

ВИЩИЙ ДЕРЖАВНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД УКРАЇНИ
«УКРАЇНСЬКА МЕДИЧНА СТОМАТОЛОГІЧНА АКАДЕМІЯ»

Кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії
з пластичною та реконструктивною хірургією голови та шиї

**Методичні рекомендації
для самостійної роботи студентів**

**Методические рекомендации
для самостоятельной работы студентов**

**Methodical recommendations
for student's independent work**

(3 Модуль)

Полтава – 2012

Авторський колектив:

д. мед. н. Аветіков Давид Соломонович,
к. мед. н., доцент Розколупа Олександр Олексійович,
к. мед. н., доцент Яценко Ігор Владленович,
к. мед. н., доцент Скікевич Маргарита Георгіївна,
к. мед. н., доцент Волошина Людмила Іванівна,
к. мед. н., асистент Ахмеров Вячеслав Джаудатович,
к. мед. н., асистент Бойко Ігор Васильович,
к. мед. н., асистент Бондаренко Валерій Володимирович,
к. мед. н., асистент Гаврильєв Віктор Миколайович,
к. мед. н., асистент Соколова Наталія Афанасіївна,
к. мед. н., асистент Іваницька Олена Сергіївна,
к. мед. н., асистент Локес Катерина Петрівна,
асистент Буханченко Ольга Петрівна.

З М І С Т

1. Організація онкостоматологічної допомоги хворим та їх диспансеризація. Порядок та методи обстеження онкостоматологічного хворого. Медична документація хірурга-стоматолога.
2. Біологічні основи клінічної онкології. Онконастороженість. Класифікація пухлин щелепно-лицевої ділянки.
3. Передракові захворювання шкіри обличчя, слизової оболонки порожнини рота та язика: гістологічна будова, клінічні форми, диференційна діагностика, лікування, ускладнення і профілактика.
4. Епітеліальні пухлини м'яких тканин. Клініка, діагностика, диференціальна діагностика, лікування.
5. Пухлиноподібні утворення м'яких тканин: атерома, рінофіма, кератоакантома, кератолітична папілома (шкірний ріг). Клініка, діагностика, диференціальна діагностика, лікування.
6. Пухлини та пухлиноподібні утворення фіброзної тканини. Клініка, діагностика, диференціальна діагностика, лікування.
7. Пухлини та пухлиноподібні утворення м'язової та жирової тканини. Клініка, діагностика, диференційна діагностика, лікування.
8. Пухлини кровоносних і лімфатичних судин м'яких тканин та щелеп. Клініка, діагностика, лікування.
9. Пухлини меланогенної системи: невус, меланома. Клініка, діагностика, лікування.
10. Пухлини та пухлиноподібні ураження периферичних нервів обличчя. Клініка, діагностика, диференційна діагностика, лікування.
11. Епітеліальні та неепітеліальні пухлини слинних залоз. Клініка, діагностика, диференційна діагностика, лікування.
12. Кісти слинних залоз. Клініка, діагностика, диференційна діагностика, лікування.
13. Одонтогенна пухлина амелобластома (адамантинома). Одонтогенні пухлини та пухлиноподібні ураження кісток лицевого скелету: одонтома, цементома, одонтогенна фіброма. Клініка, діагностика, диференціальна діагностика, лікування.

14. Одонтогенні епітеліальні кісти щелеп: радикулярна, зубовміщуюча, парадентарна, первинна, фолікулярна, кіста прорізування, ясенева. Клініка, діагностика, диференційна діагностика, лікування.

15. Первинна кісткова остеогенна пухлина остеобластокластома. Остеогенні кісткові пухлини: остеома, остеїдостеома, хондрома, остехондрома, фіброостеома. Клініка, діагностика, диференційна діагностика, лікування.

16. Пухлиноподібні ураження щелеп: фіброзна дисплазія, херувізм, хвороба Енгля-Реклінгаузена, хвороба Педжета, еозинофільна гранульома. Клініка, діагностика, диференційна діагностика, лікування.

17. Пухлини та пухлиноподібні ураження зародкового походження: бронхіальні, тіреоглосальні кісти, нориці обличчя та шиї, тератома, бронхіогенний рак. Клініка, діагностика, диференціальна діагностика, лікування.

18. Злоякісні пухлини слинних залоз: гістологічна будова, клінічні форми, диференційна діагностика, лікування.

19. Рак і саркома щелеп: походження та гістологічна будова, класифікація, клініка, диференційна діагностика, лікування, ускладнення та профілактика.

20. Рак губи. Рак органів порожнини рота (язика, щоки, дна порожнини рота, твердого та м'якого піднебіння). Походження та гістологічна будова, класифікація, клініка, диференційна діагностика, лікування, ускладнення, профілактика.

О Г Л А В Л Е Н И Е

1. Организация онкостоматологической помощи больным и их диспансеризация. Порядок и методы обследования онкостоматологического больного. Медицинская документация хирурга-стоматолога.
2. Биологические основы клинической онкологии. Онконастороженность. Классификация опухолей челюстно-лицевой области.
3. Предраковые заболевания кожи лица, слизистой оболочки полости рта и языка: гистологическое строение, клинические формы, диагностика, лечение, осложнения и профилактика.
4. Эпителиальные опухоли мягких тканей. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.
5. Опухелевидные образования мягких тканей: атерома, ринофима, кератоакантома, кератолитическая папиллома (кожный рог). Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.
6. Опухоли и опухелевидные образования фиброзной ткани. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.
7. Опухоли и опухелевидные образования мышечной и жировой ткани. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.
8. Опухоли кровеносных и лимфатических сосудов мягких тканей и челюстей. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.
9. Опухоли меланогенной системы: невус, меланома. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.
10. Опухоли и опухолеподобные поражения периферических нервов лица. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.
11. Эпителиальные и неэпителиальные опухоли слюнных желез. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.
12. Кисты слюнных желез. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.
13. Одонтогенная опухоль амелобластома (адамантинома). Одонтогенные опухоли и опухелевидные поражения костей лицевого скелета: одонтома, цементома, одонтогенная фиброма. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.

14. Одонтогенные эпителиальные кисты челюстей: радикальная, зубосодержащая, парадентарная, первичная, фолликулярная, киста прорезывания, десневая. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.

15. Первичная костная остеогенная опухоль остеобластокластома. Остеогенные костные опухоли: остеома, остеодостеома, хондрома, остехондрома, фиброостеома. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.

16. Опухолевидные поражения челюстей: фиброзная дисплазия, херувизм, болезнь Энгля-Реклингаузена, болезнь Педжета, эозинофильная гранулема. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.

17. Опухоли и опухолевидные поражения зародышевого происхождения: бранхиальные, тиреоглоссальные кисты и свищи лица и шеи, тератома, бранхиогенный рак. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.

18. Злокачественные опухоли слюнных желез: гистологическое строение, клинические формы, дифференциальная диагностика, лечение.

19. Рак и саркома челюстей: происхождение и гистологическое строение, классификация, клиника, дифференциальная диагностика, лечение, осложнения и профилактика.

20. Рак губы. Рак органов полости рта (языка, щеки, дна полости рта, твердого и мягкого нёба). Происхождение и гистологическое строение, классификация, клиника, дифференциальная диагностика, лечение, осложнения, профилактика.

CONTENTS

1. Organization of oncostomatological aid for patients and their prophylactic system. Sequence and principles (methods) of diagnosis of the oncostomatological patient. Medical documents for surgeon – stomatologist”.
2. Biological bases of clinical oncology. Oncological vigilance. Classification of tumours of maxillofacial area.
3. Precancer diseases of face skin, mucous membrane of an oral cavity and tongue: histological structure, clinical forms, diagnostics, treatment, complications and prevention.
4. Epithelial tumours of soft tissues. Clinic, diagnostics, differential diagnostics, treatment.
5. Tumor-like formations of soft tissues: atheroma, rhinophyma, keratoacanthoma, keratolytic papilloma (warty (skin) horn). Clinic, diagnostics, differential diagnostics, treatment.
6. Tumors and tumor-like formations of fibrotic tissue. Clinic, diagnostics, differential diagnostics, treatment.
7. Tumor and tumor-like formations of muscular and fatty tissues. Clinic, diagnostics, differential diagnostics, treatment.
8. Tumors of blood and lymphatic vessels of soft tissues and jaws. Clinic, diagnostics, treatment.
9. Tumors of the melanogenic system: naevus, melanoma. Clinic, diagnostics, differential diagnostics, treatment.
10. Tumor and tumor-like formations of peripheral nerves of face.
11. Epithelial and non-epithelial tumors of salivary glands. Clinic, diagnostics, differential diagnostics, treatment.
12. Salivary gland cysts. Clinic, diagnostics, treatment.
13. Odontogenic tumour and tumour-like lesions of the bones of facial skeleton: odontoma, cementoma, odontogenic fibroma. Odontogenic tumour–ameloblastoma (adamantinoma). Clinical presentation, differential diagnosis, treatment.
14. Odontogenic epithelial cysts of the jaws: follicular cyst, radicular cyst, paradental, eruption cyst, primordial cyst, gingival cyst of adults, tooth-containing. Clinical presentation, diagnostics, differential diagnostics, treatment.
15. Primary bone osteogenic tumour is Osteoblastoma (osteoblastoclasoma, Giant Cell Reparative Granuloma). Osteogenic bone tumours are: osteoma, osteoid osteoma, chondroma, osteochondroma, Osteofibrous Dysplasia (fibroosteoma, Ossifying fibroma). Clinic, diagnostic, differential diagnostic, treatment.

16. Tumor-like formations of jaws: fibrous dysplasia, Engle-Reklinkhauzen's illness, Paget's illness, cherubism.

17. Tumors and tumor-like formations of embryonic origin: branchial, thyreoglosal cysts and fistulas of face and neck, teratoma, branchiogenic cancer. Clinic, diagnosis, differential diagnosis, treatment.

18. Malignant tumors of salivary glands: histological structure, clinical forms, differential diagnostics, complications and prevention.

19. Cancer and sarcoma of jaws: a genesis and a histological structure, classification, clinic, differential diagnostics, treatment, complications and preventive maintenance.

20. Cancer of a lip. Cancer of organs of an oral cavity (tongue, cheek, mouth floor, hard and soft palate). Original and histological structure, classification, clinic, differential diagnostics, treatment, complication, prevention.

Міністерство охорони здоров'я України
Вищий державний навчальний заклад України
«Українська медична стоматологічна академія»

«Затверджено»
на засіданні кафедри
хірургічної стоматології
та щелепно-лицевої хірургії
з пластичною та реконструктивною
хірургією голови та шиї

Завідувач кафедри

д. мед. н. Аветіков Д.С. 

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ
ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ
ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ДО ПРАКТИЧНОГО
(СЕМІНАРСЬКОГО) ЗАНЯТТЯ

Навчальна дисципліна	Хірургічна стоматологія
Модуль №	3
Змістовний модуль №	3
Тема заняття	Організація онкостоматологічної допомоги хворим та їх диспансеризація. Порядок та методи обстеження онкостоматологічного хворого. Медична документація хірурга-стоматолога.
Курс	IV
Факультет	Стоматологічний

1. АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ.

Кількість пацієнтів з онкологічними захворюваннями постійно зростає у всьому світі, й в Україні, зокрема. Враховуючи, що голова та шия мають складну анатомічну будову та гістоархітектоніку, пухлини та пухлиноподібні ураження щелепно-лицевої локалізації дуже численні й різні за клінічним перебігом, патоморфологією та гістогенезом. На даний час запропоновано велику кількість класифікацій, але єдиної – немає, хоча розвиток онкології на сучасному етапі вимагає використання єдиних, загально визнаних підходів у цьому питанні, оскільки наявність численних класифікацій і різноманітної номенклатури пухлин, різного розуміння одних і тих самих термінів, зумовлює значні труднощі в інтерпретації наукових і клінічних досліджень, обміні досвідом, порушує наступність під час надання допомоги в різних лікувальних закладах. Вищенаведене визначає важливість знання принципів і методів діагностики, лікування пухлин голови та ший, а також їх профілактики.

2. КОНКРЕТНІ ЦІЛІ:

- 2.1. Аналізувати дані статистики пухлин та пухлиноподібних захворювань щелепно-лицевої ділянки.
- 2.2. Пояснювати особливості етіології та патогенезу пухлин та пухлиноподібних захворювань щелепно-лицевої ділянки.
- 2.3. Запропонувати методи діагностики пухлин та пухлиноподібних захворювань щелепно-лицевої ділянки.
- 2.4. Класифікувати пухлини та пухлиноподібні утвори щелепно-лицевої локалізації.
- 2.5. Трахувати основи організації онкологічної допомоги пацієнтам з пухлинами та пухлиноподібними утворами щелепно-лицевої локалізації.
- 2.6. Малювати схему обстеження пацієнта з пухлиною або пухлиноподібним захворюванням щелепно-лицевої ділянки.
- 2.7. Проаналізувати принципи диспансеризації пацієнтів з пухлинами та пухлиноподібними захворюваннями щелепно-лицевої локалізації.
- 2.8. Скласти план лікування пацієнта з пухлиною або пухлиноподібним захворюванням щелепно-лицевої ділянки.

3. БАЗОВІ ЗНАННЯ, ВМІННЯ, НАВИЧКИ, НЕОБХІДНІ ДЛЯ ВИВЧЕННЯ ТЕМИ (міждисциплінарна інтеграція).

Назви попередніх дисциплін	Отримані навички
1. Етика та деонтологія.	Встановити психологічний контакт з онкохворим.
2. Організація охорони здоров'я.	Застосовувати знання з принципів організації онкодопомоги та диспансеризації. Оформити необхідну документацію.
3. Патоморфологія.	Описувати характер патологічних змін анатомічних структур при розвитку пухлин. Демонструвати навички з взяття матеріалу для цитологічного та морфологічного дослідження.
4. Патологічна фізіологія.	Визначати етіологію та патогенез пухлин.
5. Пропедевтика внутрішніх хвороб.	Написати схему загального обстеження хворого. Провести курацію онкохворого.
6. Загальна онкологія.	Описувати принципи діагностики та лікування онкозахворювань. Призначити схему обстеження пацієнта.

4. ЗАВДАННЯ ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ДО ЗАНЯТТЯ.

4.1. Перелік основних термінів, параметрів, характеристик, які повинен засвоїти студент при підготовці до заняття:

Термін	Визначення
1. Пухлина (за ВООЗ).	Це аномальна маса тканин з надлишковим

	розростанням, яке не корелює з ростом нормальної тканини і триває після припинення дії чинників, які його зумовили.
2. Диспансеризація.	Це система медичних заходів, яку здійснюють лікувальні установи з метою своєчасної діагностики, лікування та профілактики захворювань.
3. Онкологічна настороженість.	Це лікарська тактика, спрямована на раннє виявлення онкозахворювань. Головне правило цієї тактики: «Незалежно від приводу за яким звернувся до лікаря пацієнт, лікар повинен виключити у нього діагноз онкозахворювання».

4.2. Теоретичні питання до заняття:

1. Структура організації онкостоматологічної допомоги.
2. Принципи диспансеризації пацієнтів з пухлинами голови та шиї.
3. Організація онкостоматологічної допомоги.
4. Медична документація хірурга-стоматолога.
5. Класифікація пухлин щелепно-лицевої локалізації.
6. Методика обстеження пацієнта з онкозахворюваннями.

4.3. Практичні роботи (завдання), які виконуються на занятті:

1. Провести курацію пацієнта з пухлиною щелепно-лицевої ділянки.
2. Скласти схему обстеження пацієнта з пухлиною або пухлиноподібним захворюванням щелепно-лицевої локалізації.

5. ЗМІСТ ТЕМИ:

Диспансеризація – активний метод динамічного спостереження за станом здоров'я як майже здорового населення, так і пацієнтів, які мають хронічні та довготривалі захворювання.

Диспансерний метод спостереження – це система профілактичних та лікувальних заходів, спрямованих на зміцнення здоров'я, покращення фізичного розвитку, активне виявлення захворювань на ранніх стадіях, систематичне спостереження за станом здоров'я осіб, взятих на диспансерний нагляд, надання їм своєчасної лікувальної допомоги, збереження їх працездатності, а також активну профілактику ускладнень захворювань, тобто на здійснення активних заходів індивідуальної та соціальної профілактики, оздоровлення виробничих та побутових умов.

Диспансеризація пацієнтів стоматологічного профілю - система лікувальних заходів, спрямованих на якомога раннє виявлення захворювань органів та тканин порожнини рота та щелепно-лицевої ділянки, ліквідацію причин, які викликають ці захворювання, якісне комплексне обстеження, лікування пацієнтів, які перебувають на диспансерному обліку, збереження їх працездатності. Організація проведення та облік диспансерної роботи в стоматології регулюється наказом Міністерства охорони здоров'я № 327 від 08.12.2000 « про відновлення диспансеризації населення і впровадження моніторингу стану його здоров'я».

Принципи диспансеризації стоматологічних хворих:

- плановість та комплексність лікувально-профілактичних заходів;
- диференційований підхід з використанням сучасних методів діагностики, лікування та профілактики захворювань щелепно-лицевої локалізації;
- постійне підвищення кваліфікації лікарів.

Елементи диспансеризації стоматологічних пацієнтів:

- відбір;
- спостереження;
- оздоровлення;
- планування;
- управління.

Диспансерному нагляду у хірурга-стоматолога підлягають пацієнти з:

- передраковими захворюваннями щелеп, органів та тканин порожнини рота;
- злоякісні новоутвори щелеп та порожнини рота (спільно з онкологами залежно від стадії захворювання).

Порядок та методи обстеження онкостоматологічного хворого.

1. з'ясування скарг та збір анамнезу;
2. об'єктивне обстеження з використанням фізикальних методів;
3. застосування додаткових методів обстеження.

При опитуванні пацієнта слід звернути увагу на **скарги**:

- неспецифічні скарги, зумовлені наявністю новоутворення (наявність пухлини, асиметрія обличчя, деформація органа та ін.);
- скарги на неспецифічні функціональні порушення (утруднення жування, мовлення, ковтання, зміна тембру голоса, носового дихання, під час відкривання рота, під час повороту голови, зсув очного яблука, погіршення зору, оніміння певних ділянок обличчя та ін.);
- біль у ділянці новоутворення (мимовільний, причинний, сильний, помірний, слабкий, короткочасний, тривалий, постійний, ниючий, колючий та ін.);
- специфічні скарги (періодичні рясні кровотечі при гемангіомах, неврологічна симптоматика при пухлинах периферичних нервів, специфічний характер болю при остеїд-остеомі та ін.);
- скарги загального характеру (слабкість, нездужання, втрата апетиту та ін.).

Після з'ясування скарг пацієнта переходять до збору **анамнезу** захворювання та життя:

- час появи новоутворення або момент, коли пацієнт його уперше помітив;
- з чим пацієнт пов'язує виникнення пухлини;
- якими були перші ознаки;
- темпи зростання новоутворення, прискорення росту, періоди збільшення-зменшення, приєднання запальних явищ, поява нової симптоматики та ін.;
- чи звертався пацієнт за медичною допомогою та її результат;
- попередня оцінка стану здоров'я пацієнта;
- умови праці та побуту;
- спадковість та ін.

Вивчення **Status localis** полягає у ретельній оцінці:

- симетрії обличчя;
- стану шкірних покривів;
- функції скроневопідщелепових суглобів;
- стану порожнини рота, глотки;
- функції слинних залоз та стану їх проток;
- стану регіонарних лімфатичних вузлів (для виключення лімфо генних метастазів при злоякісних пухлинах).

Методи об'єктивного клінічного дослідження:

- огляд;
- пальпація;
- перкусія (зубів, що розташовані у ділянці новоутворень щелеп);
- аускультация (гіллясті гемангіоми, хемодектоми, судинні аневризми – для виявлення систолічного шуму).

Послідовність характеристики новоутворення:

- локалізація;
- розміри;
- колір;
- форма та контури;
- стан поверхні;
- консистенція;
- флуктуація;
- наявність характерних симптомів (наповнювання –спорожнювання, пергаментного хрусту);
- болісність при пальпації;
- рухливість;
- зміни шкіри та слизових оболонок над новоутворенням.

Додаткові методи обстеження пацієнтів з пухлинами та пухлиноподібними новоутвореннями:

- рентгенологічне;
- комп'ютерна томографія з 3D-моделюванням;
- МРТ;
- цитологічне дослідження (пункція, мазок-відбиток, зскрібок);
- біопсія (інцизійна, ексцизійна, трепанобіопсія, щипцева, кюретаж);
- термографія;
- радіоізотопне дослідження;
- ультразвукове дослідження;
- лабораторні дослідження (крові, сечі та ін.).

Медична документація:

Медична карта стоматологічного хворого (форма № 043/0) – є звітним та обліковим документом, містить графі із указівкою паспортних даних, діагнозу захворювання, скарг, анамнезу захворювання та життя пацієнта, даних об'єктивного та додаткових методів обстеження, а також щоденник та лікування та профілактичних оглядів пацієнта. Медична карта стоматологічного пацієнта містить відомості про навчання пацієнта навичкам гігієни і контролю гігієнічного стану порожнини рота.

Листок щоденного обліку роботи лікаря-стоматолога (форма №037/0) – звітний та обліковий документ, що заповнюється щодня лікарем після прийому пацієнтів і містить відомості про фактично відпрацьований робочий час, кількість прийнятих пацієнтів, діагнози пацієнтів і комплекс виконаного лікування з урахуванням здійсненого знеболювання, відомості про санацію порожнини рота, відпрацьовані умовні одиниці трудомісткості. На підставі даних «Листка щоденного обліку роботи лікаря-стоматолога» наприкінці місяця заповнюється «Щоденник обліку роботи лікаря-стоматолога».

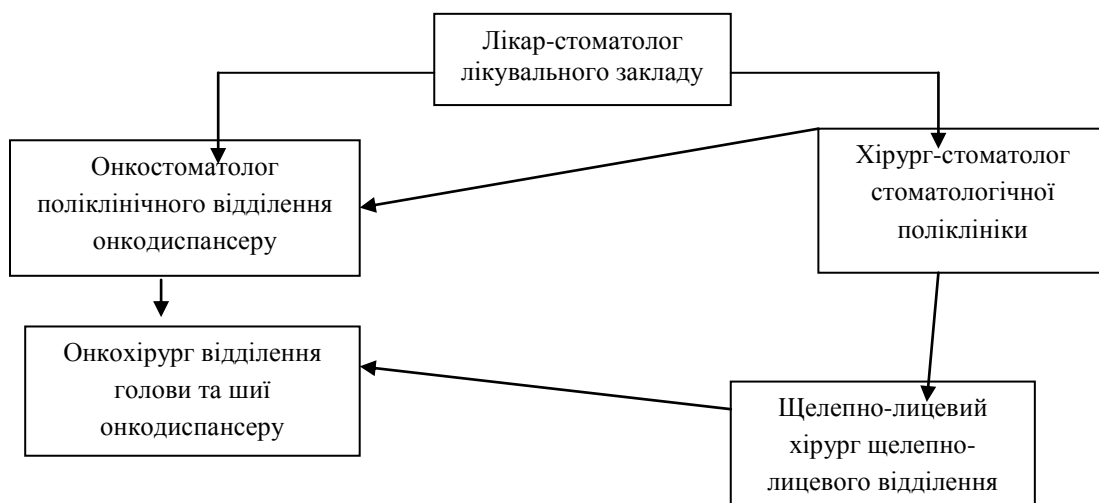
Щоденник обліку роботи лікаря-стоматолога (форма № 039-2/0) – звітний та обліковий документ, що містить 51 графу з відомостями про відпрацьований протягом місяця робочий час, кількість прийнятих пацієнтів, обсяг виконаної лікувальної і профілактичної роботи. Щоденник заповнюється наприкінці робочого місяця та служить для статистичної обробки результатів і обліку роботи лікаря-стоматолога.

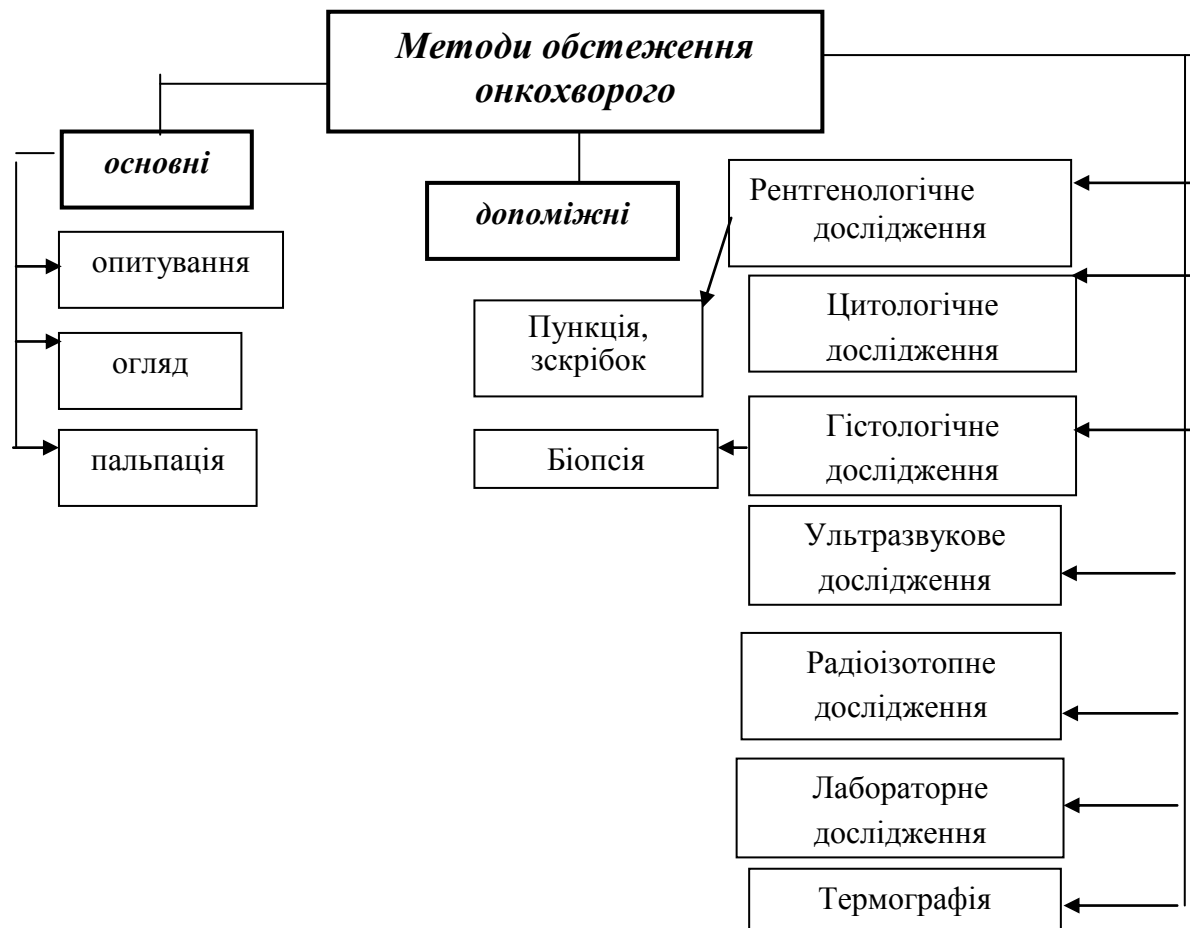
Журнал обліку профілактичних оглядів порожнини рота (форма № 049/0) є звітним та обліковим документом, що відображає профілактичну роботу лікаря-стоматолога з належними групами пацієнтів, характеризує стан диспансерної роботи стоматологічного закладу.

6. МАТЕРІАЛИ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ:

А. Завдання для самоконтролю:

1. Організація онкостоматологічної допомоги.





Б. Задачі для самоконтролю:

1. Хворий А., 53 років, звернувся до лікаря хірурга-стоматолога зі скаргами на наявність виразки на боковій поверхні язика, яка виникла унаслідок травмування гострим краєм протезу. Виразка існує понад місяць.

Якою має бути тактика лікаря?

(Відповідь: якщо після видалення травмуючого фактора, виразка не зникне протягом 2 тижнів, пацієнта слід направити до онкодиспансеру)

2. Лікар хірург-стоматолог направив на цитологічне дослідження матеріал, який взяв з виразки на слизовій оболонці під'язикової ділянки. З цитологічної лабораторії одержав підтвердження злоякісної виразки.

Які подальші дії лікаря?

(Відповідь: направити хворого в онкодиспансер)

3. Хворий звернувся до стоматолога зі скаргами на погане загоювання лунки зуба, що був видалений два тижні тому. Лікар декілька разів зробив вишкрібання лунки, а через три тижні, коли з'явився постійний біль в щелепі, направив хворого на консультацію в стоматологічну поліклініку, де, після гістологічного дослідження грануляцій, був встановлений діагноз злоякісної пухлини.

Яку помилку зробив стоматолог?

Відповідь: (грануляції, що були видалені з лунки, було обов'язково направити на гістологічне дослідження)

В. Матеріали для тестового контролю. Тестові завдання з одиничною правильною відповіддю (α=Π):

1. Вкажіть характеристику, що не притаманна злоякісній пухлині:

- A. Інфільтративний ріст.
- B. Не має капсули.
- C. Клітинний атипізм.
- D. Не дає метастазів.

Е. Порушує загальний стан.

(Правильна відповідь: D)

2. Вкажіть характеристику, що не притаманна доброякісній пухлині?

А. Має добре визначену капсулу.

В. Не дає метастазів.

С. Схильність до розпаду пухлини.

Д. Не порушує загального стану.

Е. Не має атипізму клітин.

(Правильна відповідь: С)

3. Для якого захворювання характерні такі ознаки: погіршення самопочуття пацієнта, кахексія, наявність припухлості, збільшення регіонарних лімфатичних вузлів, клітинний та тканинний атипізм?

А. Запальні захворювання.

В. Диспластичні процеси.

С. Пухлиноподібні утворення.

Д. Доброякісні пухлини.

Е. Злоякісні пухлини.

(Правильна відповідь: Е)

Г. Навчальні задачі 3-го рівня (нетипові задачі):

1. Хворий Д., 41 року, звернувся до лікаря хірурга-стоматолога зі скаргами на наявність припухлості у правій привушно-жувальній ділянці, яка виникла понад 10 років тому, повільно зростала. При об'єктивному дослідженні виявлено новоутворення до 3 см в діаметрі, м'яко-еластичної консистенції, безболісне, з оточуючими тканинами не зв'язане, рухливе.

Якою має бути тактика лікаря?

Які додаткові методи обстеження слід застосувати?

(Відповідь: лікар має взяти матеріал для цитологічного дослідження. Додаткові методи обстеження: лабораторні (загальний та біохімічний аналіз крові), за необхідності рентгенологічний (сіалограма, враховуючи розташування новоутворення)

2. Лікар хірург-стоматолог направив на цитологічне дослідження матеріал, який взяв з виразки у лівій піднижньощелепній ділянці. За результатами цитологічного дослідження знайдено атипові клітини.

Які подальші дії лікаря?

(Відповідь: направити хворого в онкологічний диспансер)

3. Пацієнт А., 42 років, звернувся до хірурга-стоматолога у зв'язку з тим, що у нього виникла сухість у роті. При об'єктивному дослідженні встановлено: асиметрія обличчя за рахунок припухлості у правій привушно-жувальній ділянці, птозу правого ока та опущення правого кута рота. Шкірні покриви в кольорі не змінені. Праві піднижньощелепні лімфатичні вузли збільшені, спаяні між собою, нерухомі. Відкривання рота вільне. Слизова оболонка правої щічної ділянки без видимої патології, суха, слина з устя протоку привушної слинної залози не виділяється.

Поставте попередній діагноз.

Якою має бути тактика лікаря?

(Відповідь: злоякісне новоутворення правої привушної слинної залози. Цитологічне та рентгенологічне дослідження. Консультація та подальше лікування у лікаря-онколога).

7. ЛІТЕРАТУРА:

Основна література:

1. Дунаевский В.А., Шеломенцев Ю.А. Предопухолевые заболевания и злокачественные опухоли слизистых оболочек полости рта.- Москва: Медицина, 1986г.

2. Колесов А.А., Воробьев Ю.И., Каспарова Н.Н. Новообразования мягких тканей и костей лица у детей и подростков.- Москва: Медицина, 1989г.

3. Машкилейсон А.Л. Предрак красной каймы губ и слизистой оболочки полости рта.- Москва: Медицина, 1970г.

4. Пачес А.Г. Опухоли головы и шеи.- Москва: Медицина, 1983г.

5. Рибалов О.В., Одабашьян А.Л., Соколова Н.П., Саяпіна Л.М. Онкологія щелепно-лицевої ділянки і навчальний посібник для студентів та лікарів-інтернів стоматологів.

Додаткова література:

1. Солнцев А.М., Колесов В.С., Доброкачественные опухоли лица, челюстей и органов полости рта.- Киев.: Здоровье,1985.-150

2. Соловьев М.М. Онкологические аспекты в стоматологии. –Москва .: Медицина, 1983

3.Травматологія та онкологія щелепно-лицевої ділянки: Збірник тестових запитань для студентів стоматологічного факультету / О.В.Рибалов, Л.М.Саяпіна, І.В.Яценко, О.О.Розколупа: АСМІ, 2002. –197с.

Міністерство охорони здоров'я України
Вищий державний навчальний заклад України
«Українська медична стоматологічна академія»

«Затверджено»
на засіданні кафедри
хірургічної стоматології
та щелепно-лицевої хірургії
з пластичною та реконструктивною
хірургією голови та шиї

Завідувач кафедри

д. мед. н. Аветіков Д.С. 

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ
ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ
ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ДО ПРАКТИЧНОГО
(СЕМІНАРСЬКОГО) ЗАНЯТТЯ

Навчальна дисципліна	Хірургічна стоматологія
Модуль №	3
Змістовний модуль №	3
Тема заняття	Біологічні основи клінічної онкології. Онконастороженість. Класифікація пухлин щелепно-лицевої ділянки.
Курс	IV
Факультет	Стоматологічний

1. АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ.

Пухлина, як хвороба, виникає унаслідок реакції організму на шкідливі зовнішні та внутрішні впливи. Вона формується з усіма своїми індивідуальними властивостями залежно від особливостей реакції індивідуума та від зовнішніх і внутрішніх впливів, що викликали її зростання. Ці дві обставини формують біологічні якості пухлини. Ці біологічні особливості різні при різних пухлинах, і ця різниця найвиразніша у доброякісних та злоякісних пухлинах. Особливості злоякісної пухлини як хвороби значною мірою визначаються якостями її клітин, які значно відрізняються від нормальних клітин. Ці якості визначають зростання, розповсюдженість, метастазування пухлини та її вплив на увесь організм. Новоутворення потребують для діагностики цілий комплекс методів обстеження та лікування.

