный, округлый или овальный очаг разрушения кости. Иногда он локализуется в теле челюсти, иногда – в альвеолярном отростке и распространяется на тело челюсти. В последнем случае клинически на десне можно обнаружить выбухающие в рот 1–2 узла опухоли. Если имеется фиброма петрифицирующая, на рентгенограмме определяются плотные участки, а при наличии миксоматозных включений видны очаги разрежения.

Дифференциальный диагноз нужно проводить с учетом сходных симптомов саркомы (у детей), кисты резцового канала и хондромы (при локализации фибромы в переднем отделе верхней челюсти); в других случаях – симптомов остеобластокластомы, фиброзной дисплазии и адамантиномы.

Лечение. Фиброму, локализирующуюся в толще нижней челюсти, нужно вылущить через трепанационное отверстие, которое создают по переходной складке или у края нижней челюсти. Последний путь используется, как правило, и при фибромах, локализирующихся на внутренней поверхности тела нижней челюсти.

При наличии фибромиксомы необходима операция по типу резекции челюсти в пределах здоровых тканей, так как возможен рецидив опухоли.

Прогноз – после хирургического лечения благоприятный.

Нейрофибриома (неврилеммома)

Общие сведения. Нейрофибриома, или неврилеммома, встречается очень редко в толще челюстных костей. Например, А. А. Колесов из 1034 случаев опухолей в челюстях отметил нейрофиброму лишь 6 раз.

Патогенез. Нейрофибриома развивается на нижней челюсти из заложенного здесь нижнелуночкового нерва, а на верхней челюсти – из разветвлений верхнелуночкового нерва. Опухоль может достигать размеров сливы; постепенно нарастающие боли сменяются парестезией или анестезией половины нижней губы или соответствующих зубов верхней челюсти.

Клиническая картина не имеет специфических симптомов, поэтому диагноз устанавливается только после операции при гистологическом исследовании.

Лечение хирургическое: необходимо полностью удалить опухоль.

Лучевая терапия неэффективна. Прогноз благоприятный.

Миксома

Общие сведения. Миксома (от греч. уха – слизь) занимает промежуточное место между новообразованиями из волокнистой соединительной ткани и опухолями из хряща, кости и жира. Некоторые исследователи считают миксому опухолью, развившуюся из эмбриональной мезенхимальной ткани.

В челюстных костях встречается, по данным А. А. Колесова (1964), редко (1,2%); клинически и рентгенологически не диагностируется. Чаще поражает возраст от 14 до 30 лет. Продолжительность болезни до поступления в клинику – от 3 месяцев до 4 лет. Локализуется главным образом в переднебоковом отделе нижней челюсти и боковом отделе верхней челюсти. Нередко сочетается с другими опухолями, поэтому приобретает двойное название – миксохондрома, фибромиксома, миксолипома, миксосаркома и др.

Патогенез. Миксома растет из-под надкостницы, из слизистых сумок вблизи сустава слизистой оболочки верхнечелюстного синуса.

Клиника. Миксома растет медленно, безболезненно, прорастая в окружающую кость в виде бухтообразных углублений. Достигнув значительных размеров, она приводит к деформации челюсти в виде плотного безболезненного гладкого выпячивания. Вростая в альвеолярный отросток, вызывает смещение зубов в деформацию зубного ряда; локализуясь в области ветви челюсти, может симулировать болезнь около-

ушной слюнной железы или жевательной мышцы (киста, миома).  
 Диагноз. Рентгенографическая картина довольно типичная: на фоне разрежения костной ткани видны четко определяемые ячейки; опухоль не имеет четких границ и пограничного склероза кости; отмечается тенденция вызывать рассасывание корней зубов. Однако аналогичное ячеистое строение может быть при остеобластокластоме, фиброзной дисплазии и кистозной адамантиоме. Поэтому окончательный диагноз устанавливается обычно на основании пункции или гистологического исследования, разрешающих сомнения.

Лечение – хирургическое. Оперативное вмешательство заключается в удалении опухоли в пределах заведомо здоровой кости. Ограничиваться одним лишь выскабливанием нельзя, так как бухтообразность контуров опухоли исключает радикальность операции. Лучевая терапия неэффективна.

Рекомендуется операция: резецировать пораженный участок кости субпериостально, проварить его в кипящем физиологическом растворе натрия хлорида, убрать веретенообразные вздутия и реплантировать в периостальное ложе, закрепив в прежнем положении спицами Киршнера либо на костным проволочным швом. Можно также прибегнуть и к остеопластике лиофилизированной аллокостью по методу Н. А. Плотникова, если такой материал доступен хирургу.

Прогноз благоприятный.

#### Хондрома

Общие сведения. Хондромы челюстей составляют, по данным А. А. Колесова, 1,3% всех первичных опухолей и опухолеподобных образований челюстных костей. Встречается у больных любого возраста – от 11 до 69 лет, чаще у женщин.

Клиника. Локализуется хондрома обычно в переднем отделе верхней челюсти по ходу срединного шва, реже встречается в области суставного и альвеолярного отростков нижней челюсти.