2. КОНКРЕТНІ ЦІЛІ:

- 2.1. Аналізувати причини виникнення пухлин та пухлиноподібних утворів щелепно-лицевої ділянки та шиї.
- 2.2. Пояснювати патогенез пухлин та пухлиноподібних утворів щелепно-лицевої ділянки та шиї.
- 2.3. Запропонувати визначення поняття «онконастороженість».
- 2.4. Класифікувати пухлини та пухлиноподібні утворення щелепно-лицевої ділянки та шиї.
- 2.5. Трактувати біологічні основи клінічної онкології.
- 2.6. Малювати схему протиракового захисту організму.
- 2.7. Проаналізувати дію різних канцерогенів на організм людини.
- 2.8. Скласти план профілактики онкологічних захворювань щелепно-лицевої локалізації.

3. БАЗОВІ ЗНАННЯ, ВМІННЯ, НАВИЧКИ, НЕОБХІДНІ ДЛЯ ВИВЧЕННЯ ТЕМИ (міждисциплінарна інтеграція).

Назви попередніх дисциплін	Отримані навички
1. Етика та деонтологія.	Встановити психологічний контакт з онкохворим.
2. Організація охорони здоров'я.	Застосовувати знання з принципів організації онкодопомоги та диспансеризації. Оформити необхідну документацію.
3. Патоморфологія.	Описувати характер патологічних змін анатомічних структур при розвитку пухлин. Демонструвати навички з взяття матеріалу для цитологічного та морфологічного дослідження.
4. Патологічна фізіологія.	Визначати етіологію та патогенез пухлин.
5. Пропедевтика внутрішніх хвороб.	Написати схему загального обстеження хворого. Провести курацію онкохворого.
6. Загальна онкологія.	Описувати принципи діагностики та лікування онкозахворювань. Призначити схему обстеження пацієнта.

4. ЗАВДАННЯ ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ДО ЗАНЯТТЯ.

4.1. Перелік основних термінів, параметрів, характеристик, які повинен засвоїти студент при підготовці до заняття:

Термін	Визначення
1. Пухлина.	Це аномальна маса тканини з надлишковим розростанням, яке не корелює з ростом нормальної тканини і триває після припинення дії чинників, які його зумовили.
2. Канцерогенез.	Це складний багатоетапний процес, який призводить до значної пухлинної реорганізації нормальних клітин організму.
3. Канцероген (від лат. cancer – рак та д.-грец. γέννάω – (випромінювання) вплив на організм людини або	Це хімічний (сполука) або фізичний (випромінювання) вплив на організм людини або

народжую), він же карциноген (від д.-грец. <i>καρκίνος</i> – краб и <i>γεννάω</i> – народжую).	тварини, що підвищує вірогідність виникнення злоякісних новоутворень (пухлин).
4. Мутація (лат. <i>mutatio</i> — зміна).	Це стійка (тобто така, що може бути успадкована нащадками даної клітини або організму) зміна генотипу, яка відбувається під впливом зовнішнього або внутрішнього середовища. Процес виникнення мутацій має назву мутагенезу.
5. Анеуплоїдія (від грец. <i>an</i> - негативна частка, <i>eu</i> - добре, сповна, - <i>ploos</i> - кратний та <i>eidos</i> - вид).	Гетероплоїдія, явище, при якому клітини організму містять змінене число хромосом, яке не кратне гаплоїдному набору. Основний механізм виникнення анеуплоїдії – нерозходження та втрати окремих хромосом в мітозі і мейозі. Унаслідок порушення балансу хромосом анеуплоїдія призводить до зниження життєздатності та нерідко до загибелі.
6. Гістогенез (від д.-грец. <i>ἵστός</i> – тканина + <i>γένεσις</i> – утворення, розвиток).	Це сукупність процесів, що призводять до утворення та відновлення тканин в ході індивідуального розвитку (онтогенезу).
7. Онкологічна настороженість.	Це лікарська тактика спрямована на раннє виявлення онкозахворювань.

4.2. Теоретичні питання до заняття:

1. Онкогенез. Сучасні погляди на біологічні засади онкогенезу.
2. Біологічні принципи лікування доброякісних та злоякісних пухлин ШЧЛД.
3. Система імунітету при пухлинах і пухлиноподібних процесах ШЧЛД.
4. Що таке онкологічна настороженість?
5. Класифікації пухлин голови та шиї.

4.3. Практичні роботи (завдання), які виконуються на занятті:

1. Провести курацію хворого з пухлиною щелепно-лицевої локалізації.
2. Скласти схему обстеження хворого.
3. Оформити необхідну медичну документацію

5. ЗМІСТ ТЕМИ:

Причиною виникнення пухлини є дія факторів, що зумовлюють незворотні зміни в генетичному апараті клітини, у результаті чого порушується процес її розподілу. В уражених клітинах виникає неконтрольована стимуляція розподілу або втрачається (стає неефективним) його гальмування.

Загальноприйнятої теорії пухлинного росту до сьогодні ще не визначено, але найбільш широке визнання отримали поліетіологічна теорія й уявлення про канцерогенез новоутворень, як стадійного процесу перетворення нормальної соматичної клітини в пухлину. Зміни в клітинах можуть бути спричинені прямою або опосередкованою дією різноманітних ендегенних (5% усіх канцерогенів) та екзогенних факторів (95%) – хімічних, біологічних та фізичних.

Хімічні канцерогени – найбільша група, їх кількість постійно зростає в результаті розвитку промисловості, урбанізації, видобутку та переробки нафти та ін. Вони можуть мати біологічне походження та утворюватися ендегенно в організмі людини в результаті обмінних процесів.

Фізичні канцерогени – іонізуюче та ультрафіолетове опромінення, підвищена температура, ультразвук високої інтенсивності та гальванічні струми, які безпосередньо ушкоджують ДНК та активують вільнорадикальне окислення з ураженням генетичного апарату. Канцерогенний вплив має також довготривала механічна дія (хронічна травма, тривале стиснення тканин).

Біологічні канцерогени – це різні ДНК- та РНК-утримувальні віруси, які проникають у клітину й вбудовуються в її геном. Вони або безпосередньо містять ген, що відповідає за пухлинний рост (онкоген), або активують відповідні гени в геномі людини.

Хоча канцерогени надзвичайно різноманітні за своєю природою, всі вони мають певні ознаки:

1. Канцерогени здатні викликати незворотні зміни в геномі клітини, які не призводять до її загибелі.
2. Можуть проникати через біологічні бар'єри, в тому числі клітинну мембрану (що є умовою для взаємодії канцерогенезу із ДНК хромосом).
3. Мають здатність до кумуляції і сумарії канцерогенного ефекту.
4. Субпорогових концентрацій/доз канцерогену не існує, навіть мінімальна його концентрація може призвести до виникнення пухлини.
5. Більшість канцерогенів пригнічують імунні реакції організму.

Механізми пухлинного переродження клітини й подальшого розвитку пухлини. Механізм поділу клітин спрощено представлений в гіпотезі Х'югса, відповідно до якої регуляція клітинного поділу визначається системою генів-ініціаторів, що запускають мітоз, і генів-супресорів, які блокують ген-ініціатор. При репаративній регенерації, запаленні, компенсаторній гіперплазії поділ клітин відбувається під дією зовнішніх паракринних регуляторних факторів (фактор росту та ін.). Поділ клітин контролюється та регулюється декількома механізмами:

- пригнічення синтезу факторів росту за механізмом зворотнього зв'язку;
- контактне гальмування (клітина перестає ділитися після того, як її мембрана досягає контакту з мембраною сусідньої клітини);
- ліміт Хейфлика – клітина ділиться певну кількість разів, потім гине.

Фази канцерогенезу:

1. Ініціація – коли відбуваються незворотні порушення генотипу нормальної соматичної клітини і вона стає схильною до трансформації в пухлинну клітину. При взаємодії генотоксичних канцерогенів з ДНК відбувається транслокація й підсилюється дія протоонкогена – гена, що контролює рост та диференціювання клітини й надає властиві їй якості. У стадії ініціації відбувається близько 30 подвоєнь, тобто утворюється 30 поколінь (близько 1 млрд) латентних клітин і посилюється вироблення онкобілка, з появою й наростанням продукції якого настає друга фаза канцерогенезу – промоція.

2. Промоція – початок росту пухлини (промоція), як правило, починається під дією прововуючого фактора – травми, запалення, хімічних агентів, гормональних стимулів. Пухлинні клітини, які були в латентному стані, починають активно ділитися, формуючи пухлинний вузол. Вважають, що стадія промоції коротка за часом і впродовж неї відбувається близько 10 подвоєнь клітин, що трансформуються. Ріст пухлини супроводжується зміною властивостей пухлинних клітин, спрямованих на підвищення автономності новоутворення (пухлинна прогресія). Головним чином вони розвиваються у бік малігнізації і підвищення злоякісності пухлини. Найбільш характерні такі зміни:

- збільшення числа спонтанних і індукованих мутацій у клітинах пухлин з появою низькодиференційованих, агресивних форм;
- «клональна еволюція» – під дією захисних механізмів організму й медикаментозного лікування (хіміотерапії) виживають тільки найстійкіші пухлинні клітини.

Цим пояснюється здатність доброякісних пухлин до злоякісного переродження й поява рентген- і хіміорезистентності в злоякісних пухлинах у ході лікування. Впливу канцерогенного фактора й включення механізмів канцерогенезу ще недостатньо для виникнення пухлини, оскільки в організмі існують різноманітні механізми протипухлинної резистентності.

Механізми протипухлинної резистентності організму

Антиканцерогенні механізми	Антитрансформаційні механізми	Антицелюлярні механізми
Інактивація хімічних канцерогенів у процесі макросомального окислю-вання. Інгібіція вільних радикалів антиоксидант-ною системою. Елімінація канцерогенів з організму. Інгібіція онкогенних вірусів	Ферментативні системи репарації ДНК. Система генів-супресорів. Антионкогенні протеїни p53, p21, p16. Апоптоз.	Цитотоксична дія: Т-лімфоцитів макрофагів натуральних кілерів, антитіла до пухлинних антигенів. TNF (фактор некрозу пухлини).

інтерфероном і специфічними антитілами.	Інтерферон.
---	-------------

Фактори, що зумовлюють виникнення пухлин

Екзогенні фактори	Ендогенні фактори
Нераціональне харчування. Куріння. Підвищена інсоляція. Уживання алкоголю. Вплив промислових канцерогенів. Вірусні інфекції.	Генетична схильність. Первинні або вторинні імунodefіцити. Виснаження антиоксидантної системи. Ендогенні канцерогени. Стреси.

Теорії виникнення раку:

- «**імунологічного нагляду**» (Bernet, 1970) – активні Т-лімфоцити не спроможні розпізнати та знищити пухлинні клітини з моменту їх появи.
- **мутаційна теорія** – в основі захворювання лежать зміни в геномі клітини (нагромадження мутацій у специфічних ділянках клітинної ДНК, що призводять до утворення дефектних білків). Злоякісні пухлини розвиваються з однієї клітини, тобто, мають моноклональне походження. Однак, Lawrence A. Loeb (1974), вважає, що в основі канцерогенезу лежить виникнення величезної кількості мутацій.
- **ранньої нестабільності** (К.Лингаур, 1997) – рання хромосомна нестабільність зумовлює появу мутацій в онкогенах і генах-супресорах.
- **анеуплоїдії** (П.Дюсберг, 1999) – рак є наслідком анеуплоїдії – укорочення й подовження хромосом, переміщення їхніх великих ділянок (транслокації).

Біологічні характеристики пухлинної тканини:

1. Тканинна та клітинна анаплазія або метаплазія.

Під анаплазією розуміють втрату специфічних функцій вихідної тканини й наближення пухлинних клітин до ембріонального стану. Метаплазія – придбання пухлиною властивостей іншої тканини.

2. Неконтрольований і найчастіше безмежний ріст.

3. Автономність пухлинної тканини. Взаємини злоякісних пухлин і організму розглядають як конкурентні. В процесі життєдіяльності пухлина інтенсивно поглинає поживні речовини й трофічні чинники з кров'яного русла, виділяючи в кров продукти життєдіяльності, багато з яких є токсичними. Це є осовним механізмом кахексії при злоякісних пухлинах.

4. Зміна метаболізму пухлинних клітин характерніша для злоякісних пухлин. Вона полягає в активації гліколізу з одночасною зміною (пригніченням) окисного фосфорилування та спрощенням біохімічної структури.

5. Зміна механізмів регуляції. Пухлинна тканина не реагує або неадекватно реагує на нормальні механізми нейрогуморальної регуляції. У той самий час у пухлинній тканині виникають власні регуляторні механізми, пов'язані з інтенсивним виділенням паракринних регуляторів і факторів росту.

6. Зміна антигенних властивостей пухлинної клітини. Пухлинна танина за своїми антигенними властивостями відрізняється від тканин організму, однак пухлина досить ефективно уникає механізмів імунологічного контролю.

Онкологічна настороженість – це лікарська тактика, спрямована на раннє виявлення онкозахворювань. Головне правило цієї тактики: «Незалежно від приводу за яким звернувся до лікаря пацієнт, лікар повинен виключити у нього діагноз онкозахворювання».

Онкологічна настороженість полягає у наступному:

- знання симптомів передракових захворювань, їх лікування та попередження;
- знання симптомів злоякісних пухлин в ранніх стадіях та їх лікування;
- знання принципів організації онкологічної допомоги, що дозволяє своєчасно направити пацієнта з підозрою на злоякісне новоутворення за призначенням;
- ретельне дотримання схеми обстеження пацієнта для виключення наявності онкологічного захворювання;
- при неясній клінічній картині слід завжди пам'ятати про вірогідність нетипового стертого прояву пухлини.

Лікар, який дотримується принципів онкологічної настороженості, більшою мірою гарантований від несвоечасної діагностики та помилкової тактики щодо пацієнта з онкологічною патологією.

У обстеженні кожного пацієнта, а онкологічного особливо, має бути чітка та визначена система. Друге важливе положення – ретельне вивчення симптомів захворювання. Третє положення – активний збір анамнезу. Особливо ретельно лікар має обстежувати пацієнтів на різні хронічні захворювання: хронічні тріщини, виразки на шкірі обличчя, слизовій оболонці порожнини рота, хейліти, стоматити та ін.

У анамнезі онкологічного пацієнта має місце безперервне збільшення кількості та тяжкості симптомів. При приєднанні запального компонента, симптоми злоякісного новоутворення нівелюються.

Слід завжди цікавитися способом життя пацієнта. Особливо має насторожувати факт наявності злоякісного новоутвору іншої локалізації – це може свідчити про наявність ракової хвороби. Деякі захворювання можуть слугувати фоном для виникнення злоякісної пухлини (хронічний гайморит, лейкоплакія).

Знання професійних шкідливостей, з якими стикається пацієнт, часто дозволяє виявити схильність до того чи іншого злоякісного новоутворення.

При обстеженні пацієнта необхідно враховувати спадковість. Слід приділяти увагу національним звичаям (жування бетеля і маста часто призводить до розвитку раку дна порожнини рота), місце постійного проживання (регіони із жарким кліматом), порушення особистої гігієни.

Питання **класифікації пухлин та пухлиноподібних новоутворень** щелепно-лицевої локалізації дуже складне, оскільки голова та шия характеризуються складною анатомічною будовою та гістоархітектонікою. З 1971 р. ВООЗ розпочала розробку й публікацію серій Міжнародної гістологічної класифікації пухлин (МГКП), кожна з яких є класифікацією групи новоутворень, виділених за принципом анатомічної локалізації.

Пухлини щелепно-лицевої локалізації та ший представлені в таких серіях МГКП:

- МГКП № 3 «Гістологічна класифікація пухлин м'яких тканин»;
- МГКП № 4 «Гістологічна класифікація пухлин порожнини рота і ротоглотки»;
- МГКП № 5 «Гістологічна класифікація кісткових пухлин»;
- МГКП № 6 «Гістологічна класифікація одонтогенних пухлин, кіст щелеп і подібних уражень»;
- МГКП № 7 «Гістологічна класифікація пухлин слинних залоз»;
- частково МГКП № 12 «Гістологічна класифікація пухлин шкіри»;
- МГКП № 19 «Гістологічна класифікація пухлин носа та приносних пазух».

МГКП має низку переваг порівняно з раніше запропонованими класифікаціями, основними з яких є такі:

1. Об'єктивність критеріїв, які використовують для віднесення пухлини до тієї або іншої групи: злоякісність, гістогенез, локалізація, будова.
2. Єдність номенклатури, термінології та принципів класифікації новоутворень у всіх серіях МГКП.
3. Класифікація є універсальною й загально визнаною, створена із залученням провідних спеціалістів з різних держав і використанням даних основних світових центрів.
4. МГКП постійно допрацьовують і переглядають з урахуванням останніх наукових даних.
5. Включає всі відомі на сьогодні новоутворення.
6. Містить детальну характеристику клінічної, морфологічної та рентгенологічної картини пухлин.

Відповідно до МГКП всі пухлини **класифікують** за:

1. **Локалізацією** (пухлини порожнини рота та ротоглотки, пухлини порожнини носа та приносних пазух, пухлини слинних залоз, пухлини ЦНС, пухлини щитоподібної залози, пухлини та кістки щелеп, пухлини шкіри).
2. **За гістогенезом** (епітеліальні пухлини, пухлини м'яких тканин, пухлини кісток і хрящової тканини, пухлини лімфоїдної і кровотворної тканини, пухлини змішаного генезу, вторинні пухлини (метастази злоякісних пухлин внутрішніх органів у щелепно-лицевій ділянці), пухлини спірного або неясного гістогенезу, пухлиноподібні стани).
3. **За особливостями клінічної картини та біологічної поведінки** (доброякісні та злоякісні).
4. **Пухлиноподібні ураження:**

- ембріональні вади розвитку, порушення закладки й формування органів і тканин (судинні аномалії та мальформації, лімфангіоми, гамартоми, брахіогенні й дермоїдні кісти, фіброзна остеодисплазія, фолікулярні кісти та ін.);
- прояв спадкових синдромів (нейрофіброматоз, херувізм та ін.);
- прояв системних захворювань (синдром Шегрена, фіброматоз ясен при гормональних захворюваннях, хвороба Педжета, паратиреоїдна дистрофія);
- наслідок гострої або хронічної травми (травматична неврома, проста або травматична кісткова кіста, фіброзні розростання та папіломатоз слизової оболонки порожнини рота);
- реактивна гіперплазія при хронічному запаленні (піогенна гранульома, радикулярні кісти, пухлина Кюттнера);
- порушення відтоку (ретенція) секрету екзокринних залоз (ретенційні кісти слинних залоз, атероми);
- пухлиноподібні ураження, генез яких до кінця не вивчено (аневризмальна кісткова кіста).

Класифікація злоякісних пухлин за системою TNM

T₀ – первинна пухлина не визначається.

T₁ – пухлина 1-2 см в діаметрі в межах ураженої тканини (органу).

T₂ – пухлина більше 2 см в найбільшому вимірі, в межах одного ураженого органу.

T₃ – пухлина більше 3 см в найбільшому вимірі. Вражена більша частина, або весь орган.

T₄ – пухлина вражає увесь орган з переходом на сусідні тканини.

N₀ – лімфатичні вузли не пальпуються.

N₁ – одnobічні рухомі лімфатичні вузли.

N₂ – двобічні рухомі лімфатичні вузли.

N₃ – одnobічні нерухомі лімфатичні вузли.

N₄ – двобічні нерухомі лімфатичні вузли.

M₀ – метастази відсутні.

M₁ – визначаються віддалені метастази.

6. МАТЕРІАЛИ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ:

А. Завдання для самоконтролю:

1. Заповнити графи таблиці:

Механізми протипухлинної резистентності організму

Антиканцерогенні механізми	Антитрансформаційні механізми	Антицелюлярні механізми
1. Інактивація хімічних канцерогенів у процесі макросомального окислю-вання. 2. Інгібіція вільних радикалів антиоксидант-ною системою. 3. _____ 4. _____	1. Ферментативні системи репарації ДНК. 2. _____ 3. Антионкогенні протеїни p53, p21, p16. 4. _____	Цитотоксична дія: Т-лімфоцитів макрофагів натуральних кілерів, антитіла до пухлинних антигенів. TNF (фактор некрозу пухлини). Інтерферон.

2. Додайте відомості у таблицю:

Фактори, що зумовлюють виникнення пухлин

Екзогенні фактори	Ендогенні фактори
1. Нераціональне харчування. 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____ 6. Вірусні інфекції.	1. Генетична схильність. 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. Стреси.

Б. Задачі для самоконтролю:

4.1. Пацієнтка, 42 років, звернулася до хірурга-стоматолога зі скаргами на наявність новоутворення в порожнині рота. При об'єктивному дослідженні встановлено: на незмінній слизовій оболонці лівої щоки наявне новоутворення блідо-рожевого кольору, округлої форми, на ніжці, діаметром до 1см, безболісне, м'яко-еластичної консистенції.

Який метод біопсії слід застосувати?

(Відповідь: ексцизійна біопсія)

4.2. Пацієнт С., 24 років звернувся до хірурга-стоматолога з приводу наявності новоутворення в ділянці підборіддя, яке повільно збільшується. Об'єктивно: асиметрія обличчя за рахунок наявності новоутворення в ділянці підборіддя. Шкіра в кольорі не змінена. Пальпаторно визначається новоутворення розміром 3х5см, овальної форми, рухоме, безболісне.

Яку діагностичну маніпуляцію слід провести?

(Відповідь: пункційну біопсію)

4.3. У хірургічне відділення обласної стоматологічної поліклініки направлений пацієнт з підозрою на наявність пухлини правої привушної слинної залози.

Який метод дослідження буде найінформативнішим в даному випадку?

(Відповідь: гістологічне дослідження)

В. Матеріали для тестового контролю. Тестові завдання з одиничною правильною відповіддю (α=Π):

1. У хірурга-стоматолога обласної стоматологічної поліклініки на диспансерному обліку перебувають пацієнти з пухлинами щелепно-лицевої ділянки, які пройшли лікування у відділенні голови та шиї обласного онкологічного диспансері.

Яка повинна бути документація на цих хворих?

А. Історія хвороби стаціонарного хворого.

В. Амбулаторна картка хворого, контрольна картка диспансерного Нагляду.

С. Виписка з медичної картки хворого.

Д. Амбулаторна картка хворого, журнал обліку хворих, яких направлено зі стаціонару.

Е. Документація ЛКК.

(Правильна відповідь: В)

2. Після комбінованого радикального лікування рака шкіри щоки II клінічної групи хворий знаходиться під диспансерним наглядом.

Як часто він повинен проходити обстеження?

А. 1 раз на півріччя.

В. 1 раз на рік.

С. Перший рік – 1 раз на квартал, другий рік 1 раз на півріччя, в подальшому – 1 раз на рік.

Д. Перший рік – 1 раз на півріччя, в подальшому – 1 раз на рік.

Е. Щоквартально впродовж 5 років.

(Правильна відповідь: С)

3. У хворого 56 років діагностовано пухлину, яка характеризується інвазивним ростом, інфільтрацією навколишніх тканин, утворює перифокальні вогнища запалення, часто метастазує в навколишні лімфатичні вузли та віддалені тканини.

Для якого типу пухлин характерний механізм розвитку?

А. Для некласифікованих пухлин.

В. Для доброякісних пухлин.

С. Для пухлиноподібних утворень.

Д. Для злоякісних пухлин.

Е. Для вродженої патології.

(Правильна відповідь: Д)

Г. Навчальні задачі 3-го рівня (нетипові задачі):

1. Пацієнт, 32 років, звернувся зі скаргами на наявність утворення на язиці. Раніше за медичною допомогою не звертався. Зовнішній вигляд пацієнта без особливостей, піднижньощелепні

лімфатичні вузли не збільшені. На боковій поверхні язика справа ближче до його основи визначається округлий утвір.

Поставте попередній діагноз. Яке захворювання або патологічний стан Ви можете передбачити? Які додаткові відомості та клінічні дані необхідні для встановлення остаточного діагнозу? Складіть план лікування.

(Відповідь: фіброма язика. Повне описання новоутворення (розмір, консистенція, болісність при пальпації, рухливість, зв'язок з оточуючими тканинами). План лікування: обстеження пацієнта для проведення оперативного втручання; хірургічне лікування; медикаментозна терапія; диспансерний нагляд)

2. Пацієнтка, 34 років, звернулася зі скаргами на наявність утворення на слизовій оболонці лівої щічної ділянки, яке помітила випадково. Пацієнтка зазначає, що у даний час майже здорова, однак має в анамнезі двобічний хронічний гайморит. Зовнішній вигляд без особливостей, під нижньощелепні лімфатичні вузли не збільшені. На слизовій оболонці лівої щічної ділянки по лінії змикання зубів визначається новоутворення.

Поставте попередній діагноз. Які додаткові відомості та клінічні дані необхідні для встановлення остаточного діагнозу? Складіть план лікування. Чи має значення для складання плану лікування наявний хронічний двобічний гайморит?

(Відповідь: фіброма. Повне описання новоутворення (розмір, консистенція, болісність при пальпації, рухливість, зв'язок з оточуючими тканинами). План лікування: обстеження пацієнта для проведення оперативного втручання; хірургічне лікування; медикаментозна терапія; диспансерний нагляд. Наявний хронічний двобічний гайморит для складання плану лікування значення не має, якщо відсутня фаза загострення)

3. Чоловік, 42 років, звернувся до хірурга-стоматолога з приводу збільшення родинки на щоці, яку він майже постійно травмує під час гоління. Зі слів пацієнта, місяць тому родинка почала інтенсивно зростати, на її поверхні з'явилася виразка. Об'єктивно: на лівій щоці утворення овальної форми, розміром 1x1см, темно-коричневого кольору. На поверхні його – виразка. Регіонарні лімфовузли збільшені.

Поставте попередній діагноз. Поставте діагноз за системою TNM. Складіть план лікування та профілактики.

(Відповідь: попередній діагноз – меланома лівої щічної ділянки. Діагноз за системою TNM – T2 N1 M0. План лікування - обстеження пацієнта для проведення оперативного втручання; хірургічне лікування (широке висічення осередку ураження та регіонарних лімфатичних вузлів); хіміо- та імунотерапія; диспансерний нагляд. Заходи профілактики: обмеження природної інсоляції та штучного ультрафіолетового опромінення)

7. ЛІТЕРАТУРА:

Основна література:

1. Гнатышак А.И. Общая клиническая онкология. – Львов, 1988. – 233с.
2. Маланчук В.О., Копчак А.В. Доброякісні пухлини та пухлиноподібні ураження щелепно-лицевої ділянки та шиї / навчальний посібник. – К.: Видавничий дім «Асканія», 2008. – 320с.
3. Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии: В 2-х томах./ Под ред. В.М.Безрукова, Т.Г.Робустовой. – Изд.2-е, перераб. И доп. – М.: Медицина, 2000. – 448с.
4. Хирургическая стоматология в схемах и таблицах: Учеб.пособие для студентов и врачей-интернов / Г.П.Рузин, А.А.Дмитриева. – Харьков: ХГМУ, 2001. – 108с.

Додаткова література:

1. Губайдулина Е.Я., Цегельник Л.Н. Опухоли, опухолеподобные поражения и кисты лица, органов полости рта, челюстей и шеи //Хирургическая стоматология. – М.: Медицина, 1996. – С.512-624.
2. Колесов А.А., Воробьев И.Ю. Новообразования мягких тканей. – К., Здоровье, 1991. – 312с.
3. Сагатбаев Д.С. Опухоли челюстно-лицевой области. – Алма-Ата, 1998. – 206 с.
4. Солнцев А.М., Колесов В.С. Доброкачественные опухоли лица, челюстей и органов полости рта. – Киев: Здоровье, 1985. – 150 с.

Міністерство охорони здоров'я України
Вищий державний навчальний заклад України
«Українська медична стоматологічна академія»

«Затверджено»
на засіданні кафедри
хірургічної стоматології
та щелепно-лицевої хірургії
з пластичною та реконструктивною
хірургією голови та шиї

Завідувач кафедри

д. мед. н. Аветіков Д.С. 

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ
ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ
ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ДО ПРАКТИЧНОГО
(СЕМІНАРСЬКОГО) ЗАНЯТТЯ

Навчальна дисципліна	Хірургічна стоматологія
Модуль №	3
Змістовний модуль №	3
Тема заняття	Передракові захворювання шкіри обличчя, слизової оболонки порожнини рота та язика: гістологічна будова, клінічні форми, диференційна діагностика, лікування, ускладнення і профілактика.
Курс	IV
Факультет	Стоматологічний

1. АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ.

Небезпечність передракових захворювань полягає в тому, що вони можуть довгий час існувати не турбуючи хворого, наприклад деякі форми лейкоплакії. Злоякісне переродження цих захворювань спочатку теж не викликає суттєвих змін стану пацієнта. Неуважне ставлення до свого здоров'я нерідко обертається занадто пізнім звертанням за медичною допомогою. Своєчасне виявлення і лікування передракових захворювань становить відповідальну задачу лікаря-стоматолога, особливо якщо врахувати сучасну тенденцію до зростання цих патологічних станів.

2. КОНКРЕТНІ ЦІЛІ:

- 2.1.Аналізувати результати клінічних обстежень хворих з передраковими захворюваннями.
- 2.2.Пояснювати результати додаткових досліджень.
- 2.3.Запропонувати плани лікування хворих з різними передраковими станами.
- 2.4.Класифікувати всі передракові захворювання щелепно-лицевої ділянки.
- 2.5.Трактувати етіологію та клінічні прояви передракових захворювань шкіри обличчя та слизової оболонки рота, ранню симптоматику їх переродження у злоякісну пухлину.
- 2.6.Малювати схему факторів, які сприяють виникненню передракових захворювань.
- 2.7.Проаналізувати основні принципи діагностики та лікування цих хвороб.
- 2.8.Скласти план діагностики та диференційної діагностики, передракових захворювань щелепно-лицевої ділянки, виявити та пояснити процес малігнізації передраків, провести курацію хворого, встановити діагноз, провести диференційну діагностику, скласти план обстеження та лікування хворого з передраковими захворюваннями.

3. БАЗОВІ ЗНАННЯ, ВМІННЯ, НАВИЧКИ, НЕОБХІДНІ ДЛЯ ВИВЧЕННЯ ТЕМИ (міждисциплінарна інтеграція).

Назви попередніх дисциплін	Отримані навички
1. Топографічна анатомія.	Визначити ділянку ураження щелепно-лицевої локалізації.
2. Гістологія.	Описувати морфологічну будову слизових оболонок порожнини рота та язика, шкіри обличчя.
3. Пропедевтика хірургічної стоматології.	Володіти методами забору матеріалу для гістологічного або цитологічного дослідження.
4. Патологічна анатомія.	Ідентифікувати гістологічну та цитологічну картину при передракових станах.
Назви попередніх дисциплін	Отримані навички
5. Патологічна фізіологія.	Описувати етіологію та патогенез передракових станів.
6. Пропедевтика внутрішніх хвороб.	Застосовувати схему обстеження хворого, описувати історію хвороби.

4. ЗАВДАННЯ ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ДО ЗАНЯТТЯ.

4.1. Перелік основних термінів, параметрів, характеристик, які повинен засвоїти студент при підготовці до заняття:

Термін	Визначення
Цитологія.	Це наука про клітини.
Біопсія.	Це прижиттєво взятий шматок тканини для гістологічного дослідження.
Малігнізація.	Це придбання клітинами організму нормальної або патологічно зміненої тканини властивостей злоякісної пухлини.

4.2. Теоретичні питання до заняття:

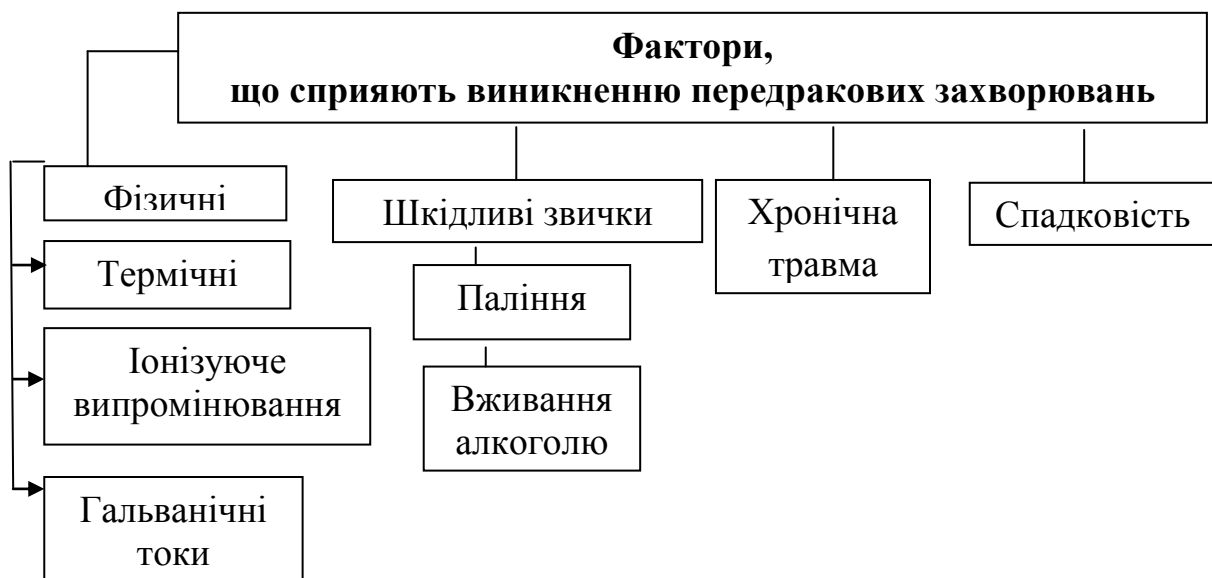
1. Що таке передрак?

2. Що таке факультативні передракові захворювання?
3. Що таке облігатні передракові захворювання?
4. Перелічити фактори, які сприяють виникненню передракових захворювань.
5. Навести класифікацію передракових захворювань шкіри обличчя та слизової оболонки порожнини рота.
6. Описати клінічну картину передракових захворювань слизової оболонки рота.
7. Описати клінічну картину передракових захворювань червоної облямівки губ.
8. Описати клінічну картину передракових захворювань шкіри обличчя.
9. Гістологічні особливості, етіологія при передракових станах.
10. Методи діагностики, додаткові методи дослідження при підозрі на передракове захворювання.
11. Диференційна діагностика передракових захворювань.
12. Профілактика виникнення передракових захворювань порожнини рота.
13. Методи лікування передракових захворювань.
14. Ускладнення передракових захворювань шкіри обличчя, губ та слизової оболонки порожнини рота.

4.3. Практичні роботи (завдання), які виконуються на занятті:

1. Обрати необхідний інструментарій для забору матеріалу на цитологічне дослідження.
2. Провести забор матеріалу для цитологічного дослідження, заповнити направлення в цитологічну лабораторію.
3. Обрати необхідний інструментарій для проведення біопсії.
4. Виконати біопсію для гістологічного дослідження; заповнити направлення в гістологічну лабораторію.
5. Заповнити медичну документацію хворих з передпухлинними захворюваннями.

5. ЗМІСТ ТЕМИ:



Передраки – патологічні стани, які тривалий час передують появі злоякісних пухлин, але не завжди перетворюються в них і є стадією канцерогенезу. Термін «передрак» (praecancer) було запропоновано М.В.Дюбрєйлем у 1986 році на Міжнародному конгресі дерматологів у Лондоні. Він поставив питання про кератози, як станах, що передують виникненню злоякісних пухлин шкіри. З того часу термін «передрак» широко застосовується в клінічній медицині, але, слід відмітити, що ще задовго до цього, були відомі випадки виникнення раку на місці різноманітних патологічних станів. Незважаючи на це, до цих пір немає єдиної думки про значення патологічних процесів в розвитку злоякісних пухлин. Деякі фахівці вважають, що поняття «передрак» необхідно звужити та не рахувати його обов'язковою фазою в розвитку пухлин. Інші автори вважають, що кожен рак має свій передрак, але не кожен передрак обов'язково перетворюється на рак.

Експериментально та клінічно доведено, що розвитку пухлин передують певні патологічні процеси.

Мельников А.В., один з провідних онкоморфологів України, дає таке визначення передраку: передрак це місцеве (спадкове, народжене або надбане) доброякісне захворювання епітелію шкіри, слизової оболонки або паренхіми органу, яке, розташовуючись в типових місцях, піддаючись постійному подразненню (неспецифічному) і, будучи занедбаним, при нашаруванні ряду ендogenous причин, переходить в злоякісну пухлину. А.В.Мельников умовно виділив чотири стадії перетворення передраку в рак:

- а) гіперплазія і перебудова тканини;
- б) вогнищева гіперплазія;
- в) поява доброякісної пухлини;
- г) перетворення доброякісної пухлини в злоякісну з характерним інфільтративним та деструктивним ростом.

Л.М.Шабод виділяє 4 стадії в розвитку раку:

1. Нерівномірна дифузна гіперплазія, змінена морфологічно та функціонально.
2. Вогнищеві розростання на фоні дифузної гіперплазії з мультицентричних зачатків; ознаки незрілості, атипії.
3. Вогнищеві проліферати, зливаючись, утворюють вузол відокремлений від оточуючих тканин (доброякісна пухлина).
4. Малігнізація.

Деякі автори виділяють три гістологічні ступені передракових станів: стадія А – відповідає I стадії розвитку рака за Шабодом, характеризується лише дифузною або множинною гіперплазією епітелію; стадія В – відповідає II та III стадіям за Шабодом, характеризується вогнищевою проліферацією, з початковими ознаками атипії (базофілія, поліморфізм цитоплазми та ядер); стадія С – представляє різку атипію і фактично вже початковий рак.

Більшість авторів вважають безпосередньо передраковими 2 та 3 стадії, тобто, вогнищеві проліферати та доброякісні пухлини. Вони пропонують відмежувати передраки від фонових захворювань.

Практично перераховані стадії переходять з однієї в другу без чітких меж; можливе виникнення злоякісної пухлини без 3 стадії.

Таким чином, передрак – це динамічний стан, який може перейти в рак за рахунок постійної зміни властивостей клітин в бік злоякісності. Передрак перетворюється на рак не стільки за рахунок кількісних змін (час, маса), скільки в наслідок біологічних змін клітин, накопичення в них якостей, які характерні злоякісним клітинам.

Передраковим станам бракує одного або декількох ознак, відрзняючих його від раку. Біологічною особливістю клітин передракових вогнищ є велика їх чутливість до дії факторів, які викликають клітинне розмноження.

Динаміка передракових станів може бути різною:

- прогресія та розвиток раку;
- виникнення доброякісної пухлини;
- регресія.

Причини цих змін до цього часу невідомі, але вони безпосередньо залежать від імунно-біологічного стану організму, тривалості та інтенсивності онкогенних факторів.

Венкеї і Шугар, співставляючи свою клінічну класифікацію з гістологічними стадіями, дійшли висновку, що більшість змін, які належать до факультативної групи передраку в широкому розумінні слова, гістологічно належать до стадії А передраку; більшість змін, що належать до факультативного передраку в більш вузькому розумінні, гістологічно «втискуються» в стадію В передраку, і, нарешті, зміни, що належать до облігатного передраку, гістологічно відповідають групі С.

Особливо показовим значення передраку визначається при локалізації процесу на слизових оболонках червоної облямівки губ і порожнини рота. Це пов'язано з доступністю спостереження за хворим й, очевидно, з тим, що більшість ракових пухлин цієї локалізації виникають внаслідок дії зовнішніх канцерогенних чинників.

За різними статистичними даними, раку порожнини рота і губи передують передракові зміни від 92% випадків (Л.А.Епштейн) до 26% (В.А.Гремілов). Все ж, більшість провідних вчених (М.М. Петров, І.Т. Шевченко та ін.) вважають, що більшість раків щелепно-лицевої локалізації виникають внаслідок прогресування передракових станів.

КЛАСИФІКАЦІЯ ПЕРЕДРАКОВИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

Останнім часом широкого впровадження в практику набула класифікація передраків, запропонована угорськими авторами – Венкеї і Шугар, згідно якої всі передраки розподіляються на облігатні (обов'язкові) та факультативні. Факультативні передраки в свою чергу діляться на факультативні передраки в широкому розумінні слова та факультативні передраки у вузькому розумінні.

Класифікація передракових захворювань за Т.Ванкеї та Я.Шугаром

I. Факультативні передракові стани

- 1). Факультативні передракові процеси в широкому розумінні (основні захворювання).
- 2). Факультативні передракові процеси в вузькому розумінні (кератопреканцерози).

II. Облігатні передракові стани, або інтрадермальні раки.

Передракові стани в широкому розумінні характеризуються тим, що вірогідність їх малігнізації нижче 10% випадків. До них належать стареча атрофія шкіри; хронічні рентгенівські, радіаційні дерматити; дерматити, що викликані дією дьогтю, миш'яку; рубці; хронічні запальні процеси, в тому числі червоний вовчак, доброякісні пухлини та інші.

До факультативних передраків у вузькому розумінні належать так звані кератопреканцерози (старечий кератоз, кератоакантома, шкірний ріг, трофічні виразки). Вірогідність малігнізації біля 20-30% випадків.

До облігатних передраків шкіри належать пігментна ксеродерма, хвороба Боуена, еритроплазія Кейра, хвороба Педжета.

Подібні принципи в розподіленні передраків губи та слизової оболонки порожнини рота покладені в основу класифікації, створеної А.Л.Машкіллейсоном (1970), якої дотримуються як стоматологи, так і онкологи.

Розрізняють наступні форми передраків слизової оболонки порожнини рота та червоної облямівки губ.

Класифікація передракових захворювань за А.Л.Машкіллейсоном

I. Облігатні передракові захворювання:

- 1) хвороба Боуена та еритроплазія Кейра;
- 2) бородавчастий, або вузликаний, передрак червоної облямівки губ;
- 3) абразивний преканцерозний хейліт Манганотті;
- 4) обмежений передраковий гіперкератоз червоної облямівки губ.

II. Факультативні передракові захворювання з великою потенційною злякисністю:

- 1) лейкоплакія ерозивна та веррукозна;
- 2) папілома та папіломатоз піднебіння;
- 3) шкірний ріг;
- 4) кератокантома.

III. Факультативні передракові захворювання з меншою потенційною злякисністю:

- 1) лейкоплакія плеската;
- 2) хронічні виразки слизової оболонки порожнини рота;
- 3) ерозивні та гіперкератотичні форми червоного вовчаку та червоного плескатоного лишая червоної облямівки губ;
- 4) хронічні тріщини губ;
- 5) післяпроменевиий хейліт та стоматит;
- 6) метеорологічний та актинічний хейліти.

Облігатні передраки – процеси, які з найбільшою частотою перетворюються на злякисні новоутворення у відносно короткий час. Факультативні передраки з меншою вірогідністю перетворюються на рак при більш тривалій експозиції.

Таким чином, всі передракові зміни слизової оболонки порожнини рота і червоної облямівки губ розподілені на три групи: облігатні передракові стани, факультативні передракові стани з більшою потенційною злякисністю, для яких характерна трансформація в рак у 15-30% випадків, і на факультативні передракові стани з меншою потенційною злякисністю, при яких малігнізація виникає не більше, ніж у 6-10% хворих. В гістологічному відношенні перша і друга групи захворювань належать до вогнищевих проліфератів або так званих доброякісних пухлин (за термінологією Л.А.Шабада), в той час як захворювання, що віднесені до третьої групи, патоморфологічно представлені у вигляді дифузної, патологічно нерівномірної гіперплазії. В першу групу включені захворювання, гістологічна структура яких відповідає стану, що позначається як cancer in situ, так званий "компенсований" рак, який згідно міжнародної

гістологічної класифікації передраків належить до передраків (хвороба Боуена, еритроплазія Кейра).

Співставляючи класифікацію Машкіллейсона А.Л. з класифікацією Венкеі і Шугара, помітно, що виділені три групи передракових станів за Машкіллейсоном майже повністю відповідають трьом патоморфологічним фазам А, В і С. Наприклад, захворюванням, що входять в першу групу, відповідає гістологічна картина, характерна для фази А; захворюванням другої групи – фаза В; захворюванням третьої групи відповідає стадія В-С або С.

ОБЛІГАТНІ ПЕРЕДРАКИ

Хвороба Боуена вперше буда описана в 1912 році. Етіологія та патогенез не виявлені.

Облігатні передраки; морфологічні та клінічні процеси дуже схожі і можуть бути розцінені як одне захворювання, гістологічно їх можна віднести до *cancer in situ*. Клінічна картина різноманітна; частіше локалізується в задніх відділах слизової оболонки порожнини рота (піднебінні дужки, корінь язика, м'яке піднебіння), рідко в ретромоллярних та передніх відділах, на червоній облямівці губ. Вогнище ураження неправильної форми. Може проявляється плямисто-вузликовими поразками, що поволі збільшуються в розмірі, можуть мати дрібнобугоркову поверхню та сосочкові розростання. При тривалому існуванні спостерігається легка атрофія, вогнище злегка западає, можлива його ерозія, вогнища можуть зливатися, утворюючи бляшки поліциклічних контурів, розміри бляшок від 0,1 до 1,0 см. Поверхня ділянки гіперемована, гладка або бархатиста з дрібними сосочковими розростаннями, можливе невелике шелушіння та зуд. За клінічними проявами виділяють чотири форми хвороби Боуена: 1) папуло-лусочкова; 2) папуло-кірочкова; 3) атрофічна; 4) мокнуча. Диференціювати потрібно з лейкоплакією, червоним плескатим лишаєм, сифілісом. Діагноз встановлюють тільки за результатами гістологічного дослідження.

Гістологічно спостерігаються гігантські клітини в шиповидному шарі із скопиченням ядер у вигляді комків. Може спостерігатися кератинезація окремих клітин у мальпігівому шарі, в стромі – інфільтрат, який складається з плазматичних клітин та лімфоцитів.

Лікування. Електрохірургічне широке видалення вогнища або криогенна деструкція. При неможливості хірургічного лікування - близькофокусна рентгенотерапія доступних ділянок. Якщо виявлено інвазивний рост, показано комбінований метод лікування.

Еритроплазія Кейра була описана в 1921 році. Гістологічна картина відповідає хворобі Боуена (вкладається в поняття «рак на місці»), тому хвороба Боуена деякі автори трактують, як подальшу стадію розвитку еритроплазії Кейра. Інші дослідники не бачуть необхідності розділяти хворобу Боуена та еритроплазію Кейра.

Хвороба починається з появи на слизовій оболонці губ, щік чітко обмежених яскраво-червоних вогнищ з малопомітним ущільненням в основі. Вогнища злегка підвищуються над поверхнею слизової оболонки. Поверхня вогнищ гладка, гіперемована, декілька бархатиста. Поступово на поверхні вогнища з'являються виразки і хвороба перетворюється на рак, можливі метастази в лімфатичні вузли. Для цього захворювання характерний повільний перебіг, лікування тільки радикально-хірургічне; променевий метод лікування малоефективний, консервативні методи – зовсім неефективні.

Абразивний преанцерозний хейлит Манганотті – належить до облігатних передраків губ В 1933 р. Манганотті виділів із чисельної групи хейлитів одну форму, особливістю якої є дуже часта трансформація у рак. Багатьма онкологами ця форма часто описувалась під назвою "деструктивний дискератоз". Клініка хейліту Манганотті відрізняється деякою різноманітністю. Захворювання вражає тільки нижню губу, проявляючи себе у вигляді однієї або декількох ерозій овальної або неправильної форми, розмірами 0,5-1,0 см, часто з гладенькою, ніби полірованою поверхнею, що має насичений червоний колір. У деяких хворих поверхня ерозії частково вкрита прозорим тонким епітелієм. Досить часто на поверхні ерозії виникають кірки (кров'янисті бо серозні), які досить міцно утримуються на поверхні. Зняття кірок викликає незначну кровотечу, в той час як незначна травматизація ерозивної поверхні без кірок кровотечі не викликає. Часто спостерігається епітелізація ерозії, а потім рецидив. Ерозії частіше розташовані на боковій частині губи, інколи – в центрі. В деяких випадках ерозія розташована на дещо інфільтрованій і гіперемованій основі, причому запальна реакція спостерігається до 1,0-1,5 см за межами ерозії. Малігнізація можлива у терміни від декількох місяців до декількох років – з утворенням плоскоклітинного раку. Ознаки малігнізації: втрата тенденції до епітелізації, розростання на фоні ерозій утворень, схожих на грануляції, підвищення у вигляді валика країв ерозії, поява кровотечі з ерозій, ущільнення в основі ерозії, поява значного ороговіння безпосередньо навколо ерозії. Остаточо питання про можливу малігнізацію процесу може бути вирішено морфологічним дослідженням. Слід відзначити, що інколи, навіть при відсутності

вказаних клінічних ознак малігнізації, при гістологічному дослідженні виявляється картина спиноцелюлярного (плоскоклітинного) раку.

Диференційну діагностику хейлита Манганотті слід проводити з пухирчаткою, Гермесом, афтозним стоматитом, червоним плоским лишаям, червоним вовчаком, ерозивною лейкоплакією, екземою губ, виразковою формою раку губ.

Лікування абразивного преканцерозного хейліту Манганотті полягає в застосуванні засобів, що стимулюють епітелізацію ерозії – ретинол, тіаміну хлорид, рибофлавін, нікотинова кислота. Лікування слід починати після усунення подразнюючих факторів, санації порожнини рота, лікування патології кишково-шлункового тракту. Якщо процес не піддається консервативному лікуванню, або коли з'являються ознаки малігнізації, то слід застосовувати хірургічне втручання – видалення вогнища ураження в межах здорових тканин з обов'язковим гістологічним пошаровим дослідженням. Диспансерне спостереження за такими хворими здійснюється як стоматологами, так і онкологами (це стосується всіх хворих з облігатними передраками).

Бородавчастий або вузликовий передрак червоної облямівки губ. Захворювання описане А.Л.Машкіллейсоном у 1970 р. В порівнянні з хейлітом Манганотті зустрічається частіше у більш молодих людей. Як правило, утворення локалізується збоку від центру губи, переважно нижньої, в межах червоної облямівки, не виходячи ні на шкіру, ні до зони Клейна.

Клінічно утворення схоже з папіломою або бородавкою, маючи чітко окреслені межі. Елемент розміром від 4 мм до 1,0 см, напівкулеподібної форми, виступає над рівнем оточуючої червоної облямівки на 3-5 мм, має щільну консистенцію. Забарвлення змінюється від кольору нормальної червоної облямівки до застійно-червоного. У більшості хворих поверхня вузлика звичайно вкрита невеликою кількістю лусочок, які міцно тримаються на поверхні, не знімаючись при зшкрябуванні. В таких випадках поверхня набуває сірувато-червоного кольору. Пальпація вузлика зазвичай безболісна. Частіше цей елемент розташований на зовні незмінній облямівці, інколи – на фоні незначного запалення.

Перебіг бородавчастого передраку досить швидкий. Малігнізація процесу може відбутись вже через 1-2 місяці після початку захворювання, хоча у деяких хворих цей процес триває і до 1-3 років.

Диференційну діагностику бородавчастого передраку слід проводити зі звичайною бородавкою, папіломою, кератоакантомою, піогенною гранульою.

До ознак малігнізації бородавчастого передраку слід відносити прискорення темпів росту, посилення процесів ороговіння на поверхні вузлика. Велике значення слід приділяти появленню ущільнення в основі елементу і появи болючості. Але слід вказати на відносність цих ознак, які інколи можуть бути відсутніми в процесі малігнізації.

Лікування бородавчастого передраку червоної облямівки губ полягає в повному хірургічному видаленні ділянки ураження з наступним обов'язковим морфологічним дослідженням. Видалення краще робити електроножем в межах здорових тканин. Електрокоагуляцію та кріодеструкцію в чистому вигляді ніколи робити не слід, так як вони позбавляють можливості проведення морфологічного верифікації процесу.

Диспансерне спостереження здійснюється як лікарем-стоматологом, так і онкологом, тому що існує висока вірогідність малігнізації, як що своєчасно не виконати видалення вогнища ураження у межах здорових тканин.

Профілактичні заходи. Захист від дії несприятливих метеорологічних чинників і, перш за все, інсоляції. Уникати травматизації червоної облямівки губ. Своєчасне лікування хронічних запальних процесів на губах, систематична санація порожнини рота. Заборона паління.

Обмежений передраковий гіперкератоз червоної облямівки губ. Описаний А.Л.Машкіллейсоном в 1965 р. До цього клініцисти трактували це захворювання як лейкоплакію. Але від лейкоплакії обмежений передраковий гіперкератоз відрізняється не тільки клінічно, але й по суті перебігу процесу, тому що він має значно більшу потенційну злоякісність в порівнянні з лейкоплакією, і належить до облігатних передраків. На відміну від інших передраків і цієї групі переважають особи молодого і середнього віку. Процес також локалізується переважно на нижній губі, частіше – приблизно по середині між центром губи та кутом рота.

Клінічно обмежений передраковий гіперкератоз проявляється у вигляді обмеженої ділянки, яка часто має полігональну форму, розміром від 0,2 до 1,5 см. У більшості хворих поверхня вогнища не підвищується над рівнем оточуючої червоної облямівки, а часто навпаки

здається дещо пониженою, запалою, оточеною тоненьким білястим валиком. Поверхня такої ділянки вкрита скопиченням щільно-розташованих лусочок сірувато-коричньового кольору. При пальпації вогнище безболісне, м'яке.

Перебіг обмеженого передракового гіперкератозу повільніше в порівнянні з вузликовою формою передраку. Ділянки ураження можуть існувати без малігнізації впродовж декількох років, але інколи малігнізація може виникнути на протязі першого року захворювання і навіть впродовж перших місяців. Велика кількість випадків малігнізації обмеженого передракового гіперкератозу є підставою для віднесення цієї форми до групи облігатних передраків.

Диференційну діагностику обмеженого передракового гіперкератозу слід проводити із лейкоплакією, ексfolіативним хейлитом, червоним плоским лишаям та червоним вовчаком. Під час огляду хворого обмеженим передраковим гіперкератозом червоної облямівки губ самим складним є вирішення питання, чи не відбулась вже малігнізація процесу. З клінічних ознак, які хоча б частково допомогли вирішенню цього питання, Машкіллейсон називає три: посилення процесу ороговіння, поява ерозій на поверхні та поява ущільнень в основі утворення. Тому єдиним надійним засобом діагностики є біопсія, яку рекомендується проводити як можна раніше.

Лікування обмеженого передракового гіперкератозу полягає у хірургічному видаленні вогнища ураження в межах здорових тканин. Краще проводити електроексцизію. Видалена тканина обов'язково підлягає гістологічному дослідженню, від результатів якого залежить подальша терапія.

ФАКУЛЬТАТИВНІ ПЕРЕДРАКОВІ ЗАХВОРЮВАННЯ З ВЕЛИКОЮ ПОТЕНЦІЙНОЮ ЗЛОЯКІСНІСТЮ

Лейкоплакія верукозна. Локалізація: слизова оболонка щік, дна порожнини рота, язик, губа. Виражен процес ороговіння. Має дві форми. Бородавчаста форма - щільнуваті, горбисті, сірувато-білого іноді молочного кольору утворення з бородавчастими розростаннями на поверхні. Бляшкоподібна форма - гладкі, різко обмежені бляшки неправильної форми, що підносяться над навколишньою слизовою оболонкою молочно-білого кольору, з шорсткою поверхнею.

Лікування. Хірургічне видалення вогнища.

Профілактичні заходи. Відмова від паління, усунення хронічної травматизації слизової оболонки порожнини рота гострими краями зубів, при неправильному прикусі неякісно зробленими протезами, усунення подразнюючої їжі, алкоголю. Протезування однорідним металом для попередження виникнення гальванізації.

Лейкоплакія ерозивна. Виникає, як наслідок плоскої або верукозної лейкоплакії. На фоні вогнищ ураження плоскою або верукозною лейкоплакією виникають тріщини або ерозії, які супроводжуються болями, печією та ін., особливо під час прийому їжі. Тріщини періодично то збільшуються, то епітелізуються.

Лікування. Терапевтичне медикаментозними препаратами, які прискорюють епітелізацію (гель «Солкосеріл»), при безуспішності – видалення хірургічним шляхом.

Профілактичні заходи. Уникати інсоляції, змащувати губи кремом, жиром, періодично приймати концентрат вітаміну А по 10 крап., 3 рази на день, протягом 2 місяців, відмова від паління.

Папілома. Пухлина на ніжці або на широкій основі, може нагадувати бородавку або кольорову капусту, іноді на поверхні можуть бути ворсинки. Розрізняють ороговіваючі папіломи сірувато-білого кольору та неороговіваючі – за кольором не відрізняються від кольору тієї тканини, на який вона розташована. Локалізується на шкірі, губах, слизових оболонках порожнини рота та язика.

Лікування. Видалення хірургічним шляхом.

Профілактичні заходи. Уникати травматизації.

Папіломатоз. Множинне розростання папілом на окремій ділянці шкіри, губ або слизової оболонки порожнини рота та язика. Виявляються щільні вузлики, що добре контуруються, застійно-червоного кольору, підносяться над навколишньою поверхнею, напівкулястої форми, розміром 0,2 - 0,4 см. Іноді вузлики зливаються. Поверхня їх внаслідок ороговіння може приймати сірувато-білий колір. Улюблена локалізація - слизова оболонка твердого і м'якого піднебіння.

Лікування. Видалення хірургічним шляхом.

Профілактичні заходи. Санація порожнини рота з раціональним протезуванням. Щадна дієта. Заборона паління та вживання алкоголю.

Кератоакантома. Щільний вузлик округлої форми сірувато-червоного кольору, розміром до 1 - 1,5 см в діаметрі, з ущільненими краями та характерним воронкоподібним поглибленням в центрі, заповненим роговими масами, що вільно видаляються.

Лікування. Видалення хірургічним шляхом.

Шкірний риг має вигляд чітко обмеженого вогнища діаметром 0,3 - 0,5 см в основі, від якого відходить утворення конусоподібної форми, висотою 0,5 -1 см сіруватого кольору, щільно спаяне з основою. Частіше розвивається одне вогнище, але може бути і більше. Локалізація: шкіра або червона облямівка губ. Вражає людей похилого віку.

Лікування. Видалення хірургічним шляхом.

Профілактичні заходи. Своєчасне лікування запальних процесів на червоній облямівці губ та шкірі.

ФАКУЛЬТАТИВНІ ПЕРЕДРАКОВІ ЗАХВОРЮВАННЯ З МЕНШОЮ ПОТЕНЦІЙНОЮ ЗЛОЯКІСНІСТЮ

Лейкоплакія плеската спостерігається у вигляді обмежених вогнищ ороговіння, різної форми та розміру, не підвищується над поверхнею слизової оболонки; поверхня може бути складчастою, колір сірувато-білий, матовий; іноді, навкруги вогнища, може бути запалення. Найчастіша локалізація: слизова оболонка щоки, ретро-молярної ділянки, рідше – дна порожнини рота, язика, слизової оболонки губ.

Лікування. Консервативне, медикаментозними засобами (масло обліпихи, шипшини, «Аекол», «Аевіт»).

Профілактичні заходи. Відмова від паління, усунення хронічної травматизації слизової оболонки порожнини рота гострими краями зубів, при неправильному прикусі неякісно зробленими протезами, усунення подразнюючої їжі, алкоголю. Протезування однорідним металом для попередження виникнення гальванізації.

Ерозивно-виразкова і гиперкератотична форми червоного вовчаку та червоного плескатоного лишая. Прояви червоного вовчаку частіше бувають на відкритих ділянках шкіри, а також, на червоній облямівці губ та слизових оболонках порожнини рота. При ерозивно-виразковій формі червоного вовчаку на тлі гіперемії з чіткими контурами розташовані ерозії, що легко кровоточать, не схильні до епітелізації, з ущільненням в підставі. Гіперкератоз невеликий.

Лікування. Синтетичні антималярійні препарати з невеликими дозами кортикостероїдних препаратів (преднізолон, дексаметазон) і вітамінами групи В, в першу чергу, ніотинової кислоти. Місцево – аплікації мазями з кортикостероїдами.

Профілактичні заходи. Уникати надмірної інсоляції. З метою захисту від УФ-променів застосовують мазі, що містять фотозахисні засоби, 10% фенілсаліцилат, 5% хінін. З метою профілактики ці мазі слід застосовувати в осінньо-весняно-літній період не залежно від наявності або відсутності вогнищ гіперемії.

При червоному плескатоному лишаяу локалізація патологічних вогнищ спостерігається на слизовій оболонці щік в ділянці останніх молярів по лінії змикання зубів та на язиці; губи та піднебіння вражаються рідко.

При ерозивній формі червоного плескатоного лишаяу - ерозії і виразки покриті фібринозним нальотом, по видаленню якого кровоточать. Навколо ерозій і виразок на гіперемійованій і набряклій основі є типові папульозні висипання у вигляді сітки. При гиперкератичній формі червоного плескатоного лишаяу - на застійному фоні гиперкератоз, що підноситься над рівнем червоної облямівки губ, у вигляді бляшок, що нагадують лейкоплакію.

Лікування. Прийом преднізолону з делягілом всередину. За наявності протипоказань до призначення кортикостероїдних препаратів всередину, можна застосовувати ін'єкції гідрокортизону в слизову оболонку під осередки ураження, застосування мазей «Холісал», «Солкосеріл» та преднізолонової. При безуспішності терапії - хірургічне видалення вогнища.

Профілактичні заходи. Своєчасне лікування червоного плескатоного лишаяу, уникати травм, надмірної інсоляції, відмова від паління, раціональне протезування.

Післяпроменевиий хейліт. Гіперемія губ, сухість, тріщини, ерозії, атрофії. На поверхні можуть бути гиперкератоз або бородавчасті розростання епітелію.

Лікування. Мазі з кортикостероїдними препаратами, метілурацилова, іноді всередину призначають препарати хінолінового ряду.

Профілактичні заходи. Уникати надмірної дії УФ-інсоляції.

Післяпроменевиий стоматит. На слизових оболонках порожнини рота та язика виникає вологий мукозит, можливо ерозивно-виразкового характеру. Епітеліальний покрив в зоні випромінювання може підвергатися ороговінню.

Лікування. Аплікації з маслом шипшини, обліпихи та інших жирових речовин. Полоскання розчинами антисептиків, включаючи розчин метацилу, хлорофіліпту.

Профілактичні заходи. Уникати надмірної дії УФ-інсоляції.

Хейліт актинічний та метеорологічний – пошкодження червоної облямівки губ, яке виникає під тривалою дією сонячного випромінювання. Клінічно виділяють дві форми: ексудативну, котра характеризується набряком та гіперемією, виникненням на цьому фоні пухирьків, ерозій, корочок, лусочок, тріщин; та суху (ксерозну). При цій формі червона облямівка має ярко червоний колір, вкрита сірувато-білими лусками, котрі після їх зняття з'являються знов. Потім червона облямівка стає сухою, шороховатою, легко вразливою; у хворих з'являється відчуття печії, зуду, болю. Для цього захворювання характерні рецидиви у весняно-літній період.

Лікування. Терапевтичне з використанням медикаментозних засобів: захисні креми, масло шишшини, обліпихи, солкосерил .

Профілактичні заходи. Захист губ від надмірної дії сонячного випромінювання, застосування фотозахисних мазей.

ПЕРЕДРАКОВІ ЗАХВОРЮВАННЯ ШКІРИ ОБЛИЧЧЯ ОБЛІГАТНІ ПЕРЕДРАКОВІ ЗАХВОРЮВАННЯ ШКІРИ

Пігментна ксеродерма. Тип успадкування захворювання – аутосомно-рецесивний. У виникненні захворювання велике значення має кровна спорідненість батьків і природжена підвищена чутливість до сонячного випромінювання. Шкіра хворих у край чутлива до сонячного випромінювання і зміни в ній призводять до малігнізації.

Клініка. У 2-3-річних дітей на відкритих ділянках (шкіра обличчя, шиї, кистів) у весняно-літній період з'являються гіперемія, лущення, сухість. Після перебування на сонці залишаються набряклі нечітко відмежовані еритематозні ділянки. Після розршення еритеми залишається пігментація у вигляді лентиги і веснянок. Крім пігментації виникають поверхнева атрофія білого кольору, телеангіектазії, кератози. Кількість пігментних плям збільшується, шкіра стає строкатою, а ділянки атрофії можуть призвести до атрезії ротового отвору, ектропіону. Крім того, ураження шкіри супроводжується кон'юктивитами і світлобоязню. Атрофічні зміни призводять до стоншування вух і кінчика носа, випадання вії. Із кератозів розвиваються бородавчасті розростання, які з часом трансформуються в епітеліоми, а іноді, в саркоми та меланому. Новоутворення потім метастазують до внутрішніх органів. Крім того, у цих хворих відмічають кісткову дистрофію, мікроцефалію, відставання у фізичному та психічному розвитку. Більшість хворих вмирає до 15-річного віку.

Лікування. Загальнозміцнююча терапія.

Профілактичні заходи. Максимальна стриманість від сонячної і УФ-інсоляції.

Хвороба Боуена. Передраковий дерматоз, який за своєю суттю є внутрішньоепідермальним раком. Рідко локалізується на обличчі. Характерним є нерівномірний ріст вогнища ураження по периферії, його строкатість через наявність ерозивних ділянок, поверхневої атрофії, вогнищ гіперкератозу і підвищеного периферичного валику. Центральна зона виглядає запалою, нерівною, дещо бородавчатою, покритою лусочками та кірочками, під яким відкривається нерівна, папіломатозна поверхня з ерозіями. Виразка розпадається рідко. Підведений край має інтенсивніше забарвлення. Якщо в межах вогнища формується щільна пухлина, схильна до виразкування, хвороба Боуена перетворюється у плескатоклітинний рак.

Лікування. Широке висічення, діатермокоагуляція, кріодеструкція, рентгено- та лазеротерапія. Одночасно призначають етретинат у дозі 1мг/кг маси тіла.

Профілактичні заходи. Уникати травматизації.

Епітеліома Барета-Ядассона. Вражає людей похилого віку. Інтрадермальна пухлина. Зазвичай одне вогнище ураження: пляшка округлої або овальної форми, рожевого або коричневого кольору, гладка або бородавчата, блискуча або вкрита лусочками, що відшаровуються. Якщо з'являються виразки, зазвичай малігнізується. Диференціювати необхідно з псоріазом, невусом, папіломою.

Лікування. Хірургічне видалення.

ФАКУЛЬТАТИВНІ ПЕРЕДРАКОВІ ЗАХВОРЮВАННЯ ШКІРИ

Кератома (стареча атрофія). Шкіра стає сухою, тонкою, зморщеною. На ній з'являються жовтуватобурі плями, що підвищуються, вкриті щільними кірками, що важко знімаються. При тривалому травмуванні стареча кератома може малігнізуватись.

Лікування. Хірургічне, електроінцизія, лазерне видалення, близько фокусна рентгенотерапія

Актинічні кератози – це різновид себорейних (старечих) кератозів на дистрофічно зміненій шкірі особи (у моряків і осіб, що тривало працюють на відкритому повітрі).

Лікування. Електрокоагуляція або кріодеструкція вогнищ кератозу. Вит. А.

Профілактичні заходи. Виключити несприятливі метеорологічні дії.

Пізні променеві виразки. Виразки шкіри, що трудно гояться, з вогнищами атрофії і телеангіектазії навколо місця променевої дії (через багато років після нього).

Лікування. Неподразливе місцеве протизапальне і епітелізуєче лікування, вітамінотерапія. При показаннях - хірургічне видалення.

Профілактичні заходи. Виключити повторну променеву дію і УФ-інсоляцію.

Трихоепітеліома. Доброякісна пухлина придатків шкіри. Зазвичай це спадкове вроджене захворювання. Виникає на шкірі обличчя, рідше на волосистій частині голови у вигляді множинних, щільних, пухлиноподібних вузликів величиною 0,3-0,5 см, округлої форми, колір від світло-рожевого до жовтуватого, з телеангіектазіями на всій поверхні. Трихоепітеліома існує тривалий час, росте поволі і може трансформуватися в базаліому.

Лікування хірургічне: широке висічення елементів висипання, електрокоагуляція, кріодеструкція, лазерне видалення, дермабразія.

Профілактичні заходи. Уникати травматичних пошкоджень.

Шкірний ріг. Доброякісне епітеліальне новоутворення, яке переважно розташовується на обличчі, волосистій частині голови. Зазвичай, у літніх осіб розвивається із старечої кератоми, але може виникати на рубцях, папіломах, вогнищах туберкульозного вовчака, після хронічних рентгенівських уражень шкіри. Пухлина є конусовидним утвором завдовжки декілька сантиметрів із рогових мас жовтувато-коричневого або темного кольору. Основа пухлини щільна, поверхня покрита подовжними і поперечними борознами. Запальних явищ немає. У старечому віці нерідко трансформується в рак шкіри.

Лікування. Найкращий результат дає застосування рідкого азоту з кюретажем; кюретажу має попереджувати аплікація 70%-ної гліколевої кислоти на 3-5 хвилин. Можна використовувати діатермокоагуляцію, лазеротерапію.

Профілактичні заходи. Своєчасне лікування кератом, папілом та ін. захворювань, що передують виникненню шкірного рогу.