Следует различать экхондромы и энхондромы. Растут они медленно: продолжительность болезни до поступления больных в клинику с экхондромами достигает 2–6 лет, а с энхондромами – от 3 месяцев до 20–40 лет.

Экхондрома проявляется в форме круглой или овальной плотной, а иногда – плотно-эластичной опухоли. Поверхность ее может быть гладкой или дольчатой и бугристой.

Рентгенографическая картина экхондромы типичная: на передней стенке верхней челюсти определяется образование, внутри которого – участки обызвествления. Они разные по форме и размерам. Наружные контуры опухоли на рентгенограмме определяются с трудом, если в ней мало очагов обызвествления. Дифференцировать экхондрому легко; при этом нужно иметь в виду фиброзную дисплазию кости, плотную фиброму, обызвествленный эпюлид. Гистологическое исследование позволяет уточнить окончательный диагноз. Экхондромы, особенно обызвествленные во многих местах, очень склонны к рецидивам после операций.

Энхондромы локализуются как в верхней, так и в нижней челюсти. Растет опухоль обычно медленно (до 20–40 лет), ничем не проявляя себя. Первыми признаками бывают: боль, подвижность и смещение зубов в зоне опухоли. Затем появляется выпячивание – плотное, неподвижное, спаянное с костью, часто болезненное при пальпации, иногда с симптомом пергаментного хруста.

Рентгенографически выглядит как киста, в которую обращены рассасывающиеся корни зубов. В других случаях убыль костного вещества почти не улавливается, так как опухоль обызвествлена или оссифицирована.

Микроскопически хондрома обычно состоит из гиалинового хряща с прослойками соединительной ткани, содержащими сосуды. Слагается

опухоль из основного вещества, в котором могут быть очаги ослизнения, обызвествления или окостенения, а также хрящевых клеток. Лечение – радикальное удаление методом экономной (возможно – частичной) резекции челюсти, но в пределах явно здоровых тканей. После нерадикального удаления возможны рецидивы с перерождением опухоли в хондросаркому.

Лучевая терапия при любом виде хондромы неэффективна.

Прогноз благоприятный при условии радикального хирургического лечения в ранней стадии заболевания.

#### Холестеатома

Холестеатому (жемчужная опухоль) челюсти мы относим к числу неостеогенных опухолеподобных образований, а не к истинным опухолям, так как это действительно лишь опухолеподобное образование, содержащее роговые массы и кристаллы холестерина. Развиваются холестеатомы в результате дизонтогенеза (так называемые истинные, или врожденные, холестеатомы) либо вследствие травматического или другого хронического воспалительного процесса (так называемые ложные холестеатомы).

Холестеатомы челюстей – редкое заболевание. В. К. Беккер в 1947 г. обнаружил описание лишь 16 случаев ее (8 на верхней и 8 на нижней челюсти). После этого появлялись описания отдельных наблюдений. Большею частью холестеатомы описываются оториноларингологами, так как эта опухоль обычно локализуется в зоне формирования среднего уха и гайморовых полостей.

Клиника и диагностика. Холестеатома челюстей почти ничем не отличается от одонтогенных кист, а иногда может напоминать 2–3-камерную кистозную адамантиному. Поэтому точный диагноз холестеатомы обычно устанавливается лишь на основании совокупности рентгенографических и гистологических исследований. При помощи пункции (обязательно широкой иглой) можно получить материал для гистологического и биохимического исследований. В пунктате можно обнаружить, в частности, до 160–180 мг% холестерина.

Лечение состоит в полной экстирпации холестеатомной кисты или – цистотомии. Предпочтительно произвести экстирпацию и заполнить костную полость алло- или ксенотрансплантатом из губчатой части костной ткани.

Прогноз – благоприятный.

#### Остеома

Сравнительно редкая опухоль челюстей, построенная из относительно зрелой костной ткани, располагается в губчатом или кортикальном веществе челюсти.

Клиника. Растет очень медленно, годами. Первые жалобы больных зависят от локализации и объема опухоли. Развившись в толще нижней челюсти, она со временем вызывает неврологическую боль в нижнелуночковом нерве и нарушение конфигурации нижней половины лица, локализуясь на венечном отростке, вызывает постепенно нарастающее ограничение движения нижней челюсти, а прорастая в полость носа – затрудняет дыхание через соответствующую половину носа.

#### Патологоанатомическая картина

Остеомы делятся на компактные, губчатые и мягкие.

Компактные отличаются от нормальной компактной кости нарушением архитектоники и узкими сосудистыми каналами. Каналы остеонов в них почти полностью отсутствуют.

Губчатая имеет губчатое, порозное вещество, в отличие от нормальной, губчатой кости балки в спангиозной остеоме расположены беспорядочно, не в соответствии с функциональной структурой; степень зрелости их различная – от пластинчатого и до примитивного тонковолокнистого. На рентгенограмме – напоминает очаг остеодистрофии или одомантиному, периферийные отделы ее выглядят более плотными, т.е. контрастными.

Мягкие остеомы состоят из костного вещества, отличающегося наличием больших костномозговых полостей.

Лечение. Хирургическое.

Остеоидные остеомы или мягкая остеома, некоторые авторы относят к проявлению реактивного воспаления.

В челюстях встречается исключительно редко, локализуется в губчатом или корковом веществе кости, или субпериостально. Размер опухоли небольшой от 5 до 20 мм в диаметре.

Клиника

1. Ноющая периодически обостряющая боль, особенно в ночное время.

2. Локализуясь поверхностно, вызывает нарушение конфигурации лица.

Диагностика. На рентгенограмме определяется очерченная зона просветления по периферии и повышенная рентгенопроницаемость опухоли в центральной ее части. Так же может быть сплошная, не очерченная повышенная рентгенопроницаемость всей опухоли.

Паталогоанатомическая картина. Мягкая остеома характеризуется наличием остеогенных соединений ткани с необыкновенными или слабо обызвествленными балочками. Вокруг этого очага нередко развивается фиброзная капсула или зона склероза.

Поставить диагноз без предварительного патогистологического исследования практически невозможно.

Лечение – тщательное выскабливание.

Доброкачественные опухоли и опухолеподобные образования мягких тканей и кожи ЧЛО

Кератоакантома (роговой малюк, доброкачественная акантома).

Быстро развивающаяся и спонтанно регрессирующая форма предрака.

Клиническая картина – узелок полушаровидной формы серовато-красного цвета или цвета нормальной красной каймы, плотной консистенции. В центре его имеется воронкообразное вдавление, заполненное легко снимающимися роговыми массами, в результате чего образуется кратерообразное углубление. Возможны два исхода этого вида предрака: спонтанная регрессия с исходом в рубец и озлокачествление.

Гистологически ограниченная выступающая над окружающими тканями эпителиальная опухоль с большой роговой пробкой. Эпителий опухоли в состоянии акантоза, часто с явлениями атипии, гиперкератоза.

Лечение. Хирургическое иссечение, электрэкцизия, криотерапия.

Кожный рог

Синонимы: фиброкератома Унны, старческий рог, кератотическая папиллома.

Разновидность кератоза, сопровождающаяся чрезмерным развитием рогового слоя эпидермиса кожи, красной каймы губ.

Клиническая картина. Резко ограниченный очаг диаметром до 1 см, от основания которого отходит конусообразной формы рог грязно-серого цвета, плотной консистенции, спаянной с основанием. Возникает у лиц старше 60 лет. Клинические проявления весьма типичны.

Гистологически

Очаговая гиперплазия эпителия с массивным конусовидным разрастанием роговых масс.

Лечение. Хирургическое – иссечение опухоли.

Невусы

Врожденная ограниченная дисплазия кожи, отличающаяся особым цветом (гиперпигментация или депигментация), ненормальным развитием сосудов, особым видом поверхности (бородавчатость, иногда – волосистость).

Излюбленная локализация на лице – глазо-щечная область.

Патогенез изучен недостаточно.

Некоторые авторы считают, что невусы происходят из шванновских оболочек внутрикожных нервов, и рассматриваются как

порок развития чувствительных нервов кожи. В ряде случаев невусы проявляются после рождения и называются поздними, происхождение которых объясняется тоже эмбриональным пороком развития, до определенного времени оставшимся скрытым из-за недостатка в клетках зрелого меланина.

**Клиника.** Различают невусы пигментные, депигментированные и сосудистые. Пигментные невусы делятся на внутридермальные, пограничные и смешанные.

**Дифференциальная диагностика.** Отличают невусы от гемангиом и меланом. Гемангиомы, в результате нажатия на них пальцем не бледнеют, а сохраняют свою прежнюю окраску.

Меланомы кожи отличаются наличием увеличенных л/узлов, в то время как само пигментное пятно при этом иногда даже может уменьшаться в размерах.

**Лечение.** Хирургическое: иссечение либо деотермокоагуляция.

**Атерома**

От греческого «атере» – каша. Это – ретенционная киста сальных желез кожи. Развивается вследствие закупорки сгустившимся салом наружного отверстия выводного протока железы. Закупорка чаще всего происходит в результате травматического воздействия на его стенки (при попытке выдавить черные «угри» – сгустившийся и потемневший секрет сальной железы).

Стенка атеромы состоит из плоского эпителия и соединительной ткани. Содержимое – капли жира, кристаллы холестерина, ороговевшие клетки эпителия, детрит.

**Клиника.** Встречаются на лице и в области волосистой части головы. Могут быть одиночными и множественными. Медленно и безболезненно увеличиваются в размерах, имеют полушаровидную форму, гладкую поверхность, всегда связаны с кожей.

**Лечение.** Хирургическое – радикальное удаление атеромы. Если имеется нагноившаяся атерома, ее нужно вскрыть, удалить содержимое, выскабливать стенки кисты. В случае оставления в ране хотя бы небольшой частицы стенки возникает рецидив. Если операция не произведена, атерома рано или поздно, развившись до больших размеров, нагнаивается, содержимое ее прорывается наружу через свищевой ход.