Папілома. Найдоброякісніша пухлина шкіри обличчя. Розвивається з покривного епітелію. Папіломи діагностуються як солітарні (поодинокі) та множинні (папіломатоз). Приблизно у 20% випадках у хворих папіломи малігнізуються. Папіломи локалізуються на різних ділянках обличчя. Їхня клінічна симптоматика різноманітна: на тонкій або товстій ніжці, округлої або овальної форми, поверхня гладенька або зморшкувата з сосочкових розростань із зроговілим або незроговілим епітелієм, різних розмірів (0,5-2,0). Наявність множинних папілом визначають, як папіломатоз шкіри обличчя. Папіломи з гіперкератозними змінами часто стають злоякісними.

Лікування. Кріодеструкція, висічення, лазерне видалення.

Профілактичні заходи. Утримання від пошкоджень, своєчасне лікування.

Невус. Пігментне утворення на шкірі нейроектодермального походження, до складу якого входять невусні клітини, що мають меланін.

Найбільш повною класифікацією пігментних невусів є класифікація М.З. Сігала, що наведена в дисертації А.С.Абдулліна (1967), в який новоутворення розподілені наступним чином.

1. За зовнішнім виглядом:

- а) плескаті;
- б) плескато-бугристі;
- в) папіломатозні;
- г) вузлуваті;
- д) на ніжці;
- е) бородавчасті.

2. За розмірами:

- а) крапчасті;
- б) середні;
- в) великі;
- г) гігантські.

3. За кольором:

- а) сіро-бурі;
- б) коричневі;
- в) чорні;
- г) темно-сині.

4. За наявністю волосяного покриву:

- а) з волосяним покривом;
- б) без волосяного покриву.

1. За клінічним перебігом:

- а) ті, що покояються;
- б) ускладнені.

А.І. Пачес (1983) відмічав, що розміри та колір невусів вкрай різноманітні, вони не є факторами, що обумовлюють характер процесу і навряд чи можуть бути основою класифікації.

В практичній роботі А.І.Пачес (1983) запропонував виділити наступні клініко-анатомічні форми невуса:

1. Плескатий невус – трохи підвищується над рівнем шкіри, поверхня його гладка, колір чорний або коричневий, іноді є волосяний покрив.
2. Бугорчастий невус – також з чіткими межами, але поверхня бугриста. колір, частіше, бурий, часто є волосяний покрив.
3. Папіломатозний невус – форма різноманітна, є множинні сосочкові виступи, колір різноманітний, часто виступи не мають пігменту, консистенція м'яка, волосся, зазвичай, немає.
4. Вузлуватий невус – вузол гладкий, щільний, колір бурий, коричневий або синій, інколи вузол має ніжку, що нагадує гриб, волосся немає.
5. Бородавчастий невус – новоутворення з бороздками різної глибини, часто чорного кольору, має волосяний покрив.

На шкірі обличчя частіше спостерігаються плескати та бугорчасті невуси; папіломатозні виявляються на червоній облямівці губ, іноді біля зовнішнього вугла очниці. Згідно даним літератури, найчастіше малігнізуються пограничний невус, рідше – ускладнений і ще рідше – голубий.

Вроджені пігментні невуси зазвичай збільшуються повільно, у дітей до періоду статевої зрілості їх ріст може зупинитися. У хворих з вродженими невусами рідко буває їх малігнізація. Невуси, що з'явилися у позаутробному періоді розвитку дитини, мають тенденцію до злякисного переродження.

Лікування. Видаляти необхідно ті невуси, які знаходяться на містах, що підвержені постійному роздратуванню, травматизації або за косметичними показниками.

Профілактичні заходи. Уникати травмуючих та дратівливих факторів, надмірної дії сонячної інсоляції.

Обмежений передпухлинний меланоз Дюбрея. Захворювання переважно літнього і старечого віку. Основна локалізація - обличчя. Зазвичай – одне вогнище нерівномірного порушення пігментації, лущення, іноді - ерозія.

Лікування. Повне видалення в межах здорових тканин. Профілактичні заходи. Уникати травми і дії сонячних променів.

6. МАТЕРІАЛИ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ:

А. Завдання для самоконтролю:

№ п/п	Основні завдання. Вивчити.	Вказівки
1.	Етіологія та патогенез передракових захворювань.	Перелічіть фактори, що сприяють виникненню та розвитку передракових станів.
2.	Класифікація передракових захворювань щелепно-лицевої ділянки.	Навести класифікацію Машкіллейсона.
3.	Гістологічна будова шкіри та слизової оболонки при враженні передраковими захворюваннями.	Навести гістологічну картину, що відповідає різним формам передракових станів.
4.	Клінічні форми передракових станів.	Перелічити клінічні прояви, що супроводжують передракові захворювання шкіри, губ, слизової оболонки порожнини рота та язика.
5.	Диференційна діагностика передракових захворювань.	Провести внутрішньо- та позагрупову диференційну діагностику передракових захворювань щелепно-лицевої ділянки.
6.	Лікування передракових захворювань.	Перелічити методи лікування передракових захворювань щелепно-лицевої ділянки.
7.	Ускладнення передракових захворювань.	Навести клінічні прояви малігнізації

		передракових захворювань.
8.	Профілактика виникнення передракових захворювань.	Навести схему профілактичних заходів передракових захворювань.

Б. Задачі для самоконтролю:

1. При огляді порожнини рота виявлено осередок зміненої слизової оболонки щоки у вигляді білуватої плями, чітко окресленої, безболісної, гладкої, розташованої вздовж лінії змикання зубів.

Який попередній діагноз можна поставити?

(Відповідь: лейкоплакія)

2. У хворого похилого віку на червоній облямівці губи на протязі 1 місяця є ерозія овальної форми біля 1 см з гладким червонуватим дном, не кровоточить, безболісне. По краях епітелій при піднятій у вигляді валика. Місцями вкрита шкірою, видалення якої супроводжувалось крововиливами.

Який попередній діагноз можна поставити?

(Відповідь: хейліти Манганотті)

3. У хворого молодого віку на червоній облямівці губи є обмежене утворення півкулеподібної форми діаметром до 0,5 см, щільної консистенції. Поверхня сірувато-рожевого кольору з невеличкою кількістю щільно сидячих білісуватих лусочок. Епітелій навколо не змінений.

Імовірний діагноз?

(Відповідь: бородавчастий передрак червоної облямівки)

В. Матеріали для тестового контролю. Тестові завдання з одиничною правильною відповіддю (α=Π):

1. Яке захворювання належить до облігатних передраків?

A. Лейкоплакія.

B. Хвороба Боуена.

C. Папіломатоз.

D. Постпроменевиї стоматит.

E. Ерозивно-виразкова форма червоного вовчука.

(Правильна відповідь: B)

2. Яке з захворювань належить до облігатного передраку червоної облямівки губ?

A. Лейкоплакія.

B. Кератоакантома.

C. Шкірний ріг.

D. Папілома.

E. Бородавчастий передрак.

(Правильна відповідь: E)

3. Яке з захворювань варто віднести до облігатного передраку червоної облямівки губ?

A. Лейкоплакію.

B. Кератоакантому.

C. Шкірний ріг.

D. Папілому.

E. Обмежений гіперкератоз.

(Правильна відповідь: E)

Г. Навчальні задачі 3-го рівня (нетипові задачі):

1. На слизовій оболонці нижньої губи у хворого є обмежений осередок яскраво-червоного кольору з бархатистою поверхнею, що злегка лушиться. Мікроскопічно: виявлені поліморфні клітини багатоядерного плоского епітелію, явища вогнищ дискератозу відсутні.

Діагноз захворювання?

(Відповідь: еритроплазія Кейра)

2. Захворювання почалося з появи на шкірі щоки щільного, при піднятого над шкірою вузла з ділянки западіння в центрі, заповненого роговими масами. Через 3 – 4 тижні це утворення досягло 2 см у діаметрі. Характерною морфологічною ознакою було вогнище запалення, акантоз, наявність «рогової чаші».

Яке захворювання виявлене в хворого?

(Відповідь: кератоакантома)

3. У хворого на шкірі губи є поодинокий роговий виступ, що конічно звужується до вершини. Ширина утворення біля 0,4 см, у довжину до 0,6 см, безболісний, сірого кольору. Утворення має шарувату будову.

Яке захворювання виявлене в хворого?

(Відповідь: шкірний ріг)

7. ЛІТЕРАТУРА:

Основна література:

1. Пачес А.И. Опухоли головы и шеи. – М.: Медицина, 1983.
2. Дунаевский В.А., Шеломенцев Ю.А. Предопухольные заболевания и злокачественные опухоли слизистых оболочек полости рта. – М.: Медицина, 1986.
3. Колесов А.А., Воробьев Ю.И., Каспарова Н.Н. Новообразования мягких тканей и костей лица у детей и подростков. – М.: Медицина, 1989.

Додаткова література:

1. Солнцев А.М., Колесов В.С. Доброкачественные опухоли лица, челюстей и органов полости рта. – К.: Здоров'я, 1985. – 150 с.
2. Соловьёв М.М. Онкологические аспекты в стоматологии. – М.: Медицина, 1983.

Міністерство охорони здоров'я України
Вищий державний навчальний заклад України
«Українська медична стоматологічна академія»

«Затверджено»
на засіданні кафедри
хірургічної стоматології
та щелепно-лицевої хірургії
з пластичною та реконструктивною
хірургією голови та шиї

Завідувач кафедри

д. мед. н. Аветіков Д.С. 

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ
ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ
ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ДО ПРАКТИЧНОГО
(СЕМІНАРСЬКОГО) ЗАНЯТТЯ

Навчальна дисципліна	Хірургічна стоматологія
Модуль №	3
Змістовний модуль №	3
Тема заняття	Епітеліальні пухлини м'яких тканин. Клініка, діагностика, диференціальна діагностика, лікування.
Курс	IV
Факультет	Стоматологічний

1. АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ.

Епітеліальні пухлини м'яких тканин, особливо такі як папілома і невус спостерігаються на амбулаторному прийомі дуже часто. Звичайно вони не становлять загрози здоров'ю хворого, але при певних умовах здатні перероджуватись у злоякісну пухлину. До того ж деякі злоякісні пухлини можуть з'являтися під виглядом цих новоутворень, насамперед така небезпечна пухлина як меланома. Чітке знання клінічних проявів цієї групи пухлин допоможе лікарю уникнути грубих діагностичних помилок.

2. КОНКРЕТНІ ЦІЛІ:

- 2.1.Аналізувати етіологію та патогенез епітеліальних пухлин м'яких тканин щелепно-лицевої ділянки.
- 2.2.Пояснювати, що таке пухлинний процес.
- 2.3.Запропонувати план обстеження хворого з пухлиною м'яких тканин щелепно-лицевої ділянки.
- 2.4.Класифікувати пухлини м'яких тканин.
- 2.5.Трактувати клінічні ознаки епітеліальних пухлин м'яких тканин щелепно-лицевої ділянки.
- 2.6.Малювати схеми обстеження та лікування хворих з епітеліальними пухлинами м'яких тканин щелепно-лицевої ділянки.
- 2.7.Проаналізувати заключення додаткових методів обстеження хворих з епітеліальними пухлинами м'яких тканин щелепно-лицевої ділянки.
- 2.8.Скласти план лікування та диспансерного нагляду хворих з епітеліальними пухлинами м'яких тканин щелепно-лицевої ділянки.

3. БАЗОВІ ЗНАННЯ, ВМІННЯ, НАВИЧКИ, НЕОБХІДНІ ДЛЯ ВИВЧЕННЯ ТЕМИ (міждисциплінарна інтеграція).

Назви попередніх дисциплін	Отримані навички
1. Етика та деонтологія.	Встановити психологічний контакт з хворим.
2. Патоморфологія.	Описувати гістологічну будову епітеліальних пухлин м'яких тканин.
3. Внутрішні хвороби.	Застосовувати методи обстеження хворого з епітеліальними пухлинами м'яких тканин щелепно-лицевої ділянки.
4.Пропедевтика хірургічної стоматології.	Володіти методами додаткових обстежень хворих з епітеліальними пухлинами м'яких тканин щелепно-лицевої ділянки.

4. ЗАВДАННЯ ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ДО ЗАНЯТТЯ.

4.1. Перелік основних термінів, параметрів, характеристик, які повинен засвоїти студент при підготовці до заняття:

Термін	Визначення
1. Канцерогенез.	Це (лат. cancerogenesis; cancer — рак) — складний патофізіологічний процес зародження та розвитку пухлини.
2. Пухлина.	Це (син.: новоутворення, неоплазія, неоплазма) — патологічний процес, який представлений новоутворенною тканиною, в якій зміни генетичного апарату клітин призводять до порушення регуляції їх росту та диференціювання.
3. Епітеліома.	Це пухлина, що утворюється з клітин епітелію, які вкривають поверхню тіла, вистилають просвіти або створюють внутрішні органи. Раніше цю пухлина звали карциномою.

4.2. Теоретичні питання до заняття:

1. Перелічити епітеліальні пухлини м'яких тканин щелепно-лицевої ділянки.
2. Дати клінічну характеристику папіломи.
3. Дати клінічну характеристику кератоакантоми.
4. Дати клінічну характеристику шкірного рога.

5. Дати клінічну характеристику неvusів.
6. Що таке епітеліоми? Назвати їх.
7. Назвати клінічні прояви злоякісного переродження епітеліальних пухлин м'яких пухлин.
8. Провести диференційну діагностику епітеліальних пухлин м'яких пухлин обличчя і порожнини рота.
9. Які методи діагностики застосовують для верифікації пухлин.
10. Які методи застосовують для лікування епітеліальних пухлин м'яких пухлин та різних видів епітеліом.

4.3. Практичні роботи (завдання), які виконуються на занятті:

1. Обстежити хворого.
2. Описати історію хвороби або амбулаторну картку хворого.
3. Призначити план обстеження хворого.
4. Виконати біопсію.
5. Провести забір матеріалу для цитологічного дослідження.
6. Скласти план лікування хворого.

5. ЗМІСТ ТЕМИ:

Папілома. Розвивається з покривного епітелію. Розвивається з покривного епітелію. Папіломи діагностуються як солітарні (поодинокі) та множинні (папіломатоз). Приблизно у 20% випадках у хворих папіломи малігнізуються. Папіломи локалізуються на різних ділянках обличчя. Їхня клінічна симптоматика різноманітна: на тонкій або товстій ніжці, округлої або овальної форми, поверхня гладенька або зморшкувата з сосочкових розростань із зроговілим або незроговілим епітелієм, різних розмірів (0,5-2,0). Найявністю множинних папілом визначають, як папіломатоз. Папіломи з гіперкератозними змінами часто стають злоякісними.

Локалізується на шкірі, губах, слизових оболонках порожнини рота та язика.

Лікування. Видалення хірургічним шляхом.

Профілактичні заходи. Уникати травматизації.

Кератоакантома. Щільний вузлик округлої форми сірувато-червоного кольору, розміром до 1 - 1,5см в діаметрі, з ущільненими краями та характерним воронкоподібним поглибленням в центрі, заповненим роговими масами, що вільно видаляються.

Лікування. Видалення хірургічним шляхом.

Шкірний ріг. Доброякісне епітеліальне новоутворення, яке переважно розташовується на обличчі, волосистій частині голови. Зазвичай, у літніх осіб розвивається із старечої кератоми, але може виникати на рубцях, папіломах, вогнищах туберкульозного вовчака, після хронічних рентгенівських уражень шкіри. Пухлина є конусовидним утвором діаметром 0,3 – 0,5 см в основі завдовжки декілька сантиметрів із рогових мас жовтувато-коричневого або темного (сіруватого) кольору. Основа пухлини щільна, поверхня покрита подовжніми і поперечними борознами. Запальних явищ немає. У старечому віці нерідко трансформується в рак шкіри.

Лікування. Найкращий результат дає застосування рідкого азоту з кюретажем; кюретажу має попереджувати аплікація 70%-ної гліколевої кислоти на 3-5 хвилин. Можна використовувати діатермокоагуляцію, лазеротерапію.

Профілактичні заходи. Своєчасне лікування кератом, папілом та ін. захворювань, що передують виникненню шкірного рогу.

Неvus. Пігментне утворення на шкірі нейроектодермального походження, до складу якого входять неvusні клітини, що мають меланін.

Найбільш повною класифікацією пігментних неvusів є класифікація М.З. Сігала, що наведена в дисертації А.С.Абдулліна (1967), в який новоутворення розподілені наступним чином.

1. За зовнішнім виглядом:
 - а) плескати;
 - б) плескато-бугристі;
 - в) папіломатозні;
 - г) вузлуваті;
 - д) на ніжці;
 - е) бородавчасті.
2. За розмірами:
 - а) крапчасті;

- б) середні;
- в) великі;
- г) гігантські.

3. За кольором:

- а) сіро-бурі;
- б) коричневі;
- в) чорні;
- г) темно-сині.

4. За наявністю волосяного покриву:

- а) з волосяним покривом;
- б) без волосяного покриву.

1. За клінічним перебігом:

- а) ті, що покояться;
- б) ускладнені.

А.І. Пачес (1983) відмічав, що розміри та колір невусів вкрай різноманітні, вони не є факторами, що обумовлюють характер процесу і навряд чи можуть бути основою класифікації.

В практичній роботі А.І.Пачес (1983) запропонував виділити наступні клініко-анатомічні форми невуса:

1. Плескатий невус – трохи підвищується над рівнем шкіри, поверхня його гладка, колір чорний або коричневий, іноді є волосяний покрив.

2. Бугорчастий невус – також з чіткими межами, але поверхня бугриста. колір, частіше, бурий, часто є волосяний покрив.

3. Папіломатозний невус – форма різноманітна, є множинні сосочкові виступи, колір різноманітний, часто виступи не мають пігменту, консистенція м'яка, волосся, зазвичай, немає.

4. Вузлуватий невус – вузол гладкий, щільний, колір бурий, коричневий або синій, інколи вузол має ніжку, що нагадує гриб, волосся немає.

5. Бородавчастий невус – новоутворення з бороздками різної глибини, часто чорного кольору, має волосяний покрив.

На шкірі обличчя частіше спостерігаються плескаті та бугорчасті невуси; папіломатозні виявляються на червоній облямівці губ, іноді біля зовнішнього вугла очниці. Згідно даним літератури, найчастіше малігнізуються пограничний невус, рідше – ускладнений і ще рідше – голубий.

Вроджені пігментні невуси зазвичай збільшуються повільно, у дітей до періоду статевої зрілості їх ріст може зупинитися. У хворих з вродженими невусами рідко буває їх малігнізація. Невуси, що з'явилися у позаутробному періоді розвитку дитини, мають тенденцію до злоякісного переродження.

Лікування. Видаляти необхідно ті невуси, які знаходяться на місцях, що підвержені постійному роздратуванню, травматизації або за косметичними показниками.

Профілактичні заходи. Уникати травмуючих та дратівливих факторів, надмірної дії сонячної інсоляції.

Обмежений передпухлинний меланоз Дюбрея. Захворювання переважно літнього і старечого віку. Основна локалізація - обличчя. Зазвичай – одне вогнище нерівномірного порушення пігментації, лущення, іноді - ерозія.

Лікування. Повне видалення в межах здорових тканин.

Профілактичні заходи. Уникати травми і дії сонячних променів.

Епітеліома – загальний термін для визначення доброякісних та злоякісних пухлин поверхневого епітелію, переважно шкіри та її придатків.

Епітеліома Малерба (шкіри) – рідко зустрічається, доброякісна пухлина. Яка складається з частково просотаних вапном шарів некротизованого епідермісу з гігантоклітинною реакцією по периферії. Клінічно проявляється поодиноким безболісним інкапсульованим вузлом округлої форми, щільної консистенції з діаметром від 0,5 до 4,5 см, який розташовується в нижній частині дерми. На розтині – сіро-жовтого кольору, шаруватой будови, має ділянки звапнення та некрозу.

Лікування хірургічне.

Трихоепітеліома. Доброякісна пухлина придатків шкіри. Зазвичай це спадкове вроджене захворювання. Виникає на шкірі обличчя, рідше на волосистій частині голови у вигляді множинних, щільних, пухлиноподібних вузликів величиною 0,3-0,5 см, округлої форми, колір від світло-рожевого до жовтуватого, з телеангіектазіями на всій поверхні. Трихоепітеліома існує тривалий час, росте поволі і може трансформуватися в базаліому.

Лікування хірургічне: широке висічення елементів висипання, електрокоагуляція, кріодеструкція, лазерне видалення, дермабразія.

Профілактичні заходи. Уникати травматичних пошкоджень.

Хвороба Боуена. Передраковий дерматоз, який за своєю суттю є внутрішньоепідермальним раком. Рідко локалізується на обличчі. Характерним є нерівномірний ріст вогнища ураження по периферії, його строкатість через наявність ерозивних ділянок, поверхневої атрофії, вогнищ гіперкератозу і підвищеного периферичного валику. Центральна зона виглядає запалою, нерівною, дещо бородавчастою, покритою лусочками та кірочками, під яким відкривається нерівна, папіломатозна поверхня з ерозіями. Виразка розпадається рідко. Підведений край має інтенсивніше забарвлення. Якщо в межах вогнища формується щільна пухлина, схильна до виразкування, хвороба Боуена перетворюється у плескатоклітинний рак.

Лікування. Широке висічення, діатермокоагуляція, кріодеструкція, рентгено- та лазеротерапія. Одночасно призначають етретинат у дозі 1мг/кг маси тіла.

Профілактичні заходи. Уникати травматизації.

Епітеліома Барета-Ядассона. Вважає людей похилого віку. Інтрадермальна пухлина. Зазвичай одне вогнище ураження: бляшка округлої або овальної форми, рожевого або коричневого кольору, гладка або бородавчата, блискуча або вкрита лусочками, що відшаровуються. Якщо з'являються виразки, зазвичай малігнізується. Диференціювати необхідно з псоріазом, невусом, папіломою.

Лікування. Хірургічне видалення.

Еритроплазія Кейра була описана в 1921 році. Гістологічна картина відповідає хворобі Боуена (вкладається в поняття «рак на місці»), тому хворобу Боуена деякі автори трактують, як подальшу стадію розвитку еритроплазії Кейра. Інші дослідники не бачуть необхідності розділяти хворобу Боуена та еритроплазію Кейра.

Хвороба починається з появи на слизовій оболонці губ, щік чітко обмежених яскраво-червоних вогнищ з малопомітним ущільненням в основі. Вогнища злегка підвищуються над поверхнею слизової оболонки. Поверхня вогнищ гладка, гіперемована, декілька бархатиста. Поступово на поверхні вогнища з'являються виразки і хвороба перетворюється на рак, можливі метастази в лімфатичні вузли. Для цього захворювання характерний повільний перебіг. Лікування тільки радильно-хірургічне; променевий метод лікування малоефективний, консервативні методи – зовсім неефективні.

Базаліома (базоцеллюлярна епітеліома) – походить з клітин базального шару епідерміса, зустрічається в 60% випадків раку шкіри однаково у чоловіків та жінок середнього та похилого віку, частіше виникає на обличчі.

Займає проміжне становище між злоякісними і доброякісними пухлинами. Цю пухлину вирізняють інфільтративний ріст, здатність до рецидиву за відсутності явищ метастазування. На вигляд це бляшка сіро-рожевого кольору, щільної консистенції, вкрита кіркою. Поверхня пухлини лущиться, їй притаманне виразкування, яке з ростом пухлини поглиблюється. У запущених випадках зона деструкції займає великі ділянки. При розміщенні на голові і шиї місцеве руйнування тканин захоплює життєво важливі органи, судини, нерви, а також кісткові елементи. Базально клітинний рак підлягає хірургічному видаленню. Добрий клінічний ефект дає променеве лікування – близько фокусна рентгенотерапія. Розроблено методики кріогенної деструкції пухлин.

Плоскоклітинний рак (спіноцеллолярна епітеліома) походить з клітин шиповатого шару. Локалізується в більшості на обличчі, шиї, волосистій шкірі голови, слизових оболонках. Хворіють частіше чоловіки у віці 40 – 50 років. Відрізняється вираженою злоякісністю, швидко збільшується, часто дає метастази в регіонарні лімфатичні вузли.

Розрізняють поверхневу. Глибоко проникну і папілярну форми раку шкіри.

Поверхнева форма вимявляється спочатку невеликою сіро-жовтою бляшкою, яка виступає над поверхнею шкіри. Згодом по периферії утворюється щільний валик, краї пухлини стають мереживними, а в центрі з'являється розм'якшення. Через деякий час у місці розм'якшення утворюється виразка, вкрита кіркою. Прилегли ділянки шкіри червоніють, з'являються ознаки запального процесу. Характерною рисою для розвитку пухлини є відсутність больового синдрому навіть у випадку виразок значного розміру.

При глибоко проникній формі пухлина поширюється в прилегли тканини. Виразка глибшає, її краї ущільнюються, стають валикоподібними, підритими і нерухомими при пальпації. Дно виразки вкрите некротичною плівкою.

Значно рідше трапляється папілярна форма. Вона має вигляд вузла з чіткими контурами, який вирізняється над рівнем здорової шкіри. Його поверхня вкрита неглибокими виразками, які часто кровоточать. Для великих ракових виразок характерні щільні невеликі метастази в регіонарних лімфатичних вузлах.

Лікування застосовують хірургічне, променево і цитологічне, які на ранніх стадіях рівноцінні, проте променево частіше як більш косметичне. Вибір способу лікування визначається стадією хвороби і локалізацією пухлин.

Меланома (меланобластома) належить до найбільш злоякісних пухлин людини. Пухлина виникає з пігментних клітин меланоцитів. Для неї характерна наявність пігменту меланіну, хоча можуть траплятися і без пігментні форми. Меланома може розвиватись як з передраку (невуса), так і з нормальної шкіри. Ознаки, які вказують на можливу малігнізацію невуса: 1) зміна форми; 2) збільшення розмірів; 3) зміна забарвлення; 4) вираз кування поверхні; 5) кровотеча або лімфотеча; 6) зміна чутливості; 7) діаметр більше ніж 5 мм; 8) приєднання запальних явищ (біль, ущільнення, гіперемія шкіри, свербіння, печія та ін.).

Клінічно поверхнево повзуча меланома виявляється як асиметричний з неправильними краями плоский утвір або пляма, забарвлені в різні відтінки сірого, коричневого та червоного кольорів. Трапляється де пігментовані ділянки. Пухлина може рости повільно в горизонтальному напрямі впродовж багатьох років.

Вузлова меланома – це утвір вузлової форми з чіткими краями, однотонний, темний чорно-синього або синьо-червоного кольору; характерний вертикальний тип росту.

Злоякісна лентигозна меланома розвивається в меланому Дюбрея. Вона розташовується на незахищених від сонця ділянках шкіри в осіб похилого віку і має вигляд великого плоского утвору рудувато-коричневого кольору.

Розміри меланоми рідко перевищують 2 – 2,5 см у діаметрі. Меланома має схильність до раннього лімфо генного і гематогенного метастазування. Пухлину часто оточують вторинні метастатичні вузли. Утвори, розташовані на віддалі до 3 см, називають самелітами, а вузлові утвори, розташовані в шкірі або в підшкірно-жировій клітковині між первинною пухлиною та зонами регіонарного метастазування – транзиторними метастазами. Найчастіше віддалені метастази виявляють у шкірі, легенях, печінці, головному мозку, кістках.

Основним методом лікування є хірургічний.

Меланома належить до радіо резистентних пухлин. Проте ураження слизових оболонок буває іноді чутливим до опромінення.

Лімфоєпітеліома (пухлина Шмінке, синці ткальна карцинома, перехідно-клітинний рак) – злоякісна пухлина глотки.

Як правило лімфо епітеліома виникає в ротовій та носовій частинах глотки, багатих на лімфоїдну тканину. Вона частіше зустрічається у віці 30 – 40 років, але може бути і у дітей.

Макроскопічно лімфо епітеліома має форму вузла або крупно-бугристого утворення щільно еластичної консистенції вкритого первоначально незміненою слизовою оболонкою, блідо-сірого коліру на розрізі.

Мікроскопічно лімфо епітеліома побудована з великих платівкових тканин, які можуть лежати розрізнено або утворювати компактні гнізда та рихло зв'язані тяжі. Пухлинні тканини мають різноманітну форму, контури їх нечіткі. В тканині лімфо епітеліома іноді зустрічається вогнища плоско клітинної диференціації вплоть до ороговіння окремих клітин та утворення так званих ракових перлин. Строма пухлини побудована із ніжно волокнистої сполучної тканини, інфільтрованої лімфоїдними клітинами та пронизаної багато чисельними капілярами.

Виділяють тип Шмінке, який характеризується ретикулярним роз положенням епітеліальних та багатьом лімфоїдних клітин, та тип Рего з компактним розміщенням епітеліальних клітин, та невеликою кількістю лімфоцитів у вигляді окремих вогнищ.

Клінічний перебіг лімфо епітеліоми обумовлено інфільтративним ростом пухлини, схильністю до раннього метастазування в глибокі лімфатичні вузли шиї та швидкою генерацією процесу. Особливості клінічної симптоматики залежить від локалізації та розповсюдженості лімфо епітеліоми (наприклад, початковий симптом лімфо епітеліоми в носовій ділянці глотки – утруднене носове дихання; якщо уражен трубний мигдалик – зниження слуху; при ураженні задньої поверхні м'якого піднебіння – утруднене ковтання та зміна тембру голосу). За допомогою звичайної задньої риноскопії або фібро риноскопії частіше на боковій стінці носової частини глотки або в її своді спостерігається крупно-бугристе утворення щільно-еластичної консистенції (на відміну від м'яких аденоїдних утворень. По мірі збільшення пухлина вип'ячує м'яке піднебіння, може розповсюджуватись в порожнину рота, біляносові пазухи та очницю.

Іноді лімфоєпітеліома проростає кістки основи черепа та інфільтрує середню черепну ямку, вражая при цьому багато черепних нервів.

При локалізації пухлини в ділянці ротової частини глотки, головним чином, піднебінних мигдаликів, першими симптомами є відчуття чужерідного тіла та невеликий біль при ковтанні.

Піднебінний мигдалик збільшений у розмірах щільної консистенції, слизова оболонка розтягнута та гіперемована. Устя лакук майже не видні. Проростання лімфо епітеліоми в тканини глотки та корінь язика супроводжується появою виразки. При цьому збільшується біль, з'являється слинотеча, гнилісний запах з рота, утруднюється жування, ковтання, дихання.

Метастази лімфо епітеліоми в регіонарні лімфатичні вузли (частіше верхні ділянки шиї) спостерігаються в 80 – 95% випадках; в 20 – 25% випадків збільшення лімфатичних вузлів шиї є першим симптомом лімфо епітеліоми. І збільшення метастазів в подальшому може значно випереджувати розвиток первинної пухлини. Двобічна локалізація метастазів під верхню третину грудино-ключично-сосцевидного м'язу характерна для лімфо епітеліоми носової частини глотки, наявність метастатичних вузлів позаду та нижче кута нижньої щелепи – для лімфо епітеліоми ротової ділянки глотки. Віддалені метастази виникають рано, спостерігаються в лімфатичних вузлах різних областей, в легенях, печінці, травнево-кишковому тракті.

Діагноз ставлять на основі даних клінічних та морфологічних досліджень первинної пухлини та збільшених щільних лімфатичних вузлів шиї.

Лікування. Променева терапія, при генералізованих формах лімфо епітеліоми призначають сарколізін або циклофосфамід.

Прогноз неблагоприємний, залежить від локалізації та клінічної стадії захворювання.

6. МАТЕРІАЛИ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ:

А. Завдання для самоконтролю:

Доброякісні епітеліальні пухлини м'яких тканин щелепно-лицевої ділянки

Клінічні характеристики	Назва пухлини			
	Папілома	Кератоакантома	Шкірний ріг	Невус
Локалізація	Шкіра, слизова оболонка	Шкіра, обличчя	Шкіра, обличчя	Шкіра, слизова оболонка
Форма	Округла	Округла, блюдцеподібна	Конусо-подібний	Округла або неправильна
Розмір	Від 1-2мм до 1см і більше	До 2-3см в діаметрі	Від декілька мм до декілька см	Може досягти великої площі
Рухомість	Рухома якщо має ніжку	Нерухома	Мало-рухомий	Нерухомий
Колір	На шкірі темний, на слизовій оболонці рожевий	Оточуючих тканин	Темний до чорного	Від рожевого до червоного
Характер поверхні	Ворсин-часта	Має кратеро-подібне заглиблення	Рівна або бугриста	Може бути гладким або бородавчастим
Наявність ніжки	Буває на широкій основі або на ніжці	На широкій основі	На широкій основі	Немає
Ріст	Повільний	Швидкий	Повільний	Повільний, часто пухлина природ-жена
Інше		Може самостійно зникнути		На поверхні невусу може рости волосся

Б. Задачі для самоконтролю:

1. Хворий похилого віку скаржиться на наявність на нижній губі безболісного, твердого новоутворення, що існує вже декілька місяців, повільно збільшуючись. Об'єктивно: на шкірі нижньої губи визначається конусоподібне утворення до 1 см завдовжки, тверде, безболісне, темно-коричневого кольору на широкій основі.

Який діагноз найбільш вірогідний?

(Відповідь: шкірний ріг)

2. Хворий скаржиться на наявність безболісного новоутворення на шкірі щоки, яке швидко зростає. Об'єктивно: на шкірі лівої щоки новоутворення 1 x 1,5 см, блюдцеподібної форми з гладкою поверхнею і западанням в центрі у вигляді кратера, що заповнене роговою масою.

Який діагноз найбільш вірогідний?

(Відповідь: кератоакантома)

3. Видаливши папілому язика, лікар направив матеріал на гістологічне дослідження помістивши його у 70% етиловий спирт.

Чи є дії лікаря вірними?

(Відповідь: ні, етиловий спирт різко змінює гістологічну картину матеріалу)

В. Матеріали для тестового контролю. Тестові завдання з одиничною правильною відповіддю (α=Π):

1. Знайдіть опис невуса шкіри:

A. Виступаючі над поверхнею шкіри безболісні сосочкові розростання. Покриті волоссям, темно-коричневого кольору, є тріщини, покриті шкірками, не кровлять, межі чіткі.

B. Поодинокі, щільні, безболісні утворення розміром у декілька міліметрів коричневого кольору, покриті зморшкуватою шкірою, розташовуються на ніжці.

C. Поодинокі, безболісні утворення розміром до 0,5 см, яскраво-червоного кольору з гладкою поверхнею, розташовані на ніжці.