**Дермоидная киста**

Возникает при нарушениях эмбриогенеза и содержит элементы эктодермы.

**Клиническая картина.** Образование округлой формы, различных размеров, с четкими границами, мягкоэластической консистенции. Содержимое – сало или желеобразные массы с неприятным запахом, нередко содержащие волосы. Локализуется в различных отделах лица и шеи. При локализации на шее может достигать больших размеров. Внутренняя поверхность кисты имеет вид кожи и выстлана многослойным плоским эпителием.

**Лечение.** Хирургическое – иссечение опухоли.

**Предраковые заболевания слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ**

**Классификация предраковых заболеваний слизистой оболочки полости рта:**

А. С высокой частотой озлокачествления (облигатные):

1. Болезнь Боуэна.

Б. С малой частотой озлокачествления (факультативные):

1. Веррукозная лейкоплакия.

2. Папилломатоз.

3. Эрозивно-язвенная и гиперкератотическая формы красной волчанки и красного плоского лишая.

4. Постлучевой стоматит.

**Предраковые заболевания слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ**

При изучении анамнеза у больных раком губы и слизистой оболочки полости рта удается выяснить, что у большей части из них появлению опухоли предшествовали длительные патологические процессы в виде ограниченных очагов уплотнения, изъязвления, рецидивирующих хейлитов, упорно не заживающих трещин.

Всесоюзным комитетом по изучению опухолей головы и шеи рекомендована следующая классификация предопухолевых процессов красной каймы губы.

Классификация предопухолевых процессов красной каймы губы (1977):

I. С высокой частотой озлокачествления (облигатные).

1. Бородавчатый предрак.
2. Ограниченный гиперкератоз.
3. Хейлит Манганотти.

II. С меньшей частотой озлокачествления (факультативные).

1. Лейкоплакия (веррукозная форма).
2. Кератоакантома.
3. Кожный рог.
4. Папиллома.
5. Эрозивно-язвенная и гиперкератотическая формы красной волчанки и красного плоского лишая.
6. Постлучевой хейлит.

Облигатные предраковые заболевания

Бородавчатый предрак

Развивается бородавчатый предрак, как правило, на нижней губе.

При этом, кроме локального очага поражения, какие-либо другие изменения со стороны красной каймы могут отсутствовать. Очаг поражения представлен плотноватым на ощупь узелковым образованием диаметром до 0,7–1,0 см, которое возвышается над окружающими тканями, имеет четкие границы и бугристую поверхность серовато-бурого цвета. Иногда на поверхности образования имеются чешуйки, после удаления которых остается кровотокающая эрозия. Внешне бородавчатый предрак напоминает вульгарную бородавку и папиллому, но от первой его отличает отсутствие на поверхности нитевидных сосочков, а от второй – более широкое основание и локализация строго в области красной каймы или ближе к зоне перехода ее в кожу.

Озлокачествление может произойти в ближайшие месяцы после появления очага поражения либо через несколько лет.

Ограниченный гиперкератоз

При ограниченном гиперкератозе нарушается нормальное физиологическое ороговение, развивается дегенеративно-пролиферативный процесс. Мальпигиев слой при этом своеобразно изменяется, происходит частичная дисконфлексация клеток, увеличивается их объем, учащаются митозы. Очаг поражения при ограниченном гиперкератозе выглядит в виде слегка западающего участка красной каймы неправильной формы, покрытого чешуйками ороговевающего эпителия. Из-за резко выраженных явлений гиперкератоза поверхность очага поражения имеет серовато-белый цвет. При попытке удалить плотно фиксированные чешуйки возникает небольшое кровотечение. Ограниченный гиперкератоз проявляется в виде продуктивной и деструктивной форм. Озлокачествление при ограниченном гиперкератозе может наступить уже спустя 6–12 мес. после появления первых признаков заболевания.

Хейлит Манганотти

Очаг поражения при хейлите Манганотти представлен одной или несколькими поверхностно расположенными эрозиями неправильной формы. Поверхность эрозии гладкая, красного цвета.

Подлежащие ткани без выраженной инфильтрации. На поверхности эрозии могут образовываться корки, после удаления которых отмечается легкая кровоточивость. Под влиянием проводимого лечения или даже без него наступает эпителизация эрозии, но спустя тот или

иной промежуток времени в зоне бывшего поражения либо по соседству появляется новая эрозия. И так повторяются неоднократно. Признаки озлокачествления могут выявиться уже спустя 4–6 мес. после появления первой эрозии, но часто этот период растягивается на несколько лет.

Клиническими признаками озлокачествления при хейлите Манганотти являются: отсутствие тенденции к заживлению очередной эрозии, появление на поверхности эрозии сосочковых разрастаний, усиление инфильтрации подлежащих и окружающих тканей.