D. Плоська папула коричневого кольору розміром до декількох міліметрів, округлої форми, безболісна, з гладкою поверхнею.

E. Пухлиноподібне утворення чорного кольору, розміром до 0,5 см, нерухоме, безболісне, швидко збільшується.

(Правильна відповідь: D)

2. Ознакою озлоякіснення невуса не є:

A. Різне збільшення його розмірів.

B. Зміна ступеня пігментації.

C. Поява застійних запальних явищ по периферії невуса.

D. Поява виразки.

E. Поява волосся на невусі.

(Правильна відповідь: E)

3. Трихоепітеліома – це:

A. Доброякісний новоутвір, що розвивається з волосяних фолікулів і що містить залозисті кісти.

B. Доброякісна пухлина волосяних фолікулів, що складається з високо диференційованих клітинних елементів.

C. Доброякісна пухлина, гістогенетично пов'язана з лішкою волосяного фолікула.

D. Доброякісна пухлина, що виникає з епітелію сальних залоз і що зберігає структурні подібності з вихідною залозою.

E. Доброякісний новоутвір, що розвивається з вивідних проток потових залоз.

(Правильна відповідь: A)

Г. Навчальні задачі 3-го рівня (нетипові задачі):

1. Виразка, що виявлена в порожнині рота при огляді хворого має такий вид: краї щільні, вивернуті у вигляді кратера, основа ущільнена, дно вкрите дрібнозернистою тканиною, що легко кровоточить при доторкуванні. Виразка безболісна.

Який діагноз більш вірогідний?

(Відповідь: ракова виразка)

2. На шкірі в ділянці лівої щоки півроку тому з'явився вузлик з червичне зерно виступаюче над поверхнею шкіри. Пухлина щільної консистенції, матово-білого кольору, розташована на бляшці. Після видалення пухлини виявлено, що структурною одиницею пухлини є базаліоми.

Який діагноз більш вірогідний?

(Відповідь: базаліома)

3. У хворого на слизовій оболонці нижньої губи є пухлино подібне утворення кулеподібної форми, розміром до 0,5 см, м'якої консистенції, з чіткими контурами, рухоме, безболісне; слизова оболонка над утворенням без патологічних змін.

Про яке захворювання можна думати?

(Відповідь: папілома)

7. ЛІТЕРАТУРА:

Основна література:

1. Пачес А.И. Опухоли головы и шеи. – М.: Медицина, 1983.
2. Дунаевский В.А., Шеломенцев Ю.А. Предопухольные заболевания и злокачественные опухоли слизистых оболочек полости рта. – М.: Медицина, 1986.
3. Колесов А.А., Воробьев Ю.И., Каспарова Н.Н. Новообразования мягких тканей и костей лица у детей и подростков. – М.: Медицина, 1989.

Додаткова література:


1. Солнцев А.М., Колесов В.С. Доброкачественные опухоли лица, челюстей и органов полости рта. – К.: Здоров'я, 1985. – 150 с.
2. Соловьев М.М. Онкологические аспекты в стоматологии. – М.: Медицина, 1983.
3. Рибалов О.В., Одабаш'ян А.Л., Соколова Н.П., Саяпіна Л.М. Онкологія щелепно-лицевої ділянки / Навчальний посібник для студентів та лікарів-інтернів стоматологів.- Полтава; АСМІ, 1999. – 114 с.
4. Травматологія та онкологія щелепно-лицевої ділянки / Збірник тестових запитань для студентів стоматологічного факультету //О.В.Рибалов, Л.М.Саяпіна, І.В.Яценко, О.О.Розколупа: АСМІ, 2002. – 197 с.

Міністерство охорони здоров'я України
Вищий державний навчальний заклад України
«Українська медична стоматологічна академія»

«Затверджено»
на засіданні кафедри
хірургічної стоматології
та щелепно-лицевої хірургії
з пластичною та реконструктивною
хірургією голови та шиї

Завідувач кафедри

д. мед. н. Аветіков Д.С.



МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ
ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ
ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ДО ПРАКТИЧНОГО
(СЕМІНАРСЬКОГО) ЗАНЯТТЯ

Навчальна дисципліна	Хірургічна стоматологія
Модуль №	3
Змістовний модуль №	3
Тема заняття	Пухлиноподібні утворення м'яких тканин: атерома, ринофіма, кератоакантома, кератолітична папілома (шкірний ріг). Клініка, діагностика, диференціальна діагностика, лікування.
Курс	IV
Факультет	Стоматологічний

1. АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ.

Пухлиноподібні новоутворення м'яких тканин, особливо такі, як атерома, спостерігається на амбулаторному прийомі у хірурга-стоматолога досить часто. Звичайно вони не становлять загрози життю та здоров'ю хворого, але при певних умовах деякі з них наприклад, кератоакантома здатні перероджуватись у злоякісну пухлину. Чітке знання клінічних проявів цієї групи новоутворень допоможе лікарю встановити вірний діагноз і уникнути грубих помилок.

2. КОНКРЕТНІ ЦІЛІ:

- 2.1. Аналізувати клінічні прояви атероми, рінофіми, кератоакантоми, шкірного рога.
- 2.2. Пояснювати етіологічні і патогенетичні фактори розвитку пухлиноподібних утворень м'яких тканин.
- 2.3. Запропонувати план обстеження хворого з діагнозом атерома, рінофіма, кератоакантома, шкірний ріг.
- 2.4. Класифікувати пухлиноподібні утворення м'яких тканин.
- 2.5. Тракувати принципи діагностики та лікування пухлиноподібних утворень м'яких тканин.
- 2.6. Малювати графологічну схему заняття.
- 2.7. Проаналізувати результати лабораторних та інструментальних обстежень.
- 2.8. Скласти схему лікування хворих з атеромою, рінофімою, кератоакантомою або шкірним рогом.

3. БАЗОВІ ЗНАННЯ, ВМІННЯ, НАВИЧКИ, НЕОБХІДНІ ДЛЯ ВИВЧЕННЯ ТЕМИ (міждисциплінарна інтеграція).

Назви попередніх дисциплін	Отримані навички
1. Топографічна анатомія.	Визначити топографо-анатомічні ділянки голови та шиї.
2. Гістологія.	Приготувати матеріал для гістологічного дослідження.
3. Патологічна анатомія.	Описати гістологічну картину пухлино подібних утворень м'яких тканин.
4. Патологічна фізіологія.	Тракувати етіологію та патогенез пухлин.
5. Пропедевтика хірургічної стоматології.	Провести курація хворого з пухлиною щелепно-лицевої ділянки.
6. Загальна онкологія.	Визначити схему обстеження онкохворого.

4. ЗАВДАННЯ ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ДО ЗАНЯТТЯ.

4.1. Перелік основних термінів, параметрів, характеристик, які повинен засвоїти студент при підготовці до заняття:

Термін	Визначення
1. Біопсія.	Це прижиттєве одержання матеріалу для гістологічного дослідження.
2. Аутопсія.	Це посмертне одержання матеріалу для гістологічного дослідження.
3. Пункційна біопсія.	Це одержання матеріалу для гістологічного дослідження шляхом пункції новоутворення голкою великого діаметру.
4. Інцизійна біопсією	Це одержання матеріалу для гістологічного дослідження шляхом вирізування шматочка пухлини на межі здорових тканин.

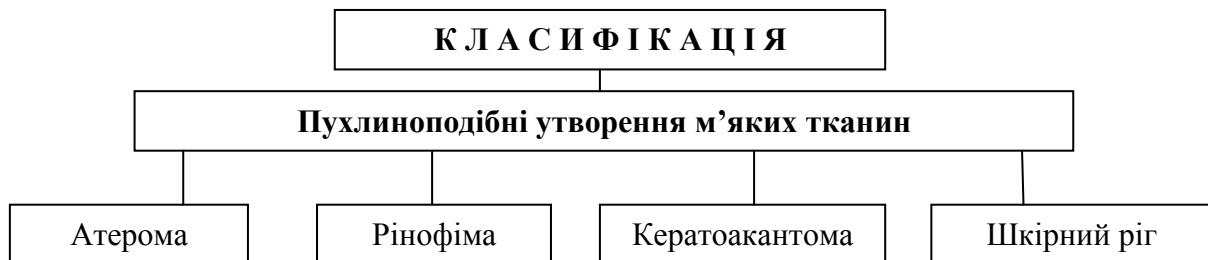
4.2. Теоретичні питання до заняття:

1. Перелічіть фактори, які сприяють виникненню пухлиноподібних утворень м'яких тканин.
2. Описати клінічну картину атероми.
3. Описати клінічну картину рінофіми.
4. Описати клінічну картину кератоакантоми.

5. Описати клінічну картину шкірного рога.
6. Методи діагностики та додаткові методи дослідження хворих.
7. Диференційна діагностика пухлиноподібних утворень м'яких тканин.
8. Профілактика виникнення пухлиноподібних утворень м'яких тканин.
9. Диференційна діагностика пухлиноподібних утворень м'яких тканин.
10. Клінічні прояви злоякісного переродження пухлиноподібних утворень м'яких тканин.
11. Методи лікування пухлиноподібних утворень м'яких тканин.

4.3. Практичні роботи (завдання), які виконуються на занятті (не передбачено робочою навчальною програмою з дисципліни).

5. ЗМІСТ ТЕМИ:



Клініка, діагностика, лікування

Атерома – це ретенційна киста сальної залози шкіри, яка утворюється після закупорки вивідної протоки залози. Частіше всього це має місце при травматичному пошкодженні шкіри під час гоління, видавлювання вугрів та ін. Атероми частіше поодинокі але можуть бути і множинні (атероматоз). Ростуть повільно та безболісно, спостерігаються в будь-якій ділянці шкіри обличчя та голови. Клінічна атерома має кулеподібну форму, шкіра над нею не змінена в кольорі, рухома. Тільки в одному місці шкіра зрощена з оболонкою кісти, а саме в ділянці гирла вивідної протоки сальної залози. Тут, якщо спробувати зібрати шкіру в складку, спостерігається симптом «лимонної кірки». Атерома рухома, безболісна при пальпації, має щільно-еластичну консистенцію, поверхня її гладка, межі чіткі. Розмір від декілька міліметрів до декількох сантиметрів в діаметрі.

Атероми досить часто нагноюються. В таких випадках вона втрачає рухомість, шкіра над нею червоніє, виникає набряк оточуючих тканин, формується абсцес. Капсула атероми сформована із сполучної тканини, всередині вкрита плоским епітелієм.

Лікування атероми хірургічне, полягає в видаленні капсули разом зі смужкою шкіри, що зрощена з верхнім полюсом кісти. У випадку нагноєння атероми її лікують як звичайний абсцес, а оболонку видаляють після повної ліквідації проявів запалення.

Рінофіма – це хронічне запалення шкіри носа з ураженням всіх її елементів і гіперплазією сальних залоз та судин. Частіше зустрічається у чоловіків похилого віку, що зловживають алкоголем.

Захворювання розвивається повільно і виявляє себе у вигляді безболісного вузлуватого утворення в ділянці кінчика носа та його крил багрово-синюшного кольору. На поверхні шкіри видно розширені судини – телеангіоектазії. Рінофіма призводить до деформацій носа та спотворення обличчя.

Розрізняють дві форми його захворювання – фіброзну та залозисту (вузлувату). Фіброзна форма характеризується рівномірним збільшенням носа, при цьому ніс не втрачає своєї форми. При залозистій формі на крилах та кінчику носа утворюються вузли, які надалі зливаються між собою.

Хірургічне лікування рінофіми полягає в висіченні патологічних розростань з одномоментною шкірною пластикою.

Кератоакантома являє собою утворення блюдцеподібної форми, що локалізується на шкірі обличчя. Поверхня утворення гладка, має кратероподібне вдавлення в центрі, що заповнене роговими масами, які легко можна видалити. Утворення щільно-еластичної консистенції, безболісне, на широкій основі. Рoste швидко, досягаючи за 2 – 3 тижні до 2 – 3 см в діаметрі. На відміну від інших утворень, кератоакантома часто зникає сама по собі на протязі 1,5 – 3 місяців, лишаючи по собі на шкірі рубець. В інших випадках її видаляють хірургічним шляхом.

Шкірний ріг (кератолітична папілома) має вигляд утворення конічної форми у вигляді рогу, на широкій основі, сірого або темно-коричневого кольору. Може мати вигляд півкулі. Новоутворення безболісне має гладку або пошарову поверхню, тверде, як ріг. Розміри від декілька міліметрів до декількох сантиметрів в довжину. Межі чіткі.

Лікування хірургічне – висічення в межах незмінених тканин.

**Диференційна діагностика
пухлиноподібних утворень м'яких тканин**

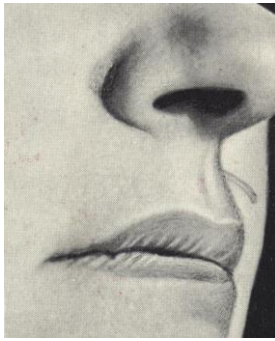
Клінічні характеристик-ки	Назва пухлини			
	Атерома	Рінофіма	Кератоакан-тома	Шкірний ріг
Локалізація	Шкіра обличчя або волосистої ділянки голови	Шкіра крил та кінчика носа	Шкіра обличчя або червона облямівка губи	Шкіра обличчя або волосистої ділянки голови
Форма	Кулеподіб-на	У вигляді вузлів або дифузного потовщення носа	Блюдцеподібна із западненням у центрі	У вигляді конусу
Розмір	Від декілька мм до декількох см	Вузли до 1,5-2 см в діаметрі	До2-3 см в діаметрі	Від декілька мм до декількох см
Рухомість	Рухома	Нерухома	Нерухома	Нерухомий
Консистенція	Щільно-еластична	Щільна або щільно-еластична	Щільна	Твердий
Колір	Шкіра над атеромою не змінена в кольорі	Червоно-синя	Кольору оточуючої шкіри	Сірий, коричньовий або чорний
Характер поверхні	Гладка	Вузлувата	Гладка	Гладкий
Наявність ніжки	Відсутня	Вузли на широкій основі	На широкій основі	На широкій основі
Ріст	Повільний	Повільний	Швидкий	Повільний
Інше	Безболісна, зрощена зі шкірою в ділянці верхнього полюсу	Шкіра над вузлами має розширені судини та пори, пальпація безболісна	Нерідко зникає сама по собі, безболісна	Пальпація безболісна

6. МАТЕРІАЛИ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ:

А. Завдання для самоконтролю:



Кератоакантома нижньої губи



Шкірний ріг верхньої губи

Б. Задачі для самоконтролю:

1. Хворий похилого віку скаржиться на наявність на нижній губі безболісного, твердого новоутворення, Що існує вже декілька місяців, повільно збільшуючись. Об'єктивно: на шкірі нижньої губи визначається конусоподібне утворення до 1 см завдовжки, тверде, безболісне, темно-коричньового кольору на широкій основі.

Який діагноз найбільш вірогідний?

(Відповідь: шкірний ріг)

2. Хворий скаржиться на наявність безболісного новоутворення на шкірі щоки, яке швидко росте. Об'єктивно: на шкірі лівої щоки новоутворення 1,х1,5 см, блюдцеподібної форми з гладкою поверхнею і западанням в центрі у вигляді кратера, що заповнене роговою масою.

Який діагноз найбільш вірогідний?

(Відповідь: кератоакантома)

3. У хворого під незміненою шкірою лоба визначається рухоме утворення кулеподібної форми 2х2 см, еластичної консистенції, з гладкою поверхнею, безболісне. При спробі зібрати шкіру над утворенням у складку, шкіра набуває вигляд «лимонної корки». Зі слів хворого утворення з'явилося кілька років тому у вигляді маленької кульки під шкірою.

Який діагноз має місце у даному випадку?

(Відповідь: атерома)

В. Матеріали для тестового контролю. Тестові завдання з одиничною правильною відповіддю (α=Π):

1. Атерома – це:

- А. Пухлина жирової тканини.
- В. Епітеліальна пухлина.
- С. Пухлина з м'язової тканини.
- Д. Ретенційна кіста сальної залози.
- Е. Пухлина шкіри.

(Правильна відповідь: D)

2. Рінофіма – це:

- А. Ретенційна кіста сальної залози.
- В. Пухлина шкіри носа.
- С. Гіпертрофія шкіри носа.
- Д. Гіперплазія сальних залоз шкіри носа.
- Е. Пухлина нервової тканини.

(Правильна відповідь: D)

3. Кератоакантома – це:

- А. Пухлина з кісткової тканини.
- В. Пухлина з м'язової тканини.
- С. Пухлина з нервової тканини.
- Д. Пухлина з сполучної тканини.
- Е. Пухлина епітеліального походження.

(Правильна відповідь: E)

Г. Навчальні задачі 3-го рівня (нетипові задачі):

1. Хворий скаржиться на наявність безболісного новоутворення на шкірі щоки, яке швидко росте. Об'єктивно: на шкірі лівої щоки новоутворення 1,х1,5 см, блюдцеподібної форми з гладкою поверхнею і западанням в центрі у вигляді кратера, що заповнене роговою масою.

Визначте діагноз, проведіть диференційну діагностику, призначте лікування.

(Відповідь: кератоакантома; висічення в межах здорових тканин)

2. Хворий похилого віку, що зловживає алкоголем скаржиться на спотворення форми носа. Об'єктивно: деформація кінчика та крил носа за рахунок наявності вузлуватих безболісних розростань шкіри, що з трудом зміщуються при пальпації. Шкіра носа синюшно-червоного кольору з розширеними порами та телеангіектазіями.

Який діагноз найбільш вірогідний, проведіть диференційну діагностику, призначте лікування.

(Відповідь: ринофіма, висічення в межах здорових тканин з послідуною шкірною пластикою)

3. У хворого під незміненою шкірою лоба визначається рухоме утворення кулеподібної форми 2х2 см, еластичної консистенції, з гладкою поверхнею, безболісне. При спробі зібрати шкіру над утворенням у складку, шкіра набуває вигляд «лимонної корки». Зі слів хворого утворення з'явилося кілька років тому у вигляді маленької кульки під шкірою.

Який діагноз має місце у даному випадку, проведіть диференційну діагностику, призначте лікування.

(Відповідь: атерома, видалення капсули з ділянкою прилягаючої шкіри)

7. ЛІТЕРАТУРА:

Основна література:

1. Пачес А.И. Опухоли головы и шеи. – М.: Медицина, 1983.
2. Дунаевский В.А., Шеломенцев Ю.А. Предопухолевые заболевания и злокачественные опухоли слизистых оболочек полости рта. – М.: Медицина, 1986.
3. Колесов А.А., Воробьев Ю.И., Каспарова Н.Н. Новообразования мягких тканей и костей лица у детей и подростков. – М.: Медицина, 1989.

Додаткова література:

1. Солнцев А.М., Колесов В.С. Доброкачественные опухоли лица, челюстей и органов полости рта. – К.: Здоров'я, 1985. – 150 с.
2. Соловьёв М.М. Онкологические аспекты в стоматологии. – М.: Медицина, 1983.
3. Рибалов О.В., Одабаш'ян А.Л., Соколова Н.П., Саяпіна Л.М. Онкологія щелепно-лицевої ділянки / Навчальний посібник для студентів та лікарів-інтернів стоматологів.- Полтава; АСМІ, 1999. – 114 с.
4. Травматологія та онкологія щелепно-лицевої ділянки / Збірник тестових запитань для студентів стоматологічного факультету //О.В.Рибалов, Л.М.Саяпіна, І.В.Яценко, О.О.Розколуца: АСМІ, 2002. – 197 с.

Міністерство охорони здоров'я України
Вищий державний навчальний заклад України
«Українська медична стоматологічна академія»

«Затверджено»
на засіданні кафедри
хірургічної стоматології
та щелепно-лицевої хірургії
з пластичною та реконструктивною
хірургією голови та шиї

Завідувач кафедри

д. мед. н. Аветіков Д.С. 

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ
ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ
ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ДО ПРАКТИЧНОГО
(СЕМІНАРСЬКОГО) ЗАНЯТТЯ

Навчальна дисципліна	Хірургічна стоматологія
Модуль №	3
Змістовний модуль №	3
Тема заняття	Пухлини та пухлиноподібні утворення фіброзної тканини. Клініка, діагностика, диференціальна діагностика, лікування.
Курс	IV
Факультет	Стоматологічний

1. АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ.

Пухлини та пухлиноподібні утворення з фіброзної тканини, такі, як фіброма та епулід, спостерігається на амбулаторному прийомі у хірурга-стоматолога порівняно частіше інших доброякісних новоутворень порожнини рота. Тому, чітке знання клінічних проявів цієї групи новоутворень необхідне лікарю для встановлення вірного діагнозу та запобіганню діагностичних помилок.

2. КОНКРЕТНІ ЦІЛІ:

- 2.1.Аналізувати клінічні прояви фіброми, фіброматоза ясен, епуліду.
- 2.2.Пояснювати етіологічні і патогенетичні фактори розвитку пухлин та пухлиноподібних утворень фіброзної тканини.
- 2.3.Запропонувати план обстеження хворого з фібромою, фіброматозом ясен, епулідом.
- 2.4.Класифікувати пухлиноподібні утворення фіброзної тканини.
- 2.5.Тракувати принципи діагностики та лікування пухлин та пухлиноподібних утворень фіброзної тканини.
- 2.6.Малювати графологічну схему теми.
- 2.7.Проаналізувати результати лабораторних та інструментальних обстежень.
- 2.8.Скласти схему лікування хворих з фібромою, фіброматозом ясен, епулідом.

3. БАЗОВІ ЗНАННЯ, ВМІННЯ, НАВИЧКИ, НЕОБХІДНІ ДЛЯ ВИВЧЕННЯ ТЕМИ (міждисциплінарна інтеграція).

Назви попередніх дисциплін	Отримані навички
1. Топографічна анатомія.	Визначити топографо-анатомічні ділянки голови та шиї.
2. Гістологія.	Приготувати матеріал для гістологічного дослідження.
3. Патологічна анатомія.	Описати гістологічну картину пухлин та пухлиноподібних утворень фіброзної тканини.
4. Патологічна фізіологія.	Тракувати етіологію та патогенез пухлин.
5. Пропедевтика хірургічної стоматології.	Провести курацію хворого з пухлиною щелепно-лицевої ділянки.
6. Загальна онкологія.	Визначити схему обстеження онкохворого.

4. ЗАВДАННЯ ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ДО ЗАНЯТТЯ.

4.1. Перелік основних термінів, параметрів, характеристик, які повинен засвоїти студент при підготовці до заняття:

Термін	Визначення
1. Десмоїд.	Це різновид фіброми, що розвивається з фасцій та сухожилів.
2. Гістіоцитома.	Це різновид фіброми, що містить у своєму складі гістіоцити.

4.2. Теоретичні питання до заняття:

1. Перелічіть фактори, які сприяють виникненню пухлин та пухлиноподібних утворень з фіброзної тканини.
2. Описати клінічну картину фіброми.
3. Описати клінічну картину фіброматозу ясен.
4. Описати клінічну картину фіброзного епуліду.
5. Описати клінічну картину ангіоматозного епуліду.
6. Методи діагностики та додаткові методи дослідження хворих.
7. Диференційна діагностика пухлин та пухлиноподібних утворень з фіброзної тканини.
8. Профілактика виникнення пухлин та пухлиноподібних утворень з фіброзної тканини.
9. Диференційна діагностика пухлин та пухлиноподібних утворень з фіброзної тканини.

10.Клінічні прояви злоякісного переродження пухлин та пухлиноподібних утворень з фіброзної тканини.

11.Методи лікування пухлин та пухлиноподібних утворень з фіброзної тканини.

4.3. Практичні роботи (завдання), які виконуються на занятті:

Провести пальпацію регіонарних лімфатичних вузлів щелепно-лицевої ділянки та шиї.

5. ЗМІСТ ТЕМИ:



Клініка, діагностика, лікування

Фіброма – доброякісна пухлина, яка розвивається з волокнистої сполученої тканини. Може локалізуватись як на шкірі будь-якої ділянки голови та шиї, так і в порожнині рота на слизовій оболонці.

Розрізняють фіброму тверду (не містить жирової тканини) та м'яку (містить в собі елементи жирової тканини).

Фіброма шкіри уявляє собою безболісне утворення щільно-еластичної або м'якої консистенції, що розташоване в товщі шкіри або виступає над її поверхнею у вигляді півкулі. Вона обмежено рухома, має широку основу та колір нормальної шкіри (може бути рожевого або коричневого кольору). Поверхня фіброми буває гладкою (тверда фіброма) або у зморжках (м'яка фіброма).

М'яка фіброма, що має тонку ніжку та ковбасоподібну форму носить назву фібропапілома.

Фіброма може бути розташована і в товщі м'яких тканин у вигляді вузла з чіткими межами, що має капсулу.

Різновидом фіброми є гістіоцитома (дерматофіброма), яка містить в собі фіброласти, фіброцити та гістіоцити, а також десмоїдна фіброма (десмоїд). Обидві форми схильні до інфільтруючого росту.

В порожнині рота фіброма локалізується частіше на слизовій оболонці щік, альвеолярного відростка та язика. Зустрічається симетричне розташування фіброми у вигляді веретеноподібних утворень з язикового або піднебінного боку альвеолярного відростка – так звана симетрична фіброма.

Фіброматоз ясен – це розростання ясен від ясеневого краю до рівня перехідної складки у вигляді дифузного потовщення ясен або у вигляді дольок в ділянці декількох зубів, іноді на протязі всього альвеолярного відростка. Розростання можуть бути м'якими або щільними, безболісні.

Епулід – пухлиноподібне утворення ясен, розташоване в ділянці шийки зуба, безболісне, має широку основу та грибоподібну форму. Своєю основою може входити між зубами, розповсюджуючись на язикову поверхню альвеолярного відростка. Клінічно розрізняють фіброзну і ангиоматозну форми епуліду. Фіброзний епулід має гладку поверхню, щільну або щільно-еластичну консистенцію, блідо-рожевий колір, безболісний, не кровоточить. Ангиоматозний

епулід м'який, червоного кольору, легко кровоточить. Лікування фібром полягає в висіченні їх в межах незмінених тканин.

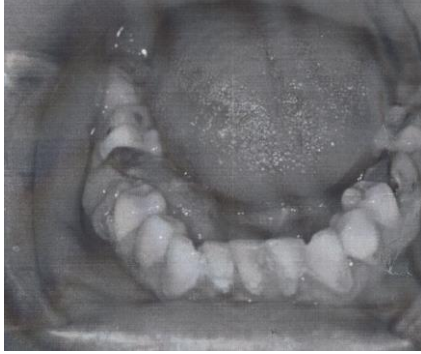
Лікування епуліду хірургічне – висічення в межах здорових тканин. При видаленні епулісів ряд авторів рекомендують вискоблювати та коагулювати кісткове ложе епуліду для попередження рецидиву.

Диференційна діагностика пухлин та пухлиноподібних утворень з фіброзної тканини

Клінічні характер-ристики	Назва утворення			
	Фіброма	Фіброматоз ясен	Фіброзний епулід	Ангіоматоз-ний епулід
Локалізація	На шкірі обличчя або слизової оболонки порожнини рота або в товщі тканин	Альвеоляр-ний відросток від перехідної складки до шийки зуба	Альвеоляр-ний відросток в ділянці шийки зуба	Альвеолярний відросток в ділянці шийки зуба
Форма	Напівсфе-рична	Дифузне розростання ясен уздовж альвеолярного відростку	Грибоподіб-на	Грибоподібна
Розмір	Від кількох мм до кількох см	В ділянці декількох зубів або уздовж всього відростка	Від кількох мм до кількох см	Від кількох мм до кількох см
Рухомість	Обмежено рухома	Значно рухомий	Обмежено рухомий	Обмежено рухомий
Консистенція	Щільна або м'яка	Щільна або щільно-еластична	Щільний або щільно-еластичний	М'який
Колір	Кольору оточуючих тканин	Кольору оточуючих тканин	Кольору оточуючих тканин	Яскраво-червоний
Характер поверхні	Гладка	Гладка або дольчаста	Гладка	Гладка або бугриста
Наявність ніжки	Товста ніжка або широка основа	Широка основа	Широка основа	Широка основа
Ріст	Повільний	Повільний	Повільний	Повільний
Інше	Безболісна	Розрос-тається до перехідної складки, безболісний	Частіше росте з вестибулярного боку, безболісний	Часто спостерігається у вагітних, легко кровоточить, безболісний

6. МАТЕРІАЛИ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ:

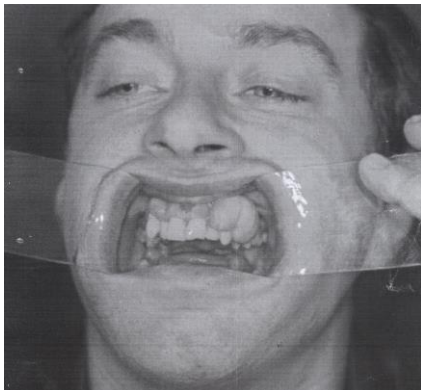
А. Завдання для самоконтролю:



Гігантклітинний епулід нижньої щелепи



Ангіоматозний епілід нижньої щелепи



Фіброзний епулід верхньої щелепи

Б. Задачі для самоконтролю:

1. Хворий скаржиться на наявність на слизовій оболонці щоки безболісного новоутворення, що існує декілька років, повільно збільшуючись. Об'єктивно: на слизовій оболонці лівої щоки визначається напівсферичної форми утворення на широкій основі до 1 см в діаметрі, щільне, безболісне, з чіткими межами блідно-рожевого кольору.

Який діагноз найбільш вірогідний?

(Відповідь: фіброма)

2. Хворий скаржиться на наявність розростання ясен верхньої щелепи. Об'єктивно: ясна верхньої щелепи дифузно потовщені на протязі всього альвеолярного відростка з вестибулярного боку. Розростання розповсюджується до перехідної складки, безболісні, щільно-еластичної консистенції, закривають вестибулярну поверхню коронок зубів.

Який діагноз найбільш вірогідний? (Відповідь: фіброматоз ясен)

3. У хворого в ділянці шийки молярів нижньої щелепи зправа з вестибулярного боку альвеолярного відростку визначається новоутворення грибоподібної форми з гладкою поверхнею на широкій основі. Утворення безболісне, щільної консистенції, обмежено-рухоме, блідо-рожевого кольору.

Який діагноз має місце в даному випадку?

(Відповідь: фіброзний епулід)

В. Матеріали для тестового контролю. Тестові завдання з одиничною правильною відповіддю (α=Π):

1. Фіброма – це:

- A. Пухлина жирової тканини.
- B. Епітеліальна пухлина.
- C. Пухлина з м'язової тканини.
- D. Ретенційна кіста сальної залози.
- E. Пухлина зі сполучної тканини.

(Правильна відповідь: E)

2. Яка пухлина не відноситься до фібром:

- A. Тверда фіброма.
- B. М'яка фіброма.
- C. Десмоїд.
- D. Гістіоцитома.
- E. Атерома.

(Правильна відповідь: E)

3. Епулід – це:

- A. Доброякісна пухлина.
- B. Злоякісна пухлина.
- C. Запальне захворювання.
- D. Дистрофічне захворювання.
- E. Пухлиноподібне утворення.

(Правильна відповідь: E)

Г. Навчальні задачі 3-го рівня (нетипові задачі):

1. Під час профілактичного огляду у хворій з вестибулярного боку альвеолярного відростку верхньої щелепи в ділянці передніх зубів виявлено новоутворення ясен кулеподібної форми яскраво-червоного кольору, що кровоточить при доторкуванні. Новоутворення безболісне, розташоване на широкій ніжці в ділянці ясеневого краю.

Встановіть діагноз, проведіть диференційну діагностику, призначте лікування.

(Відповідь: ангіоматозний епулід, висічення у межах здорових тканин, діатермокоагуляція кісткового ложа)

2. У хворого в ділянці шийки молярів нижньої щелепи зправа з вестибулярного боку альвеолярного відростку визначається новоутворення грибоподібної форми з гладкою поверхнею на широкій основі. Утворення безболісне, щільної консистенції, обмежено-рухоме, блідо-рожевого кольору.

Встановіть діагноз, проведіть диференційну діагностику, призначте лікування.

(Відповідь: фіброзний епулід, висічення у межах здорових тканин, коагуляція кісткового ложа)

3. Хворий скаржиться на наявність розростання ясен верхньої щелепи. Об'єктивно: ясна верхньої щелепи дифузно потовщені на протязі всього альвеолярного відростка з вестибулярного боку. Розростання розповсюджується до перехідної складки, безболісні, щільно-еластичної консистенції, закривають вестибулярну поверхню коронок зубів.

Встановіть діагноз, проведіть диференційну діагностику, призначте лікування.

(Відповідь: фіброматоз ясен, висічення у межах незмінених ясен разом з окістям)

7. ЛІТЕРАТУРА:

Основна література:

- 1. Пачес А.И. Опухоли головы и шеи. – М.: Медицина, 1983.
- 2. Дунаевский В.А., Шеломенцев Ю.А. Предопухольные заболевания и злокачественные опухоли слизистых оболочек полости рта. – М.: Медицина, 1986.
- 3. Колесов А.А., Воробьев Ю.И., Каспарова Н.Н. Новообразования мягких тканей и костей лица у детей и подростков. – М.: Медицина, 1989.

Додаткова література:

- 1. Солнцев А.М., Колесов В.С. Доброкачественные опухоли лица, челюстей и органов полости рта. – К.: Здоров'я, 1985. – 150 с.

Міністерство охорони здоров'я України
Вищий державний навчальний заклад України
«Українська медична стоматологічна академія»

«Затверджено»
на засіданні кафедри
хірургічної стоматології
та щелепно-лицевої хірургії
з пластичною та реконструктивною
хірургією голови та шиї

Завідувач кафедри

д. мед. н. Аветіков Д.С. 

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ
ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ
ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ДО ПРАКТИЧНОГО
(СЕМІНАРСЬКОГО) ЗАНЯТТЯ

Навчальна дисципліна	Хірургічна стоматологія
Модуль №	3
Змістовний модуль №	3
Тема заняття	Пухлини та пухлиноподібні утворення м'язової та жирової тканини. Клініка, діагностика, диференційна діагностика, лікування.
Курс	IV
Факультет	Стоматологічний

1. АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ.

Пухлини м'язової та жирової тканини, не часто спостерігаються на амбулаторному прийомі, але обізнаність в їх клінічних проявах необхідна хірургу-стоматологу для запобігання діагностичних помилок, оскільки симптоми, що супроводжують ці новоутворення нерідко схожі з клінікою інших пухлин. Крім того, деякі з пухлин м'язової та жирової тканини здатні малігнізуватись і знання ознак злоякісного переродження вкрай необхідно практичному лікарю-стоматологу.

2. КОНКРЕТНІ ЦІЛІ:

- 2.1. Аналізувати клінічні прояви різних форм міоми та ліпоми.
- 2.2. Пояснювати етіологічні і патогенетичні фактори розвитку пухлиноподібних утворень м'язової та жирової тканини.
- 2.3. Запропонувати план обстеження хворого з діагнозом міома та ліпома.
- 2.4. Класифікувати пухлиноподібні утворення м'язової та жирової тканини.
- 2.5. Трактувати принципи діагностики та лікування м'язової та жирової тканини.
- 2.6. Малювати графологічну схему теми.
- 2.7. Проаналізувати результати лабораторних та інструментальних обстежень.
- 2.8. Скласти схему лікування хворих з міомою та ліпомою.