Факультативные предраковые заболевания

Лейкоплакия (веррукозная форма)

При веррукозной лейкоплакии – на красной кайме губы и слизистой оболочке полости рта вокруг бородавчатых разрастаний, возвышающихся над окружающими участками ороговения, наблюдаются также участки поражения, соответствующие плоской форме лейкоплакии. Бородавчатые разрастания имеют плотную консистенцию, серовато-белый цвет. При несвоевременном лечении могут появляться трещины или эрозии, что свидетельствует о признаках малигнизации. Обычно эрозии и трещины образуются на местах, подвергающихся механическому, термическому или химическому воздействию.

Озлокачествление при такой форме лейкоплакии происходит в 20% случаев.

Кератоакантома

Кератоакантома – сравнительно редко встречающаяся быстрорастущая эпителиальная опухоль, чаще возникающая у жителей сельской местности, 80% заболевших составляют мужчины в возрасте 40–50 лет. В 97% случаев опухолью поражается нижняя губа. В развитии кератоакантомы выделяют стадию роста, стадию расцвета (стабилизации) и стадию регресса. Так называемый классический тип кератоакантомы на ранней стадии развития опухоли имеет вид полушаровидного узла или округлой формы плотноэластической консистенции. По мере роста опухоли поверхность ее приобретает серовато-красную окраску, а в центре появляется кратерообразное углубление, заполненное плотной роговой пробкой. После удаления роговых масс образуется язва с сухим ворсинчатым дном и без патологического отделяемого, кровотечения обычно не наблюдается. За короткое время (4–6 нед.) опухоль может достигнуть больших размеров – до 2 см в диаметре. Особенностью клинического течения кератоакантомы является стабилизация процесса и иногда наступающая спонтанная инволюция опухоли (самопроизвольная регрессия с образованием рубца на месте бывшего образования). Однако в ряде случаев наблюдается озлокачествление, отсутствие тенденции к регрессии опухоли, уплотнения тканей в ее основании с инфильтрацией, исчезновение ороговения, изъязвление поверхности с кровотечениями после удаления роговых масс, выворот валикообразного края – признаки малигнизации кератоакантомы.

Дифференциальный диагноз проводится с высокодифференцированным плоскоклеточным раком, ограниченными формами дискератома, туберкулезной и сифилитической язвами. Диагноз ставят на основании клинической картины и результатов гистологического исследования кусочка опухоли.

Кожный рог

Очаг поражения представлен плотным конусовидным возвышением на широком основании серовато-коричневого цвета. На окружающей красной кайме нередко могут выявляться и другие очаги поражения лейкоплакии, красная волчанка. Заболевание развивается медленно, периодически может наблюдаться самопроизвольное отторжение роговой массы. Признаками озлокачествления являются появление уплотнения в основании кожного рога, усиление процессов ороговения.

Папиллома

Папиллома – опухоль, состоящая из разросшихся сосочков соеди-

нительной ткани, которые как перчатка покрывают гиперпластический эпителий с явлениями гипер- и паракератоза. Одинаково часто встречается у женщин и мужчин в возрасте 30–50 лет. Обычно это одиночная опухоль, имеет тонкую ножку, реже – широкое основание, размеры различны: от 1–2 мм до 2 см в диаметре. Папилломы бывают: мягкие и твердые, имеют цвет слизистой оболочки, но при ороговении приобретают белесоватый оттенок. Уплотнение ножки папилломы, а также тканей в ее основании, проявление болезненности, усиление процессов ороговения являются признаками озлокачествления (5–6%). Дифференциальный диагноз проводится с бородавчатым предраком, мягкой фибромой, смешанной опухолью.

Окончательный диагноз возможен только после гистологического исследования.

Появление хронических язв и трещин чаще всего бывает обусловлено длительным хроническим травмированием. Их лечение заключается в устранении указанных факторов и санации полости рта. В случае отсутствия положительного эффекта в течение 2–3 недель следует провести цитологическое исследование отпечатков или биопсию.

Озлокачествление красной волчанки является результатом образования рубцовых изменений и продолжающегося хронического воспаления. Ее лечение осуществляется с помощью антималярийных препаратов в комбинации с гормональными мазями. При отсутствии надлежащего эффекта показана биопсия.

Лечение предопухолевых процессов нижней губы

Хирургическое лечение больных очаговыми предопухолевыми заболеваниями губ может быть осуществлено путем иссечения патологического очага, электрокоагуляции и криодеструкции. При небольших по площади очагах поражения красной каймы губ предпочтение следует отдать ножевому иссечению, так как при этом удаляемые ткани могут быть подвергнуты гистологическому исследованию, а после заживления операционной раны формируется малозаметный, нежный рубец. Электрокоагуляция показана при папилломатозе и других формах множественного мелкоочагового поражения губ.

Криодеструкцию целесообразно применять при поверхностном, но обширном по площади поражении красной каймы губ. Достоинством этого метода является бескровность и относительная простота вмешательства, а недостатком – длительность периода отторжения некротизированной ткани и эпителизации.

Основные методы диагностики в онкологии

Борьба за снижение заболеваемости и смертности от злокачественных опухолей является одной из актуальных проблем здравоохранения».