3. БАЗОВІ ЗНАННЯ, ВМІННЯ, НАВИЧКИ, НЕОБХІДНІ ДЛЯ ВИВЧЕННЯ ТЕМИ (міждисциплінарна інтеграція).

Назви попередніх дисциплін	Отримані навички
1. Топографічна анатомія.	Визначити топографо-анатомічні ділянки голови та шиї.
2. Гістологія.	Приготувати матеріал для гістологічного дослідження.
3. Патологічна анатомія.	Описати гістологічну картину пухлиноподібних утворень м'язових тканин.
4. Патологічна фізіологія.	Трактувати етіологію та патогенез пухлин.
5. Пропедевтика хірургічної стоматології.	Провести курація хворого з пухлиною щелепно-лицевої ділянки.
6. Загальна онкологія.	Визначити схему обстеження онкохворого.

4. ЗАВДАННЯ ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ДО ЗАНЯТТЯ.

4.1. Перелік основних термінів, параметрів, характеристик, які повинен засвоїти студент при підготовці до заняття:

Термін	Визначення
1. Міобластома.	Це пухлина, що походить з міобластів поперечно-смугастої мускулатури.
2. Рабдоміома.	Це пухлина, що походить з поперечно-смугастої мускулатури.
3. Лейоміома.	Це пухлина, що походить з гладкої мускулатури.
4. Ліпома.	Це пухлина, що походить з зрілої жирової тканини.
5. Ліпоматоз.	Це дифузне розростання зрілої жирової тканини.

4.2. Теоретичні питання до заняття:

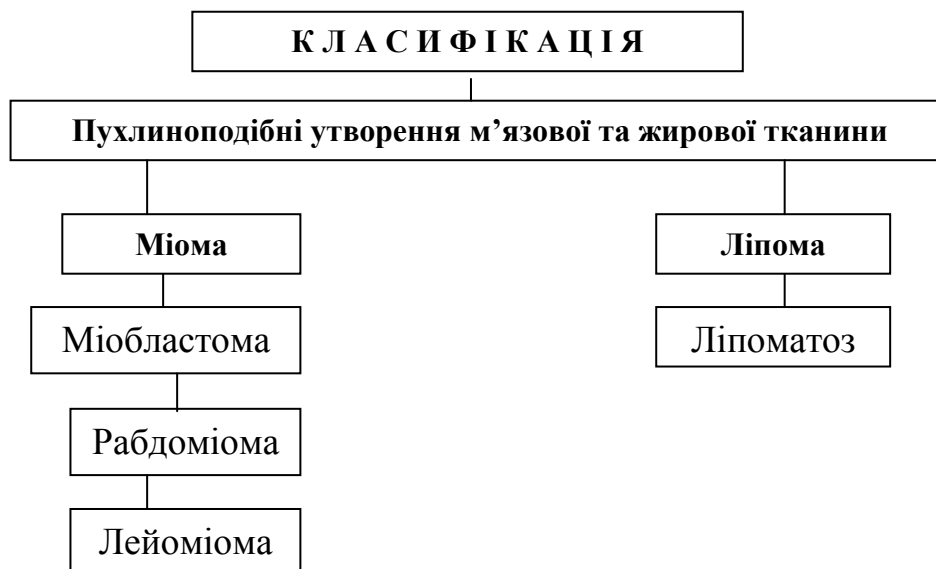
1. Перелічіть фактори, які сприяють виникненню міоми та ліпоми.
2. Описати клінічну картину міобластами.
3. Описати клінічну картину рабдоміоми.
4. Описати клінічну картину лейоміоми.
5. Описати клінічну картину ліпоми.
6. Описати клінічну картину ліпоматозу.
7. Методи діагностики та додаткові методи дослідження хворих.
8. Диференційна діагностика пухлин м'язової та жирової тканини.

9. Профілактика виникнення пухлин м'язової та жирової тканини.
10. Диференційна діагностика пухлин м'язової та жирової тканини.
11. Клінічні прояви злоякісного переродження пухлин м'язової та жирової тканини.
12. Методи лікування пухлин м'язової та жирової тканини.

4.3. Практичні роботи (завдання), які виконуються на занятті:

1. Провести пальпацію пухлини щелепно-лицевої ділянки.
2. Провести діагностичну пункцію.

5. ЗМІСТ ТЕМИ:



Клініка, діагностика, лікування

Міома – це загальна назва доброякісної пухлини, яка росте з м'язової тканини. Існує декілька її різновидів.

Міобластома – доброякісна пухлина, що розвивається з міобластів поперечно-смугастою мускулатури. Частіше всього спостерігається в товщі язика та яснах. Росте повільно та безболісно, але їй притаманний інфільтративний ріст (не має капсули). Клінічно виглядає як вузол з відносно чіткими межами, безболісний, еластичної консистенції. Якщо локалізується в товщі язика, може призводити до його деформації та порушенню мови. Пухлина на розрізі рожевого кольору, бідна на кровоносні судини. Міобластома здатна перероджуватись у злоякісну пухлину.

Лікування полягає у висіченні у межах здорових тканин. Після видалення здатна давати рецидиви.

Рабдоміома – пухлина, яка розвивається як і міобластома з поперечно-смугастої мускулатури. Зустрічається рідко, розташована частіше всього в товщі язика. Клінічно нічим не відрізняється від міобластоми. Росте повільно безболісно. На відміну від міобластоми їй не притаманний інфільтруючий ріст, на розрізі тканина пухлини коричньового кольору. Рабдоміома має чітко визначену капсулу. Зрідка може перероджуватись в рабдоміосаркому. Лікування оперативне: висічення в межах здорових тканин.

Лейоміома – доброякісна пухлина, що росте з гладкої м'язової тканини. Може розвиватись з гладких м'язів шкіри та судин. Росте повільно та безболісно. Клінічно виглядає як вузол з чіткими межами, м'яких та безболісний при пальпації. Поверхня пухлини гладка. Лейоміома здатна перероджуватись у лейоміосаркому. Лікування хірургічне: висічення у межах незмінених тканин.

Ліпома – доброякісна пухлина, що розвивається зі зрілої жирової тканини. Локалізується в різних ділянках обличчя та шиї. Клінічна картина залежить від глибини залягання пухлини. Поверхнево розташована ліпома звичайно виглядає як вузол з досить чіткими межами, або як дифузне потовщення без чітких меж. Шкіра над нею незмінена, росте ліпома повільно, може бути м'якою або щільною в залежності від співвідношення жирової та фіброзної тканини. При

пальпації безболісна має дольчасту поверхню. Ліпома має тонку капсулу. Рухомість ліпоми залежить від глибини її залягання.

Іноді спостерігається дифузне розростання жирової тканини на шиї у вигляді фартуха – хвороба Маделунга або ліпоматоз шиї.

Ліпома здатна перероджуватись у злоякісну пухлину – ліпосаркому.

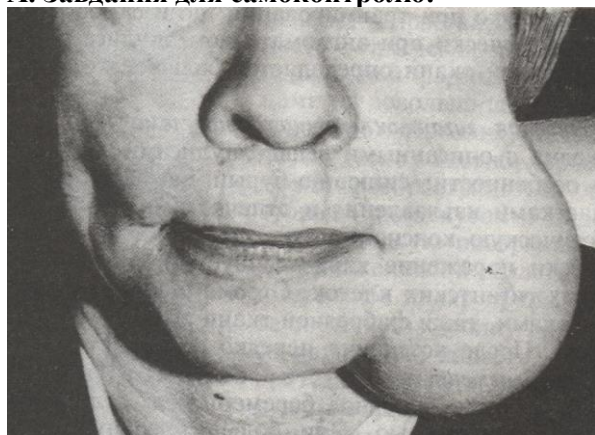
Лікування ліпоми хірургічне, нерідко пов'язане з технічними труднощами (в разі розповсюдження пухлини поміжм'язовим та міжфасціальним простором).

Диференційна діагностика пухлин м'язової та жирової тканини

Клінічні характеристики	Назва утворення			
	Міобластома	Рабдоміома	Лейоміома	Ліпома
Локалізація	Товща язика або ясна	Товща язика або ясна	Товща язика або ясна	В будь-якій ділянці обличчя та шиї
Форма	Кульоподібна	Кульоподібна	Кульоподібна	У вигляді вузла або дифузного потовщення
Розмір	Від декілька мм до декількох см	Від декілька мм до декількох см	Від декілька мм до декількох см	Від декілька мм до декількох см
Рухомість	Нерухома або обмежено рухома	Нерухома або обмежено рухома	Нерухома або обмежено рухома	Нерухома або обмежено рухома
Консистенція	Щільно-еластична	Щільно-еластична	Щільно-еластична	М'яка або щільно-еластична
Колір пухлини на розрізі	На розрізі блідо-рожева	На розрізі коричнева	Рожевий	На розрізі жовта
Характер поверхні	Гладка	Гладка	Гладка	Дольчаста
Наявність ніжки	Не має	Не має	Не має	Може бути на широкій основі
Ріст	Повільний	Повільний	Повільний	Повільний
Наявність капсули	Не має	Має капсулу	Має капсулу	Має тонку капсулу

6. МАТЕРІАЛИ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ:

А. Завдання для самоконтролю:



Ліпома щоки

Б. Задачі для самоконтролю:

1. Хворий похилого віку скаржиться на наявність в товщі язика безболісного ущільнення, що заважає мові і існує вже декілька місяців, повільно збільшуючись. Об'єктивно: в товщі тіла язика палькується безболісний вузол з нечіткими межами. Утворення до 2 см в діаметрі. Слизова оболонка язика не змінена.

Який діагноз найбільш вірогідний?

(Відповідь: міома)

2. Хворий скаржиться на косметичний дефект в наслідок спотворення шиї. Об'єктивно: в ділянці передньої поверхні шиї спостерігається дифузне потовщення тканин у вигляді фартуха, що простягається від нижнього краю щелепи до ключиць. Шкіра в кольорі не змінена, розростання рухомі, безболісні, при пальпації визначається дольчаста поверхня.

Яке захворювання має місце в даному випадку?

(Відповідь: хвороба Маделунга)

3. До лікаря звернувся пацієнт зі скаргами на наявність новоутворення під нижньої щелепою, що існує на протязі кількох років, повільно збільшуючись. Об'єктивно: в підщелепній ділянці зліва визначається новоутворення у вигляді вузла розміром 3 – 5 см, з чіткими межами, безболісне, тістуватої консистенції, помірно рухоме, вкрите незміненою шкірою. Поверхня новоутворення при пальпації дольчаста.

З яким захворюванням звернувся хворий?

(Вірна відповідь: ліпома)

В. Матеріали для тестового контролю. Тестові завдання з одиничною правильною відповіддю (α=Π):

1. Міома – це:

- A. Пухлина з жирової тканини.
- B. Епітеліальна пухлина.
- C. Пухлина з м'язової тканини.
- D. Ретенційна кіста сальної залози.
- E. Пухлина з нервової тканини.

(Правильна відповідь: C)

2. Ліпома – це:

- A. Пухлина жирової тканини.
- B. Пухлина з нервової тканини.
- C. Епітеліальна пухлина.
- D. Пухлина з м'язової тканини.
- E. Ретенційна кіста сальної залози.

(Правильна відповідь: A)

3. Рабдоміома – це:

- A. Пухлина з кісткової тканини.
- B. Пухлина з поперечно-смугастої м'язової тканини.
- C. Пухлина з нервової тканини.
- D. Пухлина з сполучної тканини.
- E. Пухлина епітеліального походження.

(Правильна відповідь: B)

Г. Навчальні задачі 3-го рівня (нетипові задачі):

1. Під час огляду пацієнта лікар виявив новоутворення під нижньої щелепою, що існує на протязі кількох років, повільно збільшуючись. Об'єктивно: в підщелепній ділянці зправа має місце новоутворення у вигляді вузла розміром 4 – 6 см, з чіткими межами, безболісне, тістуватої консистенції, помірно рухоме, вкрите незміненою шкірою. Поверхня новоутворення при пальпації дольчаста, консистенція тістувата.

Визначте діагноз, проведіть диференційну діагностику, призначте лікування.

(Відповідь: ліпома, видалення разом з капсулою)

2. На прийом до лікаря звернувся хворий похилого віку, який скаржиться на наявність безболісного ущільнення в товщі язика, яке заважає мові і існує вже декілька місяців, повільно збільшуючись. Об'єктивно: в товщі тіла язика палькується безболісний вузол з нечіткими межами. Утворення до 3 см в діаметрі. Слизова оболонка язика не змінена.

Визначте діагноз, проведіть диференційну діагностику, призначте лікування.

(Відповідь: міома, висічення у межах здорових тканин)

3. Хворий скаржиться на косметичний дефект внаслідок спотворення шиї. Об'єктивно: передня поверхня шиї спотворена дифузним потовщенням тканин у вигляді фартуха, що простягається від

нижнього краю щелепи до ключиць. Шкіра в кольорі не змінена, розростання рухомі, безболісні, при пальпації визначається дольчаста поверхня.

Визначте діагноз, проведіть диференційну діагностику, призначте лікування.

(Відповідь: ліпоматоз шиї, висічення у межах здорових тканин)

7. ЛІТЕРАТУРА:

Основна література:

1. Пачес А.И. Опухоли головы и шеи. – М.: Медицина, 1983.
2. Дунаевский В.А., Шеломенцев Ю.А. Предопухольные заболевания и злокачественные опухоли слизистых оболочек полости рта. – М.: Медицина, 1986.
3. Колесов А.А., Воробьев Ю.И., Каспарова Н.Н. Новообразования мягких тканей и костей лица у детей и подростков. – М.: Медицина, 1989.

Додаткова література:

1. Солнцев А.М., Колесов В.С. Доброкачественные опухоли лица, челюстей и органов полости рта. – К.: Здоров'я, 1985. – 150 с.
2. Соловьёв М.М. Онкологические аспекты в стоматологии. – М.: Медицина, 1983.
3. Рибалов О.В., Одабаш'ян А.Л., Соколова Н.П., Саяпіна Л.М. Онкологія щелепно-лицевої ділянки / Навчальний посібник для студентів та лікарів-інтернів стоматологів.- Полтава; АСМІ, 1999. – 114 с.
4. Травматологія та онкологія щелепно-лицевої ділянки / Збірник тестових запитань для студентів стоматологічного факультету //О.В.Рибалов, Л.М.Саяпіна, І.В.Яценко, О.О.Розколуца: АСМІ, 2002. – 197 с.

Міністерство охорони здоров'я України
Вищий державний навчальний заклад України
«Українська медична стоматологічна академія»

«Затверджено»
на засіданні кафедри
хірургічної стоматології
та щелепно-лицевої хірургії
з пластичною та реконструктивною
хірургією голови та шиї

Завідувач кафедри

д. мед. н. Аветіков Д.С. 

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ
ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ
ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ДО ПРАКТИЧНОГО
(СЕМІНАРСЬКОГО) ЗАНЯТТЯ

Навчальна дисципліна	Хірургічна стоматологія
Модуль №	3
Змістовний модуль №	3
Тема заняття	Пухлини кровоносних і лімфатичних судин м'яких тканин та щелеп. Клініка, діагностика, лікування.
Курс	IV
Факультет	Стоматологічний

1. АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ.

Лікарям-стоматологам будь-якого профілю певною мірою випадає необхідність обстеження та лікування хворих з пухлинами кровоносних і лімфатичних судин м'яких тканин та щелеп. Важливим моментом є проведення диференційної діагностики між добро- та злоякісними утворами, що вимагає від лікаря теоретичних знань та практичних вмінь щодо клінічного та параклінічного обстеження хворого, вміння інтерпретувати дані додаткових методів обстеження та призначити адекватне лікування кожному конкретному пацієнтові, адже від цього залежить якість життя хворого у подальшому.

2. КОНКРЕТНІ ЦІЛІ:

- 2.1. Аналізувати етіологію і патогенез пухлин кровоносних і лімфатичних судин щелепно-лицевої ділянки.
- 2.2. Пояснювати фактори, що сприяють виникненню пухлин кровоносних і лімфатичних судин щелепно-лицевої ділянки.
- 2.3. Запропонувати нові підходи в діагностиці пухлин кровоносних і лімфатичних судин щелепно-лицевої ділянки.
- 2.4. Класифікувати пухлини кровоносних та лімфатичних судин щелепно-лицевої ділянки.
- 2.5. Трактувати додаткові методи обстеження в діагностиці пухлин кровоносних та лімфатичних судин щелепно-лицевої ділянки.
- 2.6. Малювати схеми рентгенологічної картини пухлин кровоносних та лімфатичних судин кісток лицевого скелету.
- 2.7. Проаналізувати дані додаткових методів обстеження при пухлинах кровоносних та лімфатичних судин щелепно-лицевої ділянки.
- 2.8. Скласти план лікування хворих з пухлинами кровоносних та лімфатичних судин щелепно-лицевої ділянки.

3. БАЗОВІ ЗНАННЯ, ВМІННЯ, НАВИЧКИ, НЕОБХІДНІ ДЛЯ ВИВЧЕННЯ ТЕМИ (міждисциплінарна інтеграція).

Назви попередніх дисциплін	Отримані навички
1. Анатомія.	Знати будову кісток лицевого черепа, м'язів та нервів обличчя, анатомо-фізіологічні особливості щелепно-лицевої ділянки. Вміти визначити локалізацію пухлин кровоносних і лімфатичних судин м'яких тканин та щелеп.
2. Оперативна хірургія та топографічна анатомія.	Знати методику проведення розрізів на обличчі, методику накладання швів. Вміти проводити розрізи залежно від місця розташування пухлини. Накладати різні види швів, які використовуються при видаленні пухлин кровоносних і лімфатичних судин.
3. Внутрішні хвороби.	Знати методику обстеження загального статусу хворого. Нормальні значення основних констант людини (система крові, сечі та ін.). Вміти провести обстеження хворого. Інтерпретувати дані лабораторних досліджень.
4. Променева діагностика.	Знати основні методи проведення променевої діагностики при пухлинах кровоносних та лімфатичних судин. Вміти інтерпретувати дані рентгенологічних досліджень, комп'ютерної томографії та МРТ.
5. Реаніматологія.	Знати етіологію та патогенез кровотеч, як ускладнень при проведенні операцій з приводу видалення пухлин кровоносних та лімфатичних судин. Принципи реанімаційних заходів та надання невідкладної допомоги при геморагічному шоці, гострій дихальній та серцевій недостатності, порушеннях ниркової та печінкової функцій та ін. Вміти надати невідкладну допомогу при кровотечах, геморагічному шоці, які становлять загрозу життю хворого.
6. Фармакологія.	Знати фармакокінетику, фармакодинаміку та механізм дії

	основних груп препаратів, які призначаються хворим з пухлинами кровоносних та лімфатичних судин м'яких тканин та щелеп. Показання та протипоказання до призначення цих препаратів. Вміти призначити адекватну фармакотерапію.
--	---

4. ЗАВДАННЯ ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ДО ЗАНЯТТЯ

4.1. Перелік основних термінів, параметрів, характеристик, які повинен засвоїти студент при підготовці до заняття:

Термін	Визначення
1. Гемангіома.	Це судинне новоутворення.
2. Лімфангіома.	Це новоутворення з лімфатичних судин.
3. Склерозуюча терапія.	Це введення в порожнину судинного новоутворення агресивної хімічної речовини (етиловий спирт, формалін та ін.) .

4.2. Теоретичні питання до заняття:

1. Статистика пухлин кровоносних і лімфатичних судин м'яких тканин та щелеп.
2. Кровоносна система обличчя.
3. Лімфатична система обличчя.
4. Класифікація пухлин кровоносних і лімфатичних судин м'яких тканин та щелеп.
5. Клініка пухлин кровоносних і лімфатичних судин м'яких тканин та щелеп.
6. Особливості діагностики пухлин кровоносних і лімфатичних судин м'яких тканин та щелеп.
7. Статистика післяопераційних ускладнень при пухлинах кровоносних і лімфатичних судин м'яких тканин та щелеп.

4.3. Практичні роботи (завдання), які виконуються на занятті:

1. Відпрацювання алгоритму обстеження та призначення лікування пацієнтам з судинними пухлинами обличчя.
2. Тракування даних додаткових методів обстеження хворих з судинними пухлинами обличчя (рентгенограми, дані цитологічного та гістологічного дослідження).

5. ЗМІСТ ТЕМИ:

ГЕМАНГІОМА – доброякісна пухлина кровоносних судин.

Походження цього новоутворення дотепер точно не встановлено. Відповідно до сучасних поглядів, вона виникає при порушенні закладки судин і регуляції ангиогенезу в ембріональному періоді, перенесеними травмами, порушеннями системи імунітету (можливо після вакцинації в дитячому віці).

Міжнародна гістологічна класифікація пухлин та пухлиноподібних уражень судин

1. Доброякісна гемангіоендотеліома
2. Капілярна гемангіома
3. Кавернозна гемангіома
4. Венозна гемангіома
5. Гроноподібна (гілляста) гемангіома (артеріальна, венозна, артеріовенозна)
6. Внутрішньом'язова гемангіома (капілярна, кавернозна, артеріовенозна)
7. Системний гемангіоматоз
8. Гемангіоматоз з вродженою артеріо-венозною норичею або без неї
9. Гломусна пухлина (гіомангіома)
10. Ангіоміома (судинна лейоміома)
11. Гемангіома грануляційного типу (піогенна гранульома)

Класифікація судинних пухлин (П.М.Горбушина, 1978)

1. Кавернозні або печеристі:
 - а) інкапсульовані
 - б) дифузні

2. Капілярні або прості:

- а) поверхневі
- б) глибокі

3. Гроноподібні або гіллясті:

- а) артеріальні
- б) венозні

4. Фіброангіоми

4.1. капілярні

4.2 кавернозні

4.3 гіллясті:

- а) такі, що швидко зростають
- б) такі, що повільно зростають

Основні типи гемангіом

Капілярні	Гіллясті	Кавернозні	Змішані	Комбіновані:
локалізація: на слизовій оболонці порожнини рота, на шкірі обличчя	У ЩІД локалізується вкрай рідко. Складається з артеріальних судин, пульсує,	Локалізація: М'які тканини обличчя, язик, слизова оболонка порожнини рота, шия, щелепи.	Поєднання капілярних, гіллястих та кавернозних гемангіом	Ангіофіброма, ангиоліпома, нейроангіома, ангиоміома та ін.
клініка: плаский, плямистий, рожево-червона або синюшно-багрова ділянка тканин, позитивний симптом «надавлювання»	вислуховується систолічний шум (артеріовенозні анастомози), збільшення при нахилі голови вниз	Клініка: ознака «стискання» та «наливання», може мати капсулу, наявність флеболітів		

Диференційна діагностика:

аневризми, лімфангіома, невус, меланома, лімфосаркома

Методи лікування:

Диспансерне спостереження, оперативне, емболізація, електрокоагуляція, кріодеструкція, променева терапія, склерозуюча терапія, системна терапія гормональними препаратами та ін.

Гемангіоми та гемангіоендотеліома належать до неостеогенних пухлин щелеп.

Ізольовані гемангіоми щелеп зустрічаються порівняно рідко. Частіше має місце поєднання гемангіоми м'яких тканин обличчя або порожнини рота з гемангіомою щелепи. У таких випадках слизова оболонка ясен та піднебіння буває ярко-червоного або синьо-багрового кольору, що полегшує встановлення діагнозу.

Значно складніше встановити діагноз гемангіоми щелепи у тих випадках, коли оточуючі м'які тканини не втягнуті в ураження. Такі ізольовані гемангіоми щелеп можуть проявлятися підвищеною «безпричинною» кровоточивістю ясен; при лікуванні пульпітів та періодонтитів виникає упорна кровоточивість з корневих каналів. Серйозним ускладненням є значна артеріальна кровотеча з гемангіоми щелепи у тому випадку, коли встановлений неправильний діагноз (остеобластокластома, остеодисплазія, остеофіброма та ін.) та проводиться біопсія або видалення розташованого в зоні гемангіоми значно рухомого зуба. Така раптово виникаюча кровотеча може виявитися смертельною, особливо у випадку виникнення її в умовах поліклініки, на прийомі у недосвідченого лікаря. Однак найчастіше хворі з гемангіомою щелепи звертаються в клініку з приводу підвищеної кровоточивості з ясен або з каналу зуба.

Клініка

Клініка залежить від локалізації, ступеню розповсюдженості пухлини та її гістологічної будови. Гемангіома щелепи може бути обмеженою та розповсюдженою, капілярною та кавернозною. Розповсюджуючись на кортикальну частину щелепи, вона може обумовити симптом флюктуації, потоншивши або повністю зруйнувавши на певній ділянці спонгіозну та кортикальну тканину щелепи. При цьому можливе руйнування альвеолярного відростку та пов'язане з цим прогресивне посилення симптому рухливості зубів, здуття кістки, у зв'язку з чим хворий може звернутися до лікаря з проханням видалити зуб або навіть групу зубів.

Проростаючи з окістя в слизову оболонку ясен, гемангіома щелепи стає помітною по своїй синюшній забарвленості; зуби при цьому ледь тримаються у м'яких тканинах. У таких випадках

хворі звертаються до лікаря з приводу упорних кровотеч з ясен, які неодноразово повторюються, з порожнини зруйнованого зуба або з носа. Значної асиметрії обличчя при гемангіомі зазвичай не виявляється, тому надмірного руйнування щелепи не відбувається.

На рентгенограмі гемангіома щелепи проявляється здуттям кістки, дрібно- або середньозірнатою малюнок, інколи мають місце періостальні нашарування.

Патологічна анатомія. Внутрішньокісткові гемангіоми щелеп бувають, як правило, кавернозними, гіллястими або поєднуються з капілярними. Рідше вони являють собою сплетення гіллястих аневризм або сплетення розширених крупних судин. В ще більш рідких випадках гістологічна картина являє собою переважно капілярну форму гемангіоми.

Діагноз

Діагностика гемангіом щелеп складна, особливо тоді, коли відсутні скарги на кровоточивість ясен і пухлина не наблизилась до слизової оболонки ясен. У таких випадках необхідно диференціювати гемангіому від остеобластокластоми, адамантиноми, міксому. Пункція гемангіоми майже завжди є достатнім орієнтиром. Однак відсутність крові в шприці ще не дає повного підґрунтя виключити діагноз гемангіоми. Тому у такому випадку слід повторити пункцію з іншого полюсу пухлини, а отриманий пунктат при першій пункції піддати цитологічному дослідженню.

Великою допомогою у сумнівних випадках є біопсія. Однак, решившись на взяття кусочка підозрілої гемангіоми, хірург має бути готовим до того, що під час біопсії можлива сильна кровотеча, яку необхідно буде терміново зупинити та провести поповнення крововтрати.

Бажано до хірургічного втручання провести ангіографію лицевого скелета, завдяки якій можна встановити джерело гемангіоми, а також обширність її розповсюдження до основи черепа (при локалізації на верхній щелепі). Ангіографію повинен проводити спеціально підготований лікар-рентгенолог. Отже, слід підкреслити, що кожний хворий з гемангіомою обличчя має бути ретельно обстежений для виявлення в нього гемангіоми щелепи. Раннє виявлення її сприяє ранньому застосуванню консервативних способів лікування.

Лікування

Невеликі кісткові гемангіоми можна ліквідувати повторними ін'єкціями в пухлину 1-2 мл 95% етилового спирту або 2% розчину саліцилової кислоти на 80% спирті, розчину хініну гідрохлориду з уретаном та ін. Останній розчин виписують за прописью: уретану – 6,5, хініну гідрохлориду – 12,5, дистильованої води – 100мл. Кількість хінінуретанового розчину, що одноразово вводиться – від 3 до 5 мл. Вводять його з інтервалами в 3-5 днів до 12-20 разів (залежно від розмірів пухлини).

У наслідок введення склерозуючих розчинів відбувається згортання крові в порожнинах гемангіоми, фібротизація та запустіння їх.

Значні гемангіоми щелеп зазвичай підлягають хірургічному лікуванню. Якщо гемангіома локалізується на верхній щелепі, проводять її резекцію. При локалізації гемангіоми в товщі тіла нижньої щелепи можна провести (екстраоральний доступ) резекцію зовнішньої кортикальної пластинки щелепи, при цьому широко розкрити гемангіому, перев'язати судини, які приводять до неї кров, затампонувати дно кісткової рани клаптем жувального м'язу. Після цього зовнішню рану сполучити з порожниною рота (шляхом розрізу по перехідній складці), на зовнішню рану накласти пошарові шви, а з боку порожнини рота рану тампонувати йодоформною марлею на 7-10 днів. Ще до початку операції необхідно в гемостатичних цілях провести двобічну перев'язку зовнішніх сонних артерій, а під час операції стежити за адекватним поповненням крововтрати. За наявності протипоказань до операції необхідно провести курс глибокої рентгенотерапії.

Прогноз сприятливий лише за умови раннього виявлення та лікування гемангіоми в щелепі. В протилежному випадку можливі переломи кістки, значні профузні кровотечі.

ГЕМАНГІОЕНДОТЕЛІОМА

Ця пухлина зустрічається в щелепах дуже рідко. А. А. Колосовим (1964) відмічено лише 2 випадки з 1034 пухлин щелеп.

Патогенез. Пухлина походить з ендотелію кровоносних судин щелепи. За ступенем зрілості займає проміжне положення між гемангіомою та гемангіосаркомою.

Клініка. Спостерігається, головним чином, у дітей. Відрізняється від ангіом більш швидким ростом з інфільтрацією та проростанням в оточуючі тканини; частіше викликає кровотечу та укривтя виразками слизового покрыву ясен.

Локалізуючись за нижнім зубом мудрості, гемангіоендотеліома здатна проростати назад і всередину – в товщу м'якого піднебіння; при цьому екстраосальна частина пухлини набуває

бугристий рельєф, вона злегка болісна, має м'яко-еластичну консистенцію. Регіонарні лімфатичні вузли при цій пухлині не збільшені. Якщо відбувається переродження пухлини в гемангіосаркому, при цьому на рентгенограмі визначається значна зона деструкції щелепи.

Патологічна анатомія. Макроскопічно пухлина має вид доволі щільних вузлів, на розрізі – пориста, червоно-сірого кольору. Можлива наявність в ній мілких порожнин. Мікроскопічно гемангіоендотеліома подібна до гемангіоми, але відрізняється від неї тим, що проліферуючий ендотелій судин характеризується різким поліморфізмом і може рости суцільною клітковинною масою, затушовуючи судинний малюнок пухлини. Розростання ендотелія кровоносних судин можуть мати також вигляд тяжів і трубок, заповнених кров'ю.

Лікування. Глибока рентгенотерапія з наступним радикальним видаленням пухлини в межах здорових тканин. Деякі хірурги проводять лише хірургічне радикальне видалення пухлини, що навряд чи можна рахувати виправданим.

Прогноз сприятливий лише за умови раннього виявлення та комплексного лікування. ЛІМФАНГІОМА – доброякісна пухлинна гіперплазія лімфатичних судин, пов'язана з порушенням їх закладки в ембріональному періоді.

Лімфангіоми:

Капілярні
Кавернозні
Кистозні

клініка:
Повільне прогресуюче
зростання, пальпація
безболісна, дифузне
збільшення органів,
флюктуація, наявність щільних
включень

Диференційна діагностика:
Гемангіома, хвороба Мікуліча,
лімфосаркома

Лікування – хірургічне

6. МАТЕРІАЛИ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ:

А. Завдання для самоконтролю:

1. Рентгенограми хворих з гемангіомами кісток лицевого скелету.
2. Фото хворих з судинними пухлинами обличчя.

Б. Задачі для самоконтролю:

1. У хворого 20 років асиметрія обличчя за рахунок пухлини верхньої губи зліва. Шкіра над нею синюшного відтінку, позитивний симптом “стиснення” і “наповнення”.

Який найімовірніший діагноз?

(Відповідь: кавернозна гемангіома)

2. Хворий 17 років, скаржиться на наявність пухлини на нижній губі. З анамнезу з'ясовано, що пухлина була виявлена відразу після народження, росла повільно, але за останній рік різко збільшилася в розмірі. При огляді на нижній губі є пухлина червоного кольору, м'яка, при натисненні пустіє і блідне.

Який попередній діагноз?

(Відповідь: гемангіома нижньої губи)

3. До хірурга звернувся хворий 20 років з пухлиною на лівій щоці. Наявність утвору відмічає з народження. При огляді на шкірі лівої щоки є плоска округлої форми пляма, до 1,5 см в діаметрі, рожево-червоного кольору. При натисканні на пухлину пальцем або інструментом утвір блідне.

Поставте попередній діагноз.

(Відповідь: гемангіома)

В. Матеріали для тестового контролю. Тестові завдання з одиничною правильною відповіддю (α=Π):

1. Основною клінічною ознакою гіллястої гемангіоми є:

- А. Пульсація.
- В. Наявність флеболітів.
- С. Біль при пальпації.
- Д. Болісний інфільтрат.
- Е. Симптом Венсана.

(Відповідь: А)

2. Основними методами лікування капілярної гемангіоми є:

- A. Склерозуюча терапія.
- B. Прошивання.
- C. Електрокоагуляція.
- D. Променева терапія.
- E. Висічення пухлини.

(Відповідь: A)

3. Клінічно лімфангіома характеризується різновидами

- A. Ніздрювата, кістозна, літична.
- B. Поліморфна, мономорфна, проліферативна.
- C. Капілярна, кістозні, кавернозна.
- D. Розсіяна, локалізована.
- E. Солідна, мономорфна.

(Відповідь: C)

Г. Навчальні задачі 3-го рівня (нетипові задачі):

1. В клініку звернувся хворий зі скаргами на значне збільшення розмірів нижньої губи. Має місце збільшення нижньої губи (макрохейлія), тканини губи безболісні при пальпації, блідо-рожевого кольору, щільно-еластичні.

Поставте діагноз. Складіть план лікування

(Відповідь: лімфангіома нижньої губи, оперативне лікування)

2. Хвора, 25 років, звернулася до районної поліклініки зі скаргами на наявність припухлості в лівій привушно-жувальній ділянці. При нахилі голови долі визначається симптом «наповнення» в лівій привушно-жувальній ділянці. У порожнині рота слизова оболонка цієї ділянки у кольорі не змінена.

Поставте діагноз. Які методи дослідження необхідно провести для його обґрунтування? Складіть план лікування. Де проводиться лікування цієї групи хворих?