От злокачественных новообразований на земном шаре ежегодно умирают 6 млн. человек. Треть из них могла бы избежать возникновения опухолей. Повсеместное использование современных средств профилактики, диагностики и лечения рака может вдвое снизить смертность от злокачественных новообразований.

В диагностике злокачественных опухолей челюстно-лицевой области (ЧЛЮ) и слизистой оболочки полости рта (СОПР). «онкологическая настороженность» является одним из основных принципов.

«Онкологическая настороженность» – это прежде всего сумма конкретных познаний из области онкологии, а не просто «интуитивная» настороженность врача, которая не может помочь ему распознать рак в более ранней стадии.

Глубокое изучение симптомов заболевания и активный сбор анамнеза, следующий принцип в диагностике онкологических заболеваний. Сбор анамнеза у онкологических больных, как и анамнез вообще при других заболеваниях, дает врачу ориентировочные данные, и может сосредоточить внимание на каком то органе, где подозревается опухолевый процесс, Поэтому при сборе анамнеза необходимо стараться по-

лучить желаемую информацию в результате целеустремленных и обдуманных вопросов, увязанных с возрастом, полом, профессией, бытом и привычками больного.

Надлежащее значение следует придать генетическому анамнезу, особенно у обследуемых больных, в семье которых имелись злокачественные опухоли, это доказывает, что в возникновении их повинен наследственный механизм – к таким опухолям относят множественный костный экзостоз (остеохондромы), нейробластому, медуллярный рак щитовидной железы и др.

Первостепенное значение имеет определение условий жизни исследуемого, режима его питания, характер половой жизни, наличие вредных привычек и т. д.

Анамнез у онкологических больных чаще скуден в начальных стадиях заболевания, не вызывая особых жалоб (исключение – больные с длительно существующими предопухолевыми процессами), поэтому больных, находящихся под диспансерным наблюдением, нужно информировать о необходимости посещения врача в случае появления «необычных» ощущений. У больного с наружной локализацией предопухолового заболевания наблюдаются изменения формы, консистенции, цвета (например, при меланобластомах) предшествующего образования, что обращает на себя внимание больного и врача.

Как известно, эффективность лечения злокачественных новообразований первую очередь зависит от их ранней диагностики. Всего в 80% случаях диагностика злокачественных опухолей осуществляется в стадиях, когда еще можно провести какое-либо лечение, а в 20% случаях диагностируются запущенные стадии.

Уровни диагностики

Различают следующие уровни диагностики злокачественных опухолей: сверхраннюю, раннюю, своевременную и несвоевременную (позднюю).

Распознавание злокачественных опухолей связано со стадийным развитием новообразований, динамикой их роста, локализацией процесса, местными и общими проявлениями.

Поскольку, ряд опухолей (рак верхнечелюстной пазухи, носоглотки и др.) распознается чаще в указанных стадиях, сложилось неверное представление о неизлечимости рака вообще, так как упускаются из виду более ранние распознавания опухоли.

Периоды развития опухоли

Злокачественные новообразования в своем развитии проходят ряд последовательных этапов, на каждом из них патологический процесс характеризуется определенными морфологическими особенностями, находящими отражение в клинической картине заболевания, проявляясь соответствующими симптомами.

В развитии злокачественных опухолей различают два периода: доклинический и клинический.

Доклинический период – это длительный этап бессимптомного течения новообразования. В доклиническом периоде опухоль может быть обнаружена случайно при проведении профилактического осмотра или во время операции. Расчеты показывают, что доклинический период составляет три четверти (3/4) общей продолжительности существования опухоли.

В клиническом периоде рак проявляется многочисленными и разнообразными симптомами. Иногда встречаются симптомы, характерные для злокачественной опухоли.

В настоящий момент разработаны патологические обоснования семиотики злокачественных новообразований, клинические проявления рака представлены в связи с общими закономерностями опухолей.

Клинические феномены злокачественных опухолей – термин новый, в специальной онкологической литературе пока не встречается, в то же время позволяет объяснить патогенез наиболее важных для диагностики симптомов, сделать понятной, логически обоснованной и лег-

ко воспринимаемой клиническую картину большинства злокачественных новообразований.

**Феномен обтурации.** Наблюдается при раке большинства полых и некоторых паренхиматозных органов. Обусловлено постепенным сужением, либо сдавлением просвета трубчатого органа растущей опухолью. Симптомы, обусловленные феноменом обтурации, нередко являются ведущими в клинической картине заболевания.

**Феномен деструкции.** Встречается при экзофитных и изъязвленных опухолях, проявляется повреждением сосудов и кровотечением из опухоли.

**Феномен компрессии.** Давление опухоли на нервные стволы, окружающие органы и ткани, проявляется болевыми ощущениями и нарушением функции органа. Боль носит постоянный характер, нарастает постепенно, в конечном итоге становится нестерпимой.

**Феномен интоксикации.** В результате нарушения обмена веществ страдает белковый и углеводный обмен со значительным нарушением ферментного и гормонального баланса в организме больного. Интоксикация проявляется различными клиническими симптомами: общая слабость, похудание, возникшие без причин и потеря аппетита.

**Феномен опухолевидного образования.** Наличие видимого или прощупываемого опухолевидного образования является наиболее достоверным признаком злокачественного образования. Деление на основные формы рака (экзофитная, блюдцеобразная, язвенно-инфильтративная и т.п.) в наибольшей степени соответствует раку нижней губы и кожи, Пальпаторно раковая опухоль независимо от формы роста чаще безболезненная, плотной консистенции, поверхность ее бугристая, она не имеет капсулы и смещается вместе с окружающими тканями.

Объективные методы обследования начинаются с осмотра больного. В начальных клинических стадиях роста злокачественных опухолей не отмечается изменение внешнего вида. больных.

У больных с онкологическими заболеваниями челюстно-лицевой области осмотр начинается с оценки состояния кожи лица; цвета кожи лица, тургор ее. Далее определяют нарушения конфигурации лица за счет опухолевидных выбуханий, консистенции опухоли, при этом отмечается нет ли распада опухоли. Приступают к осмотру кожи и слизистой оболочки верхней и нижней губы, слизистой оболочки преддверия и полости рта.

Опрос и физикальное обследование позволяют выявить у больных отдельные симптомы или их сочетание, часто встречающиеся при злокачественных процессах. Их называют синдромами, «сигналами тревоги»:

а) синдром «плюс-ткани»;

б) синдром «патологических выделений» – отмечаются кровянистые отделяемые из носа, при раке слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи, из протоков слюнных желез – при злокачественных новообразованиях слюнных желез;

в) синдром «нарушения функции» – нарушение функции органов ЧЛЮ появляется тем раньше, чем меньше орган или его часть, где развивается опухоль и зависит от анатомической формы роста опухолевого процесса (корень языка, область мягкого неба, челюсти и др.).

«Сигналы тревоги» при раке кожи лица:

1. Выступающая над кожей плоская безболезненная бляшка с западением в центре, плотной консистенции.

2. Поверхностная эрозия или язва с плотными валикообразными краями.

3. Глубокая язва с неровным глубоким дном с приподнятыми краями («валик»).

4. Плотный, экзофитный, бугристый, легко кровоточащий узел как «цветная капуста».

«Сигналы тревоги» при раке нижней губы:

1. Небольшая плотная бородавка или плотный участок, слегка выступающий над красной каймой губы.

2. Безболезненная плотная эрозия или язва, покрытая корочкой с валикообразными краями.
3. Обширные сливающиеся разрастания в виде цветной капусты.
4. Длительно незаживающая трещина нижней губы с плотным инфильтратом в окружности.

«Сигналы тревоги» при раке полости рта:

1. Плотная малоблезненная язва с неровным дном и возвышающимися краями.
2. Легко кровоточащее плотное экзофитное образование.

Специальные методы диагностики.

1. Эндоскопическая диагностика – использование эндоскопических увеличивающих оптических приборов, дало врачам – онкологам возможность распознавания опухолей в стадии интраэпителиального роста. С помощью эндоскопических методов исследования опухолей (хейлоскопия, стоматоскопия, фиброскопия и др.) определяются изменения проницаемости эпителия, цвета и рисунка сосудов слизистых оболочек, консистенции эпителиальных покровов нижней губы и слизистой полости рта.

2. Цитологическая диагностика в современных условиях позволяет в 90–95% случаев установить точную клеточную структуры опухолей.

- Исследование «мазков-отпечатков». После соответствующей обработки поверхности опухоли с помощью чистого предметного стекла берется отпечаток от поверхности опухоли. Далее проводится окрашивание и исследуется под микроскопом клеточная структура.
- Исследование «соскоба-отпечатка». Очищается поверхность опухоли от корки, высушивается. Далее с помощью острых инструментов соскабливается эпителиальный покров опухолевой язвы и переносится на предметное стекло. После соответствующего окрашивания под микроскопом исследуется цитологическая структура опухоли.
- «Эксфолиативная цитология». Соответственно обрабатывается поверхность опухоли, промывается физиологическим раствором. Промывная жидкость центрифугируется, далее осадок переносится на предметное стекло, окрашивается и исследуется под микроскопом.
- «Пункционная цитология». При недоступных для осмотра опухолях проводится пункция опухоли с различными пункционными иглами (с определенной величиной, толщиной и длиной). Техника пункции зависит от топографии органа и объекта пункции. Обычно пункция проводится при опухолевых процессах, имеющих оболочки и жидкое содержимое, таких как кисты шеи и челюстей, доброкачественных одонтогенных опухолях (амелобластомы, остеобластокластомы и т.д.), а также пункция увеличенных лимфатических узлов.

3. Патогистологическое исследование опухоли в настоящее время является наиболее достоверным диагностическим методом распознавания опухолевых новообразований. С помощью патогистологических исследований точность гистологических верификаций опухолей может достигнута более чем 99% случаев.