(Відповідь: кавернозна гемангіома лівої привушно-жувальної ділянки, діагностична пункція, контрастна ангіографія для визначення розповсюдженості утвору, рентгенографія за наявності ангіолітів, склерозуюча терапія з наступним оперативним втручанням, відділення щелепно-лицевої хірургії, відділення голови та шиї в онкодиспансерах)

7. ЛІТЕРАТУРА:

Основна література:

- 1.Бернадский Ю.И. Основы хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. – Минск: Белкнига, 1998.
- 2.Гнатышак А.И. Общая клиническая онкология. – Львов, 1988.
- 3.Карапетян И.С., Цегельник Е.Я. Предраковые состояния, опухоли, опухолеподобные поражения и кисты лица, органов полости рта и шеи. – М.: МИА, 2004.
- 4.Клиническая оперативная челюстно-лицевая хирургия / Под ред. Проф. Н.А.Александрова. – Л.: Медицина, 1985.
- 5.Рузин Г.П. Краткий курс лекций по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. – К., «Книга плюс», 2006.
- 6.Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии / Под ред. В.М.Безрукова, Т.Г.Робустовой. – М.: Медицина, 2000. – в 2-х томах.
- 7.Пачес А.И. Опухоли головы и шеи. – М.: Медицина, 1983.
- 8.Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. – К., 2004.

Додаткова література:

- 1.Атлас пластической хирургии лица и шеи / Под ред. проф. Хитрова Ф.М. – М.: Медицина, 1984
- 2.Виссарионов В.А. Некоторые аспекты косметической хирургии лица. – Екатеринбург, 1992.
- 3.Дунаевский В.А. Пластические операции при хирургическом лечении опухолей лица и челюстей. – М.: Медицина, 1976.
- 4.Колесов А.А., Воробьев И.Ю. Новообразования мягких тканей. – К., 1991.

Міністерство охорони здоров'я України
Вищий державний навчальний заклад України
«Українська медична стоматологічна академія»

«Затверджено»
на засіданні кафедри
хірургічної стоматології
та щелепно-лицевої хірургії
з пластичною та реконструктивною
хірургією голови та шиї

Завідувач кафедри

д. мед. н. Аветіков Д.С. 

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ
ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ
ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ДО ПРАКТИЧНОГО
(СЕМІНАРСЬКОГО) ЗАНЯТТЯ

Навчальна дисципліна	Хірургічна стоматологія
Модуль №	3
Змістовний модуль №	3
Тема заняття	Пухлини меланогенної системи: невус, меланома. Клініка, діагностика, диференційна діагностика, лікування.
Курс	IV
Факультет	Стоматологічний

1. АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ.

Епітеліальні пухлини м'яких тканин, особливо такі як невус спостерігаються на амбулаторному прийомі дуже часто. Звичайно вони не становлять загрози здоров'ю хворого, але при певних умовах здатні перероджуватись у злоякісну пухлину. До того ж деякі злоякісні пухлини можуть з'являтися під виглядом цих новоутворень, насамперед така небезпечна пухлина як меланома. Чітке знання клінічних проявів цієї групи пухлин допоможе лікарю уникнути грубих діагностичних помилок.

2. КОНКРЕТНІ ЦІЛІ:

- 2.1.Аналізувати розповсюдженість пухлин меланогенної системи.
- 2.2.Пояснювати дію несприятливих факторів оточуючого середовища на перебіг пухлин меланогенної системи.
- 2.3.Запропонувати тактику деонтологічного підходу до хворих з пухлинами меланогенної системи.
- 2.4.Класифікувати невуси.
- 2.5.Тракувати дані цитологічних та гістологічних досліджень при пухлинах меланогенної системи.
- 2.6.Малювати схеми плану додаткових методів дослідження при пухлинах меланогенної системи.
- 2.7.Проаналізувати ознаки малігнізації невусу.
- 2.8.Скласти план обстеження та лікування хворих з пухлинами меланогенної системи.

3. БАЗОВІ ЗНАННЯ, ВМІННЯ, НАВИЧКИ, НЕОБХІДНІ ДЛЯ ВИВЧЕННЯ ТЕМИ (міждисциплінарна інтеграція).

Назви попередніх дисциплін	Отримані навички
1. Нормальна анатомія.	Будова щелепно-лицевої ділянки.
2. Топографічна анатомія і оперативна хірургія.	Анатомо-хірургічні особливості щелепно-лицеврї ділянки і методи оперативних втручань на обличчі.
3. Патологічна фізіологія.	Етіопатогенетичні аспекти виникнення пухлин щелепно-лицевої ділянки.
4. Пропедевтика хірургічної стоматології.	Обстеження хірургічних стоматологічних хворих. Методи знеболення при оперативних втручання в щелепно-лицевій ділянці.

4. ЗАВДАННЯ ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ДО ЗАНЯТТЯ

4.1. Перелік основних термінів, параметрів, характеристик, які повинен засвоїти студент при підготовці до заняття:

Термін	Визначення
1. Меланін.	Це пігмент шкіри людини.
2. Меланоцити.	Це пігментні клітини.
3. Невус.	Це новоутворення з пігментних клітин.

4.2. Теоретичні питання до заняття:

1. Класифікація невусів.
2. Клінічна картина невусів обличчя та шиї.
3. Ознаки малігнізації невусу.
4. Особливості лікування невусів та диспансерного нагляду за хворими з цією патологією.
5. Клінічна картина меланоми.
6. Методи діагностики та диференційної діагностики меланоми.
7. Лікування та прогноз при меланомі.

4.3. Практичні роботи (завдання), які виконуються на занятті:

1. Курація хворих з утвореннями меланогенної системи шкіри обличчя та шиї.
2. Відпрацювання методик забору матеріалу для цитологічного та гістологічного дослідження.

5. ЗМІСТ ТЕМИ:

Невус. Це доброякісне утворення розвивається з меланоцитів епідермісу або дерми, буває природженим і набутиим, часто множинним.

Клінічно невус проявляється у вигляді плоского, припіднятого, гладкого або бородавчатого безболісного утворення. Він локалізується частіше на шкірі обличчя і шиї, може самостійно зникати, а також малігнізуватися.

Гістологічно розрізняють наступні різновиди невусів: пограничний, складний, внутрішньодермальний, епітеліоїдний, внутрішньоклітинний, з балоноподібних клітин, галоневус, гігантський пігментований, інволюційний, блакитний і клітинний блакитний.

Пограничний невус зустрічається рідко (до 3,9%) і може переходити в складний. Складний невус має бородавчастий вигляд й іноді містить волосся. Частіше (до 85%) спостерігається внутрішньодермальний невус.

Епітеліоїдний, або веретенноклітинний невус (юнацька меланома). - куполоподібне новоутворення на шкірі обличчя, зустрічається рідко (1%). в основному у дітей. Гістологічна картина такого невуса іноді нагадує меланому, хоча є різновидом складного невуса. Невус з балоноподібних клітин клінічно проявляється у вигляді невеликого темно-коричневого вузла з обідком еритеми навколо нього.

Галоневус має таку назву внаслідок наявності депігментованого кільця навколо вузла червоно-коричневого кольору. Зазвичай це утворення не перевищує 0,5 см, можлива його спонтанна інволюція.

Гігантський пігментований невус – природжене утворення, часто вражає обличчя, волосисту частину голови (мал. 160). Іноді спостерігаються невуси-сателіти. Такі невуси є темно-пігментованими волосатими утвореннями, іноді вузлуватими, найчастіше малігнізують в меланому.

Інволюційний невус (фіброзна папула носа) є результатом фіброзного переродження невуса і представляє слабо-пігментоване утворення, що височіє, поблизу крил носа.

Блакитний невус - це утворення у вигляді обмеженого вузла розміром до 1,5 см, колір його відповідає назві. Клітинний блакитний невус дещо схожий з блакитним, проте може досягати розмірів до декількох сантиметрів. Зважаючи на тісніше розташування численних меланоцитів, що визначається мікроскопічно, він має інтенсивне забарвлення, аж до чорного кольору

Невуси у вигляді плоских пігментованих плям необхідно диференціювати від капілярної гемангіоми. При натисканні на невус зміни її забарвлення не відбувається, гемангіома короткочасно блідне.

Основні ознаки малігнізації невуса: збільшення розміру його і міри пігментації, поява запальної реакції з гіперемією навколо "язика полум'я", кровоточивість, виразка, а також виникнення дочірніх утворень – сателітів навколо пігментованої плями. Малігнізації часто сприяють травмування, інсоляція невуса.

Лікування невуса хірургічне, залежить від його розміру, локалізації і клінічних проявів. Великий невус обличчя, що веде до естетичних порушень, видаляють з одномоментною пластикою місцевими тканинами або пересадкою вільного шкірного аутографта або застосовують поетапне висічення.

Невус, навіть невеликих розмірів, що піддається постійній травмі (коміром, окулярами, гребінцем та ін.), видаляють. При появі ознак активізації росту невуса потрібно додаткова радіоізотопна діагностика, яка дозволяє визначити доброякісність або злоякісність процесу. При збереженні доброякісного характеру невуса необхідно провести його висічення, при цьому межі операції мають бути розширені. Останніми роками для лікування невусів стали широко використовувати кріодеструкцію.

Злоякісна меланома. Це високо злоякісна пухлина, що складається з аномальних меланоцитів, пігментованих в різній мірі. Зустрічається рідко, переважно у осіб молодого і середнього віку. Меланома може виникати первинно на шкірі або ж розвивається з попередніх змін у вигляді невуса, передракового меланозу, меланотичної плями Гетчінсона.

Клінічна картина меланоми різноманітна. Вона проявляється у вигляді пігментованої плоскої плями, грибоподібного або папіломатозного розростання, розташовується на вузькій або широкій основі, має різні форми і розміри. Поверхня її гладка або шорстка, нерідко покрився виразками, консистенція від м'якої до щільноеластичної, відзначається різна міра пігментації, включаючи безпігментні утворення. Меланома зазвичай не досягає великого розміру, оскільки в ранні терміни метастазує по лімфатичних і кровоносних шляхах в шкіру, серце, легені, призводячи

до генералізації процесу. Вона має циклічність перебігу. При появі метастаза процес як би затихає, потім через певний проміжок часу настає наступна хвиля метастазування. Травмування меланоми сприяє швидкому поширенню процесу, що обумовлено особливостями гістологічної структури пухлини: меланоцити характеризуються слабким зчепленням між собою (сепарація або сегрегація меланоцитів), і навіть при незначній травмі відбувається відрив клітин (А. І. Пачсс).

Меланоми діагностують на підставі анамнезу і клінічних даних. Проте встановити остаточний діагноз не завжди можливо.

У діагностиці широко використовують радіоізотопне дослідження за допомогою радіоактивного ^{32}P , а також реакцію променевої меланурії. Для визначення останньої проводять дослідження сечі після 2-3-кратного опромінення пухлини. Можливо також застосування термовізіографії.

Для морфологічної верифікації використовують цитологічне вивчення мазка або відбитків з поверхні пухлини, що покрилася виразками. Не рекомендується робити зіскрібок з виразкової поверхні, пункцію і біопсію пухлини, оскільки незначна травма веде до генералізації процесу.

Лікування. Нині застосовують комбіноване лікування, що полягає в передопераційній променевої терапії з наступним широким висіченням уражених тканин, відступивши не менше чим на 3 см від меж пухлини. Видалення регіонарних метастазів здійснюють у вигляді операції Крайля або висічення фасціального футляра клітковини шиї в єдиному блоці з первинним осередком. Останніми роками використовують метод кріодеструкції, а також є спроби застосування хіміо- і імунотерапії.

Прогноз несприятливий. Результат лікування залежить від мступеня інвазивності меланоми. Якщо пухлина не поширюється за межі епідермісу шкіри, ефект кращий, ніж при інвазії пухлиною дерми. Найгірший прогноз відзначається при поширенні меланоми в підшкірну жирову клітковину.

6. МАТЕРІАЛИ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ:

А. Завдання для самоконтролю:

1. Схеми обстеження онкологічних хворих.
2. Фото пацієнтів з новоутвореннями меланогенної системи шкіри голови та шиї.

Б. Задачі для самоконтролю:

1. Хворий, 38 років, звернувся до лікаря зі скаргами на новоутворення на межі волосяного покриву та шкіри шиї, його постійну травму одягом. Об'єктивно: утворення до 2 см в діаметрі, темнокоричневого кольору, бугристе, ознаки запалення відсутні, при пальпації безболісне, регіональні лімфатичні вузли не пальпуються.

Яка тактика лікаря?

(Відповідь: видалення невусу в плановому порядку. Диспансерний нагляд протягом року)

2. Хвора, 24 років. Звернулася в клініку щелпно-лицевої хірургії зі скаргами на "родиму пляму" на боковій поверхні шиї та вимогою видалити утворення. Об'єктивно: на бічній поверхні шиї зліва має місце утворення до 0,5 см в діаметрі, плоске, світло-коричневого кольору, безболісне.

Які дії лікаря?

(Відповідь: переконати пацієнтку відмовитися від видалення новоутворення)

3. Пацієнт, 57 років. Скарги на новоутворення правої щоки, біль, кровоточивість. Об'єктивно: в правій щічній ділянці новоутворення блідо-коричневого кольору м'яко-еластичної консистенції з ознаками запалення біля основи, злегка болісне при пальпації, підщелепні лімфатичні вузли справа збільшені безболісні.

Яка тактика хірурга-стоматолога?

(Відповідь: дотримуючись правил лікарської етики та деонтології направити пацієнта на консультацію до онколога)

В. Матеріали для тестового контролю. Тестові завдання з одиничною правильною відповіддю (α=II):

1. Хворий 49-ти років звернувся до хірурга-стоматолога із скаргами на наявність "родимої плями", що збільшується в розмірах, її лущення, відчуття свербіж. Зі слів хворого, змінена в кольорі і розмірах ділянка шкіри з'явилася 1 рік тому, після травми її в момент гоління. При об'єктивному обстеженні в підочноямковій області ліворуч визначається інтенсивно пігментована пляма коричневого кольору розміром до 2 см, з дрібними вузлами на поверхні; овальної форми,

виступаюча над шкірою, з ознаками лущення, безболісна при пальпації. Регіонарні лімфовузли збільшені, спаяні зі шкірою, безболісні.

Поставте попередній діагноз.

- A . Меланома.
- B. Невус пігментований.
- C. Невус бородавчастий.
- D. Плоскоклітинний рак.
- E. Папіломатоз.

(Правильна відповідь: A)

2. Хворий звернувся зі скаргами на посилення росту пухлини з природженого невусу на щоці, який доволі часто травмувався під час гоління. Виявлено бородавчасту пігментовану пухлино розміром 1,5 на 1 см. Регіонарні лімфатичні вузли не збільшені.

Встановіть попередній діагноз.

- A . Плоскоклітинний рак.
- B. Базаліома.
- C. Меланома.
- D. Бородавчастий переродрак.
- E. Запалення невусу.

(Правильна відповідь: C)

3. Хворий 47-ми років звернувся до лікаря зі скаргами на наявність пухлини в правій щічній ділянці, яка свербить та значно збільшилась за останній час. При огляді виявлена пухлина неправильної форми, розміром до 1,5 см, чорного кольору, блискуча.

Який попередній діагноз можна встановити у хворої?

- A . Меланома шкіри.
- B. Пігментний невуc.
- C. Базаліома шкіри.
- D. Рак шкіри.
- E. Шкіряний ріг.

(Правильна відповідь: A)

Г. Навчальні задачі 3-го рівня (нетипові задачі):

1. Хворий, 48 років, на волосяній частині голови пів року тому помітив збільшення родимки, за допомогою звернувся вперше. Останні три тижні відмічає біль у правому підребер'ї, зниження маси тіла, швидке настання втоми протягом дня.

Який патологічний процес можна запідозрити у пацієнта?

(Відповідь: метастазування меланоми в печінку)

2. Пацієнтка, 30 років, помітила, що останній рік на шкірі шиї збільшилась кількість родимок. З анамнезу з'ясовано, що хвора зловживає відвідуванням солярію.

Яка тактика лікаря?

(Відповідь: провести бесіду з дотриманням етики та деонтології про можливі ускладнення від даного виду процедур)

3. У пацієнта, 53 років, лікар запідозрив меланому шкіри обличчя.

Як переконати хворого без шкоди для його душевного стану звернутися в онкологічну клініку.

(Відповідь: пояснити цю необхідність наявністю в онкологічній клініці "самого сучасного обладнання" для проведення додаткового обстеження)

7. ЛІТЕРАТУРА:

Основна література:

1. Колесов А.А., Воробьев И.Ю. Новообразования мягких тканей. – К., Здоровья, 1991 - 312 с.
2. Маланчук В.О., Копчак А.В. Доброякісні пухлини та пухлиноподібні ураження щелепно-лицевої ділянки та шиї / Навчальний посібник. – К.: Видавничий дім «Асканія», 2008. – 320 с.
3. Пачес А.И. Опухоли головы и шеи. - М.: Медицина, 1997. - 450 с.
4. Сагатбаев Д.С. Опухоли челюстно-лицевой области, 1998. – 206

5. Солнцев А.М., Колесов В.С. Доброкачественные опухоли лица, челюстей и органов полости рта. - Кмев: Здоровья, 1985. - 150 с.
6. Шаргородский А.Г. Атлас опухолей мягких тканей и костей лица. Москва, 1998.-221 с.

Додаткова література:

1. Губайдулина Е.Я., Цегельник Л.Н. Опухоли, опухолеподобные поражения и кисты лица, органов полости рта, челюстей и шеи // Хирургическая стоматология . - М.: Медицина, 1996. – С.512-624.
2. Кабаков Б.Д., Ермолаев И.И. и др. Лечение злокачественных опухолей челюстно-лицевой области УМ.: Медицина, 1978. -342 с.
3. Кривопляс А.И., Коломенчук Б.Я. Актуальные вопросы диагностики и лечения злокачественных опухолей челюстно-лицевой области//Вестник стоматологии. - 1994. - №1. - с. 36.
4. Рибалов О.В., Одабашьян А.Я. Онкологія щелепно-лицьової ділянки. – Полтава: АСМІ, 1999. - 114 с.
5. Соловьев М.М. Онкологические аспекты в стоматологии. М: Медицина 1983. – 158 с.

Міністерство охорони здоров'я України
Вищий державний навчальний заклад України
«Українська медична стоматологічна академія»

«Затверджено»
на засіданні кафедри
хірургічної стоматології
та щелепно-лицевої хірургії
з пластичною та реконструктивною
хірургією голови та шиї

Завідувач кафедри

д. мед. н. Аветіков Д.С. 

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ
ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ
ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ДО ПРАКТИЧНОГО
(СЕМІНАРСЬКОГО) ЗАНЯТТЯ

Навчальна дисципліна	Хірургічна стоматологія
Модуль №	3
Змістовний модуль №	3
Тема заняття	Пухлини та пухлиноподібні ураження периферичних нервів обличчя. Клініка, діагностика, диференційна діагностика.
Курс	IV
Факультет	Стоматологічний

1. АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ.

Пухлини та пухлиноподібні ураження периферійних нервів обличчя зустрічаються досить рідко (1,5% від усіх пухлин обличчя), але потребують досить ґрунтовного диференційного діагностичного підходу та вибору оптимальних методів лікування.

2. КОНКРЕТНІ ЦІЛІ:

- 2.1. Аналізувати причини виникнення пухлин периферійних нервів обличчя.
- 2.2. Пояснювати гістологічну будову пухлин периферійних нервів обличчя.
- 2.3. Запропонувати нові етико-деонтологічні підходи до проблем онкостоматології.
- 2.4. Класифікувати пухлини та пухлиноподібні ураження периферійних нервів обличчя.
- 2.5. Трактувати результати цитологічних та гістологічних досліджень при пухлинах периферійних нервів обличчя.
- 2.6. Малювати схеми іннервації щелепно-лицевої ділянки.
- 2.7. Проаналізувати можливі прогнози при пухлинах та пухлино подібних ураженнях периферійних нервів обличчя.
- 2.8. Скласти план обстеження та лікування хворих з пухлинами периферійних нервів обличчя.

3. БАЗОВІ ЗНАННЯ, ВМІННЯ, НАВИЧКИ, НЕОБХІДНІ ДЛЯ ВИВЧЕННЯ ТЕМИ (міждисциплінарна інтеграція).

Назви попередніх дисциплін	Отримані навички
1. Нормальна анатомія.	Володіти знаннями іннервації щелепно-лицевої ділянки.
2. Патоморфологія.	Знати гістологічну будову пухлин та пухлино подібних уражень периферійних нервів обличчя.
4. Патологічна фізіологія.	Знати етіопатогенетичні аспекти виникнення пухлин периферійних нервів обличчя.
3. Пропедевтика внутрішніх хвороб.	Дотримуватися медичної етики та деонтології при спілкуванні з онкохворими.

4. ЗАВДАННЯ ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ДО ЗАНЯТТЯ

4.1. Перелік основних термінів, параметрів, характеристик, які повинен засвоїти студент при підготовці до заняття:

Термін	Визначення
1. Хвороба Реклінгхаузена	Це нейрофіброматоз.
2. Шваннома.	Це нейрофіброма.
3. Кріодеструкція.	Це заморожування новоутворення рідким азотом.

4.2. Теоретичні питання до заняття:

1. Етіологія і патогенез пухлин та пухлиноподібних уражень периферійних нервів обличчя.
2. Класифікація пухлин та пухлиноподібних уражень периферійних нервів обличчя.
3. Клінічна картина нейрофіброми, нейрофіброматозу обличчя, травматичної невроми.
4. Діагностика та диференційна діагностика пухлин та пухлиноподібних уражень периферійних нервів обличчя.
5. Методи лікування пухлин та пухлиноподібних уражень периферійних нервів обличчя.

4.3. Практичні роботи (завдання), які виконуються на занятті:

1. Обстежити хворого з пухлиною, встановити діагноз та призначити лікування.
2. Вміти провести пункцію або взяти матеріал для цитологічного чи гістологічного дослідження.

5. ЗМІСТ ТЕМИ:

Ці пухлини і пухлиноподібні ураження зустрічаються рідко і складають менше 1,5 % усіх пухлин обличчя і щелеп. До доброякісних пухлин відносять нейрофіброму і неврілемому (шванному), до пухлиноподібних уражень – травматичну неврому і нейрофіброматоз (хвороба Реклінгхаузена), до злоякісних – злоякісну шванному (неврогенна саркома).

Нейрофіброма розвивається з оболонки периферичних нервів. Існує думка, що клітини пухлини мають нейроектодермальне походження, тобто є похідними нейролеми (швановської оболонки); у зв'язку з цим пухлина описується ще і під назвою шванномы, леммомы.

Виникнення її в області обличчя і порожнини рота пов'язане з вадою розвитку зачатків трійчастого або лицьового нерва.

Розташовується пухлина по відношенню до нерва або моноцентрично (у товщі нерва визначається один вузол), або поліцентрично (у товщі нерва визначається ряд вузлів, частково сполучених між собою).

Локалізуються нейрофіброми частіше всього в товщі щоки (заходячи зазвичай своїм внутрішнім полюсом під величну кістку), в області отворів підборідь, скроні, язика.

Клініка. У початковій стадії захворювання хворі звертаються до лікаря із скаргою на наявність болісної (рідше - безболісної) пухлини, що викликає асиметрію обличчя. Болісна пухлина спонукає, природно, звертатися до лікаря в ранні терміни. Пальпаторно визначається під шкірою щоки, підборіддя, скроні, в язиці, щільна, а іноді м'яка пухлина розмірами від 1 до 10 см і більше. Ступінь щільності пухлини залежить від питомої ваги фіброзних розростань: якщо в пухлині їх мало, вона м'яка і по своїй структурі наближається до невроми. Пальпація нерідко викликає значні больові відчуття, іррадіюючі по ходу трійчастого нерва.

У пізнішій стадії нейрофіброма має вигляд чітко обмежених м'яких поліпоподібних вузлів, що звисають на ніжці. Іноді розвивається величезна щільна пухлина.

Діагноз ґрунтується на повільному зростанні пухлини, розташованій по ходу гілок трійчастого або лицьового нерва, щільно-еластичної консистенції, гладкої поверхні і болючості пухлини.

Лікування хірургічне: під місцевою анестезією роблять розріз шкіри і підшкірної основи згідно з напрямом гілок лицьового нерва. Потім методом тупого сепарування тканин вилушують нейрофіброму, не ушкоджуючи прилеглих розгалужень лицьового нерва. Щоб легше було орієнтуватися в рані відносно меж пухлини, деякі хірурги вводять в пухлину ін'єкційну голку і по ній - 0.2-0.3% водний розчин метиленового синього, який швидко поширюється в межах пухлини і забарвлює її, чітко змальовуючи. Після цього роблять інфільтраційну анестезію.

Прогноз сприятливий.

Нейрофіброматоз (хвороба Реклінґгаузена). Це природжене системне утворення, що характеризується симптомокомплексом у вигляді деформації скелета, наявності на тілі плям кавового кольору і спотворення обличчя. Останнє обумовлене розростанням периферичних нервових волокон і фіброзної тканини, що веде до надлишку шкіри і підшкірної клітковини, з втратою тургора і відвисанням їх. Часто спостерігається одностороннє ураження голови, обличчя і шиї, при цьому збільшується і зміщується вниз разом з усіма тканинами вушна раковина. При пальпації ураженої тканини відзначаються біль і наявність в глибині щільних тяжів, що нагадують вермішель.

Лікування полягає в поетапному висіченні уражених тканин. Проводять його з метою усунення спотворення обличчя.

Травматична неврома. Локалізується по перехідній складці присінка порожнини рота відповідно до місця виходу нерва підборіддя. Зустрічається переважно у літніх осіб з повною адентією і атрофією альвеолярного відростка нижньої щелепи, що користуються знімним зубним протезом. Виникнення невроми пов'язане з постійною травмою краєм протеза нерва підборіддя біля виходу з отвору підборіддя.

Клінічно визначається округло-овальне утворення розміром до 0,5 см, боліснее, щільноеластичної консистенції, розташоване під слизовою оболонкою перехідної складки з вестибулярного боку відповідно до малих корінних зубів. Діагностується на підставі анамнезу і клінічних даних.

Лікування травматичної невроми спрямоване на усунення постійного подразнення її краєм протеза шляхом корекції останнього або припинення користування ним. Хірургічне лікування зазвичай не проводять, оскільки висічення невроми веде до втрати чутливості тканин, що іннервуються нервом підборіддя, яка сприймається хворим не менш тяжко, чим біль при самій травматичній невромі.

6. МАТЕРІАЛИ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ:

А. Завдання для самоконтролю:

1. Фото хворих з пухлинами та пухлиноподібними утвореннями периферичних нервів обличчя.

2.Схеми обстеження онкостоматологічних хворих.

Б. Задачі для самоконтролю:

1. Хворий, 78 років, звернувся в клініку зі скаргами на наявність округлого болісного утворення нижньої щелепи по перехідній складці, що з'явилося півроку тому. Рік назад пацієнту виготовили повний знімний протез. Об'єктивно: обличчя симетричне, підщелепні лімфовузли не пальпуються. Виражена атрофія альвеолярного відростка нижньої щелепи. На ділянці правого ментального отвору болісне, щільно-еластичне округле утворення до 0,5 см в діаметрі.

Який попередній діагноз?

(Відповідь: травматична неврома)

2. Хворий, 48 років, скаржиться на болісну припухлість лівої щоки. Об'єктивно: обличчя асиметричне за рахунок припухлості лівої щічної ділянки, шкіра без змін, лімфатичні вузли не пальпуються. В товщі лівої щоки визначається болісне округле утворення щільно-еластичної консистенції до 5 см в діаметрі не спаяне з прилеглими тканинами.

Поставте діагноз.

(Відповідь: нейрофіброма)

3. У хворого, 68 років, спостерігається спотворення обличчя та шиї зліва за рахунок відвисання шкіри, лівої вушної раковини. При пальпації відмічається біль, зниження тургора шкіри, щільні тяжі у вигляді вермішелі.

Поставте діагноз.

(Відповідь: нейрофіброматоз (хвороба Реклінхаузена))

В. Матеріали для тестового контролю. Тестові завдання з одиничною правильною відповіддю (α=Π):

1. Що є причиною розвитку нейрофіброми?

- A. Вроджена вада нервів.
- B. Перенесений неврит.
- C. Травма обличчя.
- D. Інфекційні захворювання.
- E. Етіологія не з'ясована.

(Правильна відповідь: A)

2. Де частіше всього локалізується нейрофіброма?

- A. Язик.
- B. Щока.
- C. Підборіддя.
- D. Вилична кістка.
- E. Губи.

(Правильна відповідь: B)

3. Нейрофіброматоз це хвороба:

- A. Енгля-Реклінхаузена.
- B. Таратинова.
- C. Реклінхаузена.
- D. Боуена.
- E. Таратинова.

(Правильна відповідь: C)

Г. Навчальні задачі 3-го рівня (нетипові задачі):

1. Хворий, 69 років, звернувся зі скаргами на нестерпні болі в лівій половині обличчя, неможливість користування протезом. Пацієнт вкрай знервований. По перехідній складці на ділянці лівого підборідного отвору визначається утворення до 1 см в діаметрі.

Яка тактика лікаря?

(Відповідь: провести бесіду з пацієнтом та пояснити необхідність термінового оперативного втручання з приводу травматичної неврони)

2. Хворий, 56 років, діагностовано нейрофіброму лівої щічної та виличної ділянок. Пацієнтка переконана, що в неї злоякісна пухлина, яка складає загрозу її життю.

Що необхідно зробити лікарю.

(Відповідь: переконати пацієнтку звернутися до психотерапевта)

3. У пацієнта, 67 років, попередньо діагностовано нейрофіброматоз голови (хвороба Реклінгаузена).

Які додаткові обстеження необхідно провести для постановки остаточного діагнозу?

(Відповідь: рентгенографію, ортопантомографію, гістологічне дослідження новоутворення, клінічні та біохімічні дослідження крові та сечі)

7. ЛІТЕРАТУРА:

Основна література:

1. Доброякісні пухлини та пухлиноподібні новоутворення. Ермолов В.Ф. Колесов А.А., Воробьев И.Ю. Новообразования мягких тканей. – К., Здоровья, 1991 - 312 с.

2. Маланчук В.О., Копчак А.В. Доброякісні пухлини та пухлиноподібні ураження щелепно-лицевої ділянки та шиї / Навчальний посібник. – К.: Видавничий дім «Асканія», 2008. – 320 с.

3. Савицкий В.А., Черепанов А.Н. Нейрофиброматоз Реклингаузена Клиника, диагностика и хирургическое лечение/. - М.: Медицина, 1972. 250 с

4. Сагатбаев Д.С. Опухоли челюстно-лицевой области, 1998. – 206

5. Солнцев А.М., Колесов В.С. Доброкачественные опухоли лица, челюстей и органов полости рта. - Кмев: Здоровья, 1985. - 150 с.

Додаткова література:

1. Губайдулина Е.Я., Цегельник Л.Н. Опухоли, опухолеподобные поражения и кисты лица, органов полости рта, челюстей и шеи // Хирургическая стоматология . - М.: Медицина, 1996. – С.512-624.

2. Доброкачественные новообразования и опухолеподобные образования слизистой оболочки полости рта: Автореф. дис. д - ра. мед. наук -М., 1995. 46 с.

3. Шаргородский А.Г. Атлас опухолей мягких тканей и костей лица. Москва, 1998.-221 с.

Міністерство охорони здоров'я України
Вищий державний навчальний заклад України
«Українська медична стоматологічна академія»

«Затверджено»
на засіданні кафедри
хірургічної стоматології
та щелепно-лицевої хірургії
з пластичною та реконструктивною
хірургією голови та шиї

Завідувач кафедри

д. мед. н. Аветіков Д.С.



МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ
ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ
ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ДО ПРАКТИЧНОГО
(СЕМІНАРСЬКОГО) ЗАНЯТТЯ

Навчальна дисципліна	Хірургічна стоматологія
Модуль №	3
Змістовний модуль №	3
Тема заняття	Епітеліальні та неепітеліальні пухлини слинних залоз. Клініка, діагностика, диференційна діагностика, лікування.
Курс	IV
Факультет	Стоматологічний

1. АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ:

Доброякісні пухлини і кісти слинних залоз є досить складною патологією щелепно-лицьової ділянки, що однаково часто зустрічається у чоловіків і жінок різного віку. Дана група захворювань має різноманітну, часто схожу клінічну картину, яка потребує ґрунтовних знань у майбутніх лікарів з питань етіології, клініки, діагностики і лікування.

2. КОНКРЕТНІ ЦІЛІ:

- 2.1. Аналізувати клінічні прояви епітеліальних та неепітеліальних пухлин слинних залоз.
- 2.2. Пояснювати гістологічну будову епітеліальних та неепітеліальних пухлин слинних залоз.
- 2.3. Запропонувати етіологічні та патогенетичні фактори розвитку пухлиноподібних утворень м'яких тканин.
- 2.4. Класифікувати основні та додаткові обстеження хворих з епітеліальними та неепітеліальними пухлинами слинних залоз.
- 2.5. Трактувати виникнення та розвиток епітеліальних пухлин слинних залоз.
- 2.6. Малювати схеми, графіки класифікації епітеліальних пухлин слинних залоз.
- 2.7. Проаналізувати класифікацію епітеліальних пухлин слинних залоз.
- 2.8. Скласти план лікування хворих з епітеліальними пухлинами слинних залоз.

3. БАЗОВІ ЗНАННЯ, ВМІННЯ, НАВИЧКИ, НЕОБХІДНІ ДЛЯ ВИВЧЕННЯ ТЕМИ (міждисциплінарна інтеграція).

Назви попередніх дисциплін	Отримані навички
1. Нормальна анатомія.	Вивчити анатомічну будову кісток лицевого скелета.
2. Гістологія.	Приготувати матеріал для гістологічного дослідження.
3. Патологічна анатомія.	Описати гістологічну картину пухлиноподібних утворень в кістках лицевого скелета.
4. Патологічна фізіологія.	Знати етіологію та патогенез кісток лицевого скелета.
5. Топографічна анатомія та оперативна хірургія.	Визначити топографо-анатомічну будову кісток лицевого скелета.
6. Пропедевтика хірургічної стоматології.	Провести курацію хворих з пухлинами кісток лицевого скелета.
7. Загальна онкологія.	Провести диференційну діагностику хворих з пухлинами кісток лицевого скелета.

4. ЗАВДАННЯ ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ДО ЗАНЯТТЯ.

4.1. Перелік основних термінів, параметрів, характеристик, які повинен засвоїти студент при підготовці до заняття:

Термін	Визначення
1. Біопсія.	Це прижиттєве одержання матеріалу для гістологічного дослідження.
2. Аутопсія.	Це посмертне одержання матеріалу для гістологічного дослідження.

3.Пункційна біопсія.	Це одержання матеріалу для гістологічного дослідження шляхом пункції новоутворення голкою великого діаметра.
4. Інцизійна біопсія.	Це одержання матеріалу шляхом видалення шматочка пухлини в межах здорової тканини.
5.Якісне зібрання анамнезу захворювання.	Це правильно зібраний анамнез життя та захворювання.