Патогистологическое исследование проводится проведением биопсий:

- а) «биопсия-инцизионная». Частичное иссечение опухоли с визуально неизменной прилежащей к опухоли тканью;
- б) «биопсия-эксцизионная». Полное радикальное иссечение опухоли в пределах здоровой прилежащей тканью;
- в) «биопсия – пункционная». С помощью специальных пункционных игл проводится пункция опухоли с целью получения послойного столба тканей через неизмененную прилежащую ткань.

Патогистологическое исследование биоптатов проводится по показаниям в «срочном» и «плановом» порядке.

Срочное (экспресс) – гистологическое исследование биоптата – чаще всего осуществляется по ходу операций с целью определения тактики и объема хирургических вмешательств.

Плановое гистологическое исследование биоптата – выполняется до начала специальных методов лечения онкологических больных, после инцизионной биопсии и получения результатов гистологической верификации, а также после радикальной эксцизии опухолей.

#### 4. Рентгенологическая диагностика в онкологии.

Рентгенологическое исследование дает возможность обнаружить теневое изображение опухоли или вызванных ею изменений в органе. Основными рентгенологическими признаками рака являются тень опухоли или дефект наполнения, обрыв складок, деформация контуров и отсутствие перистальтики. Теневое изображение опухоли можно подучить с помощью эхолокации, термографии, сцинтиграфии, ангиографии, компьютерной томографии (КТ), ядерно-магнитно резонансной томографии (ЯМРТ).

Рентгенологические методы исследования онкологических больных включают в себя проведение:

- а) рентгенографии органов головы и шеи в двух проекциях;
- б) рентгено-томографических срезов;
- в) рентгенографии с использованием контрастных веществ;
- г) ультразвуковой томографии;
- д) компьютерной томографии;
- е) ядерно-магнитно-резонансной томографии.

УЗИ – исследование органов и тканей с помощью ультразвуковых волн. Особенностью ультразвуковых волн является способность отражаться от границ сред, отличающихся друг от друга по плотности. Исследование проводится с помощью специальных приборов – эхоскопов, излучающих и одновременно улавливающих ультразвуковые волны. С помощью датчика, передвигаемого по поверхности тела, ультразвуковой импульс направляется в определенной плоскости на исследуемый орган. При этом на экране появляется плоскостное черно-белое изображение среза человеческого тела в виде сливающихся точек и штрихов. Исследование ядерно-магнитного резонанса (ЯМРТ) является перспективным методом изучения органов и структур человеческого тела. Метод основан на регистрации электромагнитных волн ядер клеток. Проведенные исследования показали его эффективность при распознавании опухолей головного мозга, рото – и носоглотки, мягко-тканых сарком и слюнных желез. ЯМРТ позволяет с большой точностью, чем другие диагностические методы, определить степень распространения опухоли в окружающие ткани и тем самым уточнить до операции стадию заболевания.

5. Радиоизотопные методы исследования получили широкое распространение в клинической практике. Они основаны на избирательном поглощении некоторых радиоактивных веществ определениями тканями. Исследование производят с помощью специальных аппаратов – сканеров или гамма-камер, улавливающих радиоактивное излучение на поверхности тела.

#### 6. Иммунологические методы исследования в онкологии

Иммунологические тесты в последние годы нашли широкое применение в клинической практике. Наибольшей известностью пользуется реакция Абелева – Татаринова, позволяющая обнаружить в крови больных гепатоцеллюлярным раком печени и тератобластомами, особый эмбриональный белок – альфа-фетопротеин, обычно отсутствующий у здоровых людей и больных другими заболеваниями.

#### Организация онко-стоматологической помощи

В странах бывшего Союза существовала стройная система организации онкологической службы, обеспечивающая оказание диагностической и лечебной помощи больным злокачественными новообразованиями.

ями. Систему и принципы организации онкологической службы фактически удалось сохранить.

В Кыргызской Республике функционируют: Национальный центр онкологии (НЦО), Южно-региональный центр онкологии (г. Ош) и два онкологических отделения при областных клинических больницах. В центрах семейной медицины (ЦСМ) как районов, так и городов, запланированы онкологические кабинеты.

Больные с подозрениями или установленными онкологическими заболеваниями, первично осматриваются стоматологами по месту жительства, и далее направляются в существующие специализированные лечебные учреждения.

Больные как с первично-установленным диагнозом, так и после получения специализированного лечения, берутся на диспансерный учет. Тем самым постоянно осуществляется контроль и учет онко-стоматологических больных, с заполнением соответствующих документов.

Учетная документация разрабатывается Министерством здравоохранения куда кроме заполнения амбулаторных и стационарных карт, входят:

1. Извещение о больных с впервые в жизни установленным диагнозом рака или другого злокачественного (форма 090/У) новообразования.
2. Выписка из медицинской карты стационарного больного злокачественным новообразованием (форма 027-1/У).
3. Протокол на случай выявления у больного запущенной формы злокачественного новообразования (форма 027-2У).
4. Контрольная карта диспансерного наблюдения (форма 030-