4.2.Теоретичні питання до заняття:

1. Анатомія і фізіологія слинних залоз людини.
2. Ембріогенез і гістологічна будова великих і малих слинних залоз.
3. Теорії походження доброякісних пухлин слинних залоз.
4. Гістологічні і клінічні класифікації доброякісних пухлин слинних залоз.
5. Клінічна картина аденолімфоми слинної залози.
6. Діагностика і диференціальна діагностика доброякісних пухлин слинних залоз.
7. Методи лікування доброякісних пухлин слинних залоз.
8. Прогноз і ускладнення під час і після лікування доброякісних пухлин слинних залоз.
9. Основні та додаткові методи діагностики доброякісних пухлин.
10. Клінічна картина аденоми слинної залози.
11. Клініка оксифільної аденоми.

4.3. Практичні роботи (завдання), які виконуються на занятті:

1. Опанувати методику обстеження хворих з доброякісними пухлинами слинних залоз.
- 2.Провести курацію хворих з доброякісними пухлинами слинних залоз.
- 3.Заповнити амбулаторну медичну картку хворого з пухлинами слинних залоз.
- 4.Оволодіти методикою діагностичної пункції.
- 5.Оволодіти методикою приготування мазка на предметному склі.

5. ЗМІСТ ТЕМИ:

ПОЛІМОРФНА АДЕНОМА (ЗМІШАНА ПУХЛИНА)

Клініка. Хворі скаржаться на поступове (протягом багатьох років) повільне збільшення привушних або підщелепних ділянок, асиметрію обличчя; рідше на появу безболісної пухлини на піднебінні, губі, щоці. У окремих випадках хворі відзначають незначний біль в зоні пухлини. Біль з'являється періодично і, як правило, без видимих причин; лише іноді хворі пов'язують біль з переохолодженням. Об'єктивно: пухлина безболісна, рухома, має округлу або овально витягнуту форму, горбисту або гладку поверхню, щільно еластичну консистенцію. Шкіра (або слизова оболонка) над пухлиною зазвичай не змінена. Якщо пухлина досягла великих розмірів, можлива поява виразок слизистої оболонки.

МОНОМОРФНІ АДЕНОМИ

Оксифільная аденома

Клініка оксифільної аденоми. Консистенція пухлини щільна, вона повільно зростає, безболісна, має гладку поверхню, добре інкапсульована і не буває спаяна з довколишніми тканинами.

Лікування: Вилущування пухлини разом з фіброзною капсулою.

Прогноз сприятливий для життя.

НЕ ЕПІТЕЛІАЛЬНІ ПУХЛИНИ

Аденолімфома

Клініка. Аденолімфома росте повільно, безболісно, що приводить до асиметрії привушних областей. Пальпаторно пухлина м'якоеластичної консистенції, з досить чіткими контурами. З оточуючими тканинами не спаяна.

Лікування. Радикальна хірургічна екстирпація пухлини з видаленням прилеглої частини залози. Рекомендується не обмежуватися простим вилущуванням пухлини, оскільки він ніколи не має повної впевненості в її доброякісному характері.

Прогноз в цілому сприятливий, проте описані випадки малігнізації та метастазування папілярної кісто-аденолімфоми в легені.

Діагноз. Діагноз встановлюють на підставі клінічних, рентгенологічних і гістологічних даних захворювання. А останніми роками для постановки діагнозу застосовують цитологічне і цитохімічне дослідження.

Диференційна діагностика. Диференційну діагностику змішаних пухлин необхідно проводити з саркоматозними і раковими ураженнями слинних залоз, для яких характерне значно швидке розростання.

Лікування. Добрі результати дає рентгено-хірургічний метод лікування змішаних пухлин (який полягає в тому, що пухлину радикально видаляють і в процесі операції проводять близькофокусне опромінення рентгенівськими променями (з одного або декількох полів - залежно від розмірів поля. Сучасні методи операцій по видаленню змішаних пухлин привушних слинних залоз забезпечують збереження гілок лицевого нерва.

Метод Редона, що оснований спочатку на знаходженні основного стовбура лицевого нерва (між сосцевидним відростком і заднім краєм гілки нижньої щелепи), а потім відшукують місце розділення стовбура на основні гілки; препаровку їх ведуть від центра до периферії.

Метод Ковтуновича-Мухи зручніший, оскільки, по-перше, для знаходження основного стовбура лицевого нерва в залозі (по Редону) немає ніяких пізнавальних орієнтирів; по-друге, глибина залягання стовбура не менше чим на 2 см; тому під час операції утворюється глибока і вузька рана, в якій хірург може легко пересікти нерв, не помітивши його.

Ускладнення:

1). Тимчасовий або стійкий парез або параліч деяких або всіх м'язів; якщо не відбулося пересічення гілок лицевого нерва, парез зникає через 1/2-6 місяців без жодного лікування.

2). Досить частим ускладненням субтотальної і тотальної паротидектомії є порушення чутливості мочки вушної раковини, пов'язане з пересіченням великого вушного нерва. В частині випадків чутливість поновлюється протягом першого року після операції, в останніх хворих вона носить стійкий характер.

3). Поява точкової слинної фістули, яка незабаром зникає самостійно або під впливом прийому атропіну, беладонни або тугого бинтування.

4). Можливий розвиток аурікулотемпорального синдрому Фрея: свербіння, біль, гіперстезія і гіперемія привушної-жувальної ділянки.

Прогноз. Результати комбінованого лікування: рецидиви змішаних пухлин привушної слинної залози відмічені у 3% хворих (настають вони протягом першого року після лікування); паралічі всіх гілок лицевого нерва - біля 2%; часткові паралічі – у 12%, малігнізація.

6. МАТЕРІАЛИ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ:

А. Завдання для самоконтролю:

1. Анатомія і фізіологія слинних залоз людини.
2. Ембріогенез і гістологічна будова великих і малих слинних залоз.
3. Теорії походження доброякісних пухлин слинних залоз.
4. Гістологічні і клінічні класифікації доброякісних пухлин слинних залоз.
5. Клінічна картина доброякісних пухлин слинних залоз.
6. Діагностика і диференціальна діагностика доброякісних пухлин слинних залоз.
7. Методи лікування доброякісних пухлин слинних залоз.
8. Прогноз і ускладнення під час і після лікування доброякісних пухлин слинних залоз.

Б. Задачі для самоконтролю:

До хірурга-стоматолога звернувся хворий 65 років зі скаргами на припухлість в лівій половині обличчя. При огляді хворого було встановлено що: в лівій привушній ділянці відмічається новоутворення розміром 3х 4 см. При пальпації новоутворення має щільний характер, безболісне, з оточуючими тканинами не спаяне. Після проведення контрастного рентгенологічного дослідження на сіалограмі виявлено, що нормальний малюнок розгалужень вивідного протока різко обривається на межі з патологічним процесом.

Для якого захворювання характерна така сіалографічна картина?

Які ще додаткові методи обстеження потрібно провести?

(Відповідь: пухлина слинної залози)

В. Матеріали для тестового контролю. Тестові завдання з одиничною правильною відповіддю (а=П):

1. До доброякісних епітеліальних пухлин слинних залоз не відноситься:

- A. Аденома.
- B. Аденолімфома.
- C. Змішана пухлина.
- D. Мукоепідермальна пухлина.
- E. Циліндрома.

(Правильна відповідь: D)

2. Клінічна картина аденоми слинних залоз:

- A. Пухлина безболісна, щільна, з гладкою поверхнею, добре інкапсульована, не зрощена з довколишніми тканинами.
- B. Пухлина безболісна, м'яко еластична, з чіткими контурами, не зрощена з довколишніми тканинами.
- C. Пухлина безболісна, рухлива, округлої або витягнутої форми, щільно еластичній консистенції, з гладкою або горбистою поверхнею.
- D. Пухлина зростає швидко, безболісна, щільна, зрощена з довколишніми тканинами.
- E. Пухлина округлої форми, з чіткими контурами, безболісна, зрощена з шкірою.

(Правильна відповідь: C)

3. Клінічна картина змішаної пухлини слинних залоз:

- A. Пухлина безболісна, щільна, з гладкою поверхнею, добре інкапсульована, не зрощена з довколишніми тканинами.
- B. Пухлина безболісна, м'яко еластична, з чіткими контурами, не зрощена з довколишніми тканинами.
- C. Пухлина безболісна, рухлива, округлої або витягнутої форми, щільно еластичній консистенції, з гладкою або горбистою поверхнею.
- D. Пухлина зростає швидко, безболісна, щільна, зрощена з довколишніми тканинами.
- E. Пухлина округлої форми, з чіткими контурами, безболісна, зрощена з шкірою.

(Правильна відповідь: A)

Г. Навчальні задачі 3-го рівня (нетипові задачі):

До хірурга-стоматолога звернувся хворий 57 років із скаргою на асиметрію особи. Об'єктивно: у ділянці правої привушної слинної залози виявлена безболісна, рухлива, округлої форми з горбистою поверхнею пухлина щільно еластичної консистенції. Пухлина має тенденцію до повільного збільшення.

Який попередній діагноз можна встановити в даному випадку?

(Віповідь: змішана пухлина.)

7. ЛІТЕРАТУРА:

Основна література:

1. Бернадский Ю.И. Основы челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии.– Белмедкнига, Витебск, 1998.– 404 с.
2. Бернадский Ю.И. Травматология и восстановительная хирургия челюстно-лицевой области. – Киев: Вища школа, 1999. – 389 с.
3. Колесов А.А., Воробьев Ю.И., Каспарова Н.Н. Новообразования мягких тканей и костей лица у детей и подростков.- Москва: Медицина, 1989г.
4. Муковозов И.Н. Дифференціальна діагностика захворювань щелепно-лицьової області. Л.: Медицина, 1982.
5. Загальна онкологія /Под редактора Н.П. Напалкова. – Ленінград: Медицина, 1989. – 648 с.
6. Онкологія /за ред. Білінського Б.Т., Стернюка Ю.М., Шпарика Я.В. – Львів: Медицина світу, 1998. – 272 с.
7. Робустова Т.Г. Хирургическая стоматология. – М.: Медицина, 1990. – 576 с.
8. Ромачева И.Ф., Юдин Л.А., Афанасьев Л.В. Заболевания и повреждения слюнных желез. – М.: Медицина, 1987. – 240с.

Додаткова література:


1. Пачес А.Г. Опухоли головы и шеи.- Москва: Медицина, 1983г.
2. Рабухина Н.А., Удиришина Н.М. Рентгенодиагностика заболеваний челюстно-лицевой области. – М.: Медицина, 1991.
3. Солнцев А.М., Колесов В.С., Колесова Н.А. Заболевания слюнных желез: сиалозы, воспалительные заболевания, опухоли, кисты, травмы и пороки развития слюнных желез.– Киев: Здоровья, 1991.–311с.
4. Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. – Киев: 2002. – 1022 с.

Міністерство охорони здоров'я України
Вищий державний навчальний заклад України
«Українська медична стоматологічна академія»

«Затверджено»
на засіданні кафедри
хірургічної стоматології
та щелепно-лицевої хірургії
з пластичною та реконструктивною
хірургією голови та шиї

Завідувач кафедри

д. мед. н. Аветіков Д.С.



МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ
ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ
ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ДО ПРАКТИЧНОГО
(СЕМІНАРСЬКОГО) ЗАНЯТТЯ

Навчальна дисципліна	Хірургічна стоматологія
Модуль №	3
Змістовний модуль №	3
Тема заняття	Кісти слинних залоз. Клініка, діагностика, диференційна діагностика, лікування.
Курс	IV
Факультет	Стоматологічний

1. АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ:

Доброякісні пухлини і кісти слинних залоз є досить складною патологією щелепно-лицьової ділянки, що однаково часто зустрічається у чоловіків і жінок різного віку. Дана група захворювань має різноманітну, часто схожу клінічну картину, яка потребує ґрунтовних знань у майбутніх лікарів з питань етіології, клініки, діагностики і лікування.

2. КОНКРЕТНІ ЦІЛІ:

- 2.1. Аналізувати розвиток кіст слинних залоз.
- 2.2. Пояснювати дані лабораторних та інструментальних методів дослідження.
- 2.3. Запропонувати обстежити пацієнтів з кістами слинних залоз.
- 2.4. Класифікувати кісти слинних залоз.
- 2.5. Трактувати етіологію, патогенез, класифікацію, клінічні прояви кіст слинних залоз.
- 2.6. Малювати графологічну схему заняття.
- 2.7. Проаналізувати поза- та внутрішньосиндромну диференціальну діагностику.
- 2.8. Скласти план лікування пацієнта з кістами слинних залоз.

3. БАЗОВІ ЗНАННЯ, ВМІННЯ, НАВИЧКИ, НЕОБХІДНІ ДЛЯ ВИВЧЕННЯ ТЕМИ (міждисциплінарна інтеграція).

Назви попередніх дисциплін	Отримані навички
1. Анатомія.	Описувати будову великих і малих слинних залоз людини.
2. Гістологія.	Гістологічна будова тканин слинних залоз.
3. Патологічна анатомія.	Підготувати матеріал для гістологічного або цитологічного дослідження.
4. Патологічна фізіологія.	Визначити етіологію та патогенез кіст слинних залоз.
5. Оперативна хірургія та топографічна анатомія.	Топографічну анатомію щелепно-лицьової ділянки. Принципи оперативних доступів до різних відділів щелепно-лицьової ділянки.

4. ЗАВДАННЯ ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ДО ЗАНЯТТЯ.

4.1. Перелік основних термінів, параметрів, характеристик, які повинен засвоїти студент при підготовці до заняття:

Термін	Визначення
1. Біопсія.	Це прижиттєве одержання матеріалу для гістологічного дослідження.
2. Аутопсія.	Це посмертне одержання матеріалу для гістологічного дослідження.
3. Пункційна біопсія.	Це одержання матеріалу для гістологічного дослідження шляхом пункції новоутворення голкою великого діаметра.
4. Інцизійна біопсія.	Це одержання матеріалу шляхом видалення шматочка пухлини в межах здорової тканини.
5. Якісне зібрання анамнеза захворювання.	Це правильно зібраний анамнез життя та захворювання.

4.2. Теоретичні питання до заняття:

1. Анатомія і фізіологія слинних залоз людини.
2. Ембріогенез і гістологічна будова великих і малих слинних залоз.
3. Теорії походження доброякісних пухлин і кіст слинних залоз.
4. Гістологічні і клінічні класифікації доброякісних пухлин і кіст слинних залоз.
5. Клінічна картина доброякісних пухлин і кіст слинних залоз.
6. Діагностика і диференціальна діагностика доброякісних пухлин і кіст слинних залоз.
7. Методи лікування доброякісних пухлин і кіст слинних залоз.
8. Прогноз і ускладнення під час і після лікування доброякісних пухлин і кіст слинних залоз.

4.3. Практичні роботи (завдання), які виконуються на занятті:

1. Вміти проводити діагностику і диференційну діагностику епітеліальних і не епітеліальних пухлин і кіст слинних залоз.
2. Вміти проводити курацію хворого з доброякісними новоутвореннями і кістами слинних залоз, призначати план обстеження та складати план лікування, визначити прогноз захворювання, можливі ускладнення.
3. Розвивати творчі здібності в процесі теоретичних і клінічних досліджень проблемних питань доброякісних новоутворень щелепно-лицьової ділянки.

5. ЗМІСТ ТЕМИ:

КІСТИ ВЕЛИКИХ СЛИННИХ ЗАЛОЗ

Всі кісти систематизували на 4 групи: 1) кісти великих і малих слинних залоз, епітеліальне вистилання в яких відсутнє повністю; 2) гроновидні розширення протоків великих і малих слинних залоз; 3) кісти привушних слинних залоз, що виникають після травми або операції на них; 4) кісти під'язичних слинних залоз, що розповсюджуються в ділянку піднижньо-щелепного трикутника.

Етіологія. Причиною утворення ретенційної кісти можуть бути: травма, запальні процеси і вроджені атрезії вивідних протоків.

КІСТИ ПІД'ЯЗЧНИХ СЛИННИХ ЗАЛОЗ

Класифікація: 1) гроновидні розширення великого і малих під'язичних протоків; 2) кісти паренхіми під'язичних залоз.

Клініка. Вони не мають чітко вираженої оболонки, яка дуже утрудняє їх виділення під час операції і пояснює нерадикальність втручання, після якого часто бувають рецидиви і подальші «проростання» кіст в клітковину, розташовану нижче за діафрагму рота. Кісти, що поширюються, проникають в призалозову клітковину протилежної сторони і на шию, в багатьох випадках вони набувають форми «пісочного годинника», одна частин якого розташована над діафрагмою порожнини рота, інша - під нею, а проміжна частина в мускульній щілині дна порожнини рота.

Діагностика. Діагностика ретенційних кіст може бути заснована на даних дослідження пунктату і контрастній суалографії. Виявлення в пунктаті гтіаліна свідчить саме про ретенційну кісту слинної залози, а не про кісту іншого походження і характеру. На сіалограмі можна бачити дефект наповнення залози і тінь контрастної маси, яка заповнює кісту; якщо ця тінь являється продовженням протоки, по сіалограмі можна встановити зв'язок між кістою і протоком.

Диференціальний діагноз. Диференціювати слинну кісту потрібно з кістозною порожниною, (змішаною, злоякісною), дермоїдними і паразитарними кістами.

Лікування. Може бути консервативним або консервативно хірургічним. Консервативне лікування не пов'язано з операцією, а консервативно хірургічне, хоча і передбачає її, забезпечує, по-перше, збереження слинної залози, в якій сформувалася кіста, і, по-друге, збереження лицевого нерва, якщо кіста локалізується в привушній слинній залозі.

Прогноз. Залишення ж навіть невеликих ділянок стінки кісти під слизистою оболонкою дна порожнини рота завжди загрожує рецидивом.

КІСТИ ПРИВУШНИХ СЛИННИХ ЗАЛОЗ

Кісти привушних слинних залоз можуть бути уродженими, і набутими як наслідок обтурації основної протоки або одного з протоків II—III порядку.

Клініка. В області всієї привушної залози безболісна при пальпації тістоподібна і флюктууюча припухлість, шкіра над якою збирається в складку. При легкому масажуванні області залози слина із протоку не виділяється.

Діагноз. Діагностика повинна ґрунтуватися на пальпації, пункції і контрастній рентгенографії. Диференціювати кісту привушної слинної залози необхідно з кавернозною гемангіомою, при якій за допомогою пункції можна виявити в каверні кров. За наявності м'якої ліпони пунктата не буде.

Лікування. Оптимальний варіант лікування це видалення кісти хірургічним методом.

КІСТИ ПІДЩЕЛЕПНИХ СЛИННИХ ЗАЛОЗ

Якщо кіста утворилася в підщелепній слинній залозі, то вона розповсюджується з підщелепної ділянки на бічну поверхню шиї. При цьому в порожнині рота немає суттєвого випинання і зміщення язика, як це буває при кістах під'язичних слинних залоз.

Лікування. Кісту підщелепної залози слід видалити разом зі всією залозою з двох причини: 1) як щойно залишити то це може послужити причиною рецидиву утворення кісти; 2) утворення кісти призводить, до значних змін у всій слинній залозі.

6. МАТЕРІАЛИ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ:

А. Завдання для самоконтролю:

- 1.Обстежити пацієнтів з пухлинами слинних залоз.
- 2.Інтерпретувати дані лабораторних та інструментальних методів дослідження.
- 3.Провести поза- та внутрішньо-синдрому диференціальну діагностику.
- 4.Скласти план лікування пацієнта з кістами слинних залоз.
- 5.Провести видалення кісти слинної залози.
- 6.Призначити фармакотерапію пацієнтам з кістами слинних залоз.

Б. Задачі для самоконтролю:

1. До стоматолога - хірурга звернувся хворий 65 років з припухлістю в привушній ділянці. Після проведення контрастного рентгенологічного дослідження на сіалограмі виявлено, що нормальний малюнок розгалужень проток різко обривається на межі з патологічним процесом. При пункції отримали прозору в'язку рідину.

Для якого захворювання характерна така сіалографічна картина?

(Відповідь: кіста привушної слинної залози)

2. До хірурга-стоматолога звернувся хворий 57 років із скаргою на асиметрію обличчя зліва. Об'єктивно: в ділянці лівої привушної слинної залози виявлено повоутворення. При пальпації воно безболісне, пухлина рухлива, округлої форми м'якоеластичної консистенції. З оточуючими тканинами пухлина не спаяна. Пухлина має тенденцію до повільного росту. Функція залози не порушена.

Який попередній діагноз можна встановити в даному випадку?

(Відповідь: кіста привушної слинної залози)

В. Матеріали для тестового контролю. Тестові завдання з однічною правильною відповіддю (а=II):

1. Ретенційна кіста виникає:

- A. На язиці.
- B. На губі.
- C. В підщелепній слинній залозі.
- D. В привушній слинній залозі.

(Правильна відповідь: B)

2. Ранула - це:

- A. Кіста підщелепної слинної залози.
- B. Під'язичної слинної залози.
- C. Привушної слинної залози.
- D. Кіста губи.

(Правильна відповідь: B)

Г. Навчальні задачі 3-го рівня (нетипові задачі):

1.Хворий 35 років звернувся до лікаря стоматолога зі скаргами на припухлість під язиком. Об'єктивно: в під'язичній області відмічається новоутворення розміром 3x4 см прозора на вигляд, при пальпації безболісна. При вживанні їжі відмічається дискомфорт, та болісність в межах залози.

Який попередній діагноз можна встановити?
(Відповідь: рана під'язичної слинної залози)

7. ЛІТЕРАТУРА:

Основна література:

1. Бернадский Ю.И. Основы челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии.– Белмедкнига, Витебск,1998.– 404 с.
2. Бернадский Ю.И. Травматология и восстановительная хирургия челюстно-лицевой области. – Киев: Вища школа, 1999. – 389 с.
3. Колесов А.А., Воробьев Ю.И., Каспарова Н.Н. Новообразования мягких тканей и костей лица у детей и подростков.- Москва: Медицина, 1989г.
4. Муковозов И.Н. Диференціальна діагностика захворювань щелепно-лицьової області. Л.: Медицина, 1982.
5. Загальна онкологія /Под редактора Н.П. Напалкова. – Ленінград: Медицина, 1989. – 648 с.
6. Онкологія /за ред. Білінського Б.Т., Стернюка Ю.М., Шпарика Я.В. – Львів: Медицина світу, 1998. – 272 с.
7. Робустова Т.Г. Хирургическая стоматология. – М.: Медицина, 1990. – 576 с.
8. Ромачева И.Ф., Юдин Л.А., Афанасьев Л.В. Заболевания и повреждения слюнных желез. – М.: Медицина,1987. – 240с.

Додаткова література:

1. Пачес А.Г. Опухоли головы и шеи.- Москва: Медицина, 1983г.
2. Рабухина Н.А., Удиришина Н.М. Рентгенодиагностика заболеваний челюстно-лицевой области. – М.: Медицина, 1991.
3. Солнцев А.М., Колесов В.С., Колесова Н.А. Заболевания слюнных желез: сиалозы, воспалительные заболевания, опухоли, кисты, травмы и пороки развития слюнных желез.– Киев: Здоровья, 1991.–311с.
4. Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. – Киев: 2002. – 1022 с.

Міністерство охорони здоров'я України
Вищий державний навчальний заклад України
«Українська медична стоматологічна академія»

«Затверджено»
на засіданні кафедри
хірургічної стоматології
та щелепно-лицевої хірургії
з пластичною та реконструктивною
хірургією голови та шиї

Завідувач кафедри

д. мед. н. Аветіков Д.С. 

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ
ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ
ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ДО ПРАКТИЧНОГО
(СЕМІНАРСЬКОГО) ЗАНЯТТЯ

Навчальна дисципліна	Хірургічна стоматологія
Модуль №	3
Змістовний модуль №	3
Тема заняття	Одонтогенна пухлина амелобластома (адамантинома). Одонтогенні пухлини та пухлиноподібні ураження кісток лицевого скелету: одонтома, цементома, одонтогенна фіброма. Клініка, діагностика, диференціальна діагностика, лікування.
Курс	IV
Факультет	Стоматологічний

1. АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ.

Коротко розвивається професійна значимість теми, зводяться дані, спрямовані на формування позитивної мотивації її вивчення. Одонтогенна пухлина амелобластома досить поширене захворювання щелепно-лицевої ділянки, що вражає осіб молодого та середнього віку. Дана пухлина має багато клінічних та рентгенологічних проявів, що потребує ретельного підходу до діагностики. Лікування даної патології досить складне і відповідальне, так як неправильне його проведення може привести до рецидиву процесу і навіть до його малігнізації.

2. КОНКРЕТНІ ЦІЛІ:

- 2.1. Аналізувати клінічні прояви амелобластоми, одонтоми, цементоми, одонтогенної фіброми.
- 2.2. Пояснити етіологічні і патогенетичні фактори розвитку пухлиноподібних утворень в кістках лицевого скелету.
- 2.3. Запропонувати план обстеження хворого з діагнозом одонтома, цементома, одонтогенна фіброма.
- 2.4. Класифікувати пухлини кісток лицевого скелета.
- 2.5. Трактувати принципи діагностики та лікування пухлиноподібних утворень м'яких тканин.
- 2.6. Малювати графологічну схему заняття.
- 2.7. Проаналізувати результати лабораторних та інструментальних обстежень.
- 2.8. Скласти план лікування хворих з одонтогенними доброякісними пухлинами кісток лицевого скелета.

3. БАЗОВІ ЗНАННЯ, ВМІННЯ, НАВИЧКИ, НЕОБХІДНІ ДЛЯ ВИВЧЕННЯ ТЕМИ (міждисциплінарна інтеграція).

Назви попередніх дисциплін	Отримані навички
1. Нормальна анатомія.	Вивчити анатомічну будову кісток лицевого скелета.
2. Гістологія.	Приготувати матеріал для гістологічного дослідження.
3. Патологічна анатомія.	Описати гістологічну картину пухлиноподібних утворень в кістках лицевого скелета.
4. Патологічна фізіологія.	Знати етіологію та патогенез кісток лицевого скелета.
5. Топографічна анатомія та оперативна хірургія.	Визначити топографо-анатомічну будову кісток лицевого скелета.
6. Пропедевтика хірургічної стоматології.	Провести курацію хворих з пухлинами кісток лицевого скелета.
7. Загальна онкологія.	Провести диференційну діагностику хворих з пухлинами кісток лицевого скелета.

4. ЗАВДАННЯ ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ДО ЗАНЯТТЯ.

4.1. Перелік основних термінів, параметрів, характеристик, які повинен засвоїти студент при підготовці до заняття:

Термін	Визначення
1. Біопсія.	Це прижиттєве одержання матеріалу для гістологічного дослідження.
2. Аутопсія.	Це посмертне одержання матеріалу для гістологічного дослідження.
3. Пункція біопсій на.	Це одержання матеріалу для гістологічного дослідження шляхом пункції новоутворення голкою великого діаметру.
4. Інцизійна біопсія.	Це одержання матеріалу шляхом видалення шматочка пухлини на межі здорових тканин.

4.2. Теоретичні питання до заняття:

- 1.Анатомічна будова зубо-щелепної системи.
- 2.Ембріогенез та гістологічна будова щелепних кісток та тканин щелепно-лицевої ділянки.
- 3.Теорії походження амелобластоми, одонтоми, цементоми, одонтогенної фіброми
- 4.Гістологічні, клінічні, та рентгенологічні класифікації амелобластоми, одонтоми, цементоми, одонтогенної фіброми
- 5.Клінічна картина адамантіноми, одонтоми, цементоми, одонтогенної фіброми
- 6.Диференційна діагностика адамантіноми одонтоми, цементоми, одонтогенної фіброми
- 7.Методи лікування адамантіноми, одонтоми, цементоми, одонтогенної фіброми
8. Прогноз при амелобластомі, одонтомі, цементомі, одонтогенній фібромі.

4.3. Практичні роботи (завдання), які виконуються на занятті:

- 1.Оволодіти методикою обстеження хворого з адамантіномою одонтомою, цементомою, одонтогенною фібромою.
- 2.Провести курацію хворого з адамантіномою одонтомою, цементомою, одонтогенною фібромою.
- 3.Заповнити амбулаторну медичну картку хворого з адамантіномою одонтомою, цементомою, одонтогенною фібромою.

5. ЗМІСТ ТЕМИ:

Гістологічна класифікація по І.І. Єрмолаєву (1964) є дев'ять варіантів мікроскопічної будови адамантіноми:

1. Наявність епітеліальних утворень, що нагадують будову емалевого органу.
2. Масивно-трабекулярна або альвеолярна будова паренхіми, значно переважаючої над фіброзною основою.
3. Переважання крупних онкоцитоподібних клітин, що є, ймовірно, наслідком дистрофічних змін в епітелії.
4. Епідермоїдна будова епітеліальної паренхіми з вираженим ангіоматозом і осередками крововиливу.
5. Наявність епітеліальних структур у вигляді тонких, тяжів, що сильно розгалужуються, «зубоутворюючі, що нагадують, пластинку».
6. Переважання масивних тяжів або комплексів з щільно розташованих клітин базального типу без подальшої їх диференціації.
7. Наявність конгруентно розташованих епітеліальних клітин; схожих з клітинами шилоподібного шару, гіалінозом строми з утворенням кулястих тіл, що піддаються іноді звапнінню.
8. Наявність своєрідних аденоматозних епітеліальних структур з накопиченням оксифільної субстанції і вогнищами звапніння.
9. Дрібні комплекси альвеолярної будови з пігментовмістних клітин. **Адамантинома (амелобластома)** – одонтогенна епітеліальна пухлина, гістологічно структура її паренхіми має схожість з будовою тканини емалевого органу зубного зародка, в зв'язку з цим назва пухлини походить від слова “емаль”

Патогенез адамантіноми пов'язаний з походженням епітеліальних клітин, з яких росте адамантинома. Абрикосов та інш. – з епітелію емалевого органу зубного зародка; Петрова – що епітелій виникає шляхом метоплазії зі сполучної тканини; Malasse, Астахов – із залишків епітелію (островками) в періодонті і кістці щелеп; Лукомський, Козирева – що адамантинома виникає за рахунок розростання і погруження в кістку епітелію порожнини рота чи гайморової пазухи.

Адамантинома клінічно проявляється поступово, розвивається повільно і неболюча. Часто вперше виявляється при рентгенологічному дослідженні.

Уражена пухлиною щелепова кістка поступово потовщується, з'являється деформація обличчя. Поверхня потовщеної кістки гладка, але може бути і не рівною. Шкірні покриви залишаються не змінені. Зі сторони порожнини рота визначаються потовщення і деформація альвеолярного паростка, при значному стоншенні кістки, при пальпації визначаються вздуття і вікончаті деформації кістки. Зуби в ділянці пухлини зміщені, злегка рухомі, при перкусії не болючі. Нерідко у порожнині рота з'являються нориці із серозно гнійними виділеннями. Симптоми, пов'язані із зміщенням і здавленням сусідніх органів, проявляються у пізніх стадіях хвороби. Значне стоншення кістки веде до спонтанних переломів і профузних кровотеч. Регіонарні лімфовузли збільшуються при при'єднанні запалення.

Діагностика, дещо утруднена на ранніх стадіях хвороби. В деяких випадках, коли амелобластома ускладнюється запальним процесом, місцеві ознаки захворювання можуть нагадувати гострий остеомієліт нижньої щелепи або флегмону. Шляхом пальпації можна визначити степінь зміни форми нижньої щелепи в результаті росту амелобластоми. При цьому вдається виявити пухлиноподібне ущільнення нижньої щелепи, яке залежить від локалізації і розповсюдження пухлини (тіло, кут, гілка щелепи).

Контури зміненої ділянки нижньої щелепи зазвичай добре виражені, особливо, коли пухлина має досить велику бугоркову поверхню і щільну консистенцію. Підщелепні регіонарні лімфатичні вузли при амелобластомах не збільшуються. При огляді порожнини рота проявляються зміни на стороні ураження нижньої щелепи у вигляді ущільнення (вип'ячування) альвеолярного відростка у вестибулярному напрямку. Інколи відмічається набряк м'яких тканин ретромоларної ділянки, зміщення і рухомість зубів. В цих випадках зовнішня кортикальна пластинка альвеолярного відростка і верхня частина тіла нижньої щелепи значно потоншується і при натисканні пальцем легко прогинається і пружинить.

Вище сказане дозволяє виділити клінічний синдром "плюс-ткань". Під цим синдромом слід розуміти ті зміни, які виникають в анатомічній зоні щелепно-лицевої ділянки, і їх можна візуально виявити без додаткових технічних засобів.

Важливою ланкою у постановці діагнозу амелобластоми є рентгенографія нижньої щелепи і цитологічне дослідження вмісту пухлини з наступним підтвердженням гістоструктури тканин видаленого новоутворення оперативними шляхом.

Рентгенографію нижньої щелепи необхідно проводити в наступних проекціях:

Оглядова рентгенографія нижньої щелепи (панорамний знімок або потилично-лобний проєкції); рентгенографія в боковій проєкції нижньої щелепи; аксіальна (осьова) рентгенографія нижньої щелепи; рентгенографія альвеолярного відростка "в прикус" за показаннями

При оглядовій рентгенографії визначається ступінь і розміри ураженої щелепи патологічним процесом; стан нижньої щелепи, її краю і латеральної поверхні кута, гілки і її тіла.

За рентгенограмами в боковій проєкції вивчається структура вогнища, ураженого пухлиною, стан альвеолярного відростка і нижнього краю щелепи, а також характер границь в передньо-задньому і вертикальному напрямках.

Позаротова рентгенограма нижньої щелепи в аксіальній проєкції є оглядовою, і по ній можна судити про розповсюдження і стан стінок пухлини в латерально-медіальному напрямку.

Аксіальний внутріротівий знімок "в прикус" дає уяву про стан кортикальної пластинки нижньої щелепи з язичної і вестибулярної сторони.

Встановлено, що рентгенологічно амелобластома характеризується ознаками, деструкції, яке поєднане з "вздуттям" щелепової кістки з чітким обмежуванням ураженої ділянки і своєрідною структурою, яка залежить від патоморфологічної будови амелобластоми.

При щільній амелобластомі на рентгенограмах спостерігаються дрібні

кістоподібні ураження, чітко окреслені, розділені грубими кістковими перекладами.

При кістозних формах амелобластоми ділянки ураження є або деструктивними, або поділеними кістковими перегородками, а межі пухлини можуть мати фістончасті краї, інколи ущільнені і склерозовані, з бухтоподібним вип'ячуванням.

Рентгенологічно розміри вогнищ деструкції кісткової тканини нижньої щелепи можуть коливатися від 7x5x3 см до 4x3x2 см. В деяких випадках амелобластома розповсюджується від кута на всю гілку і на більшу частину тіла нижньої щелепи.

Форма пухлини (амелобластоми) на рентгенограмах повторює контури нижньої щелепи. При цьому, наряду з "вздуттям" спостерігається значне стоншення її стінок в центральній частині пухлини а по краю відмічається ущільнення її стінок в вигляді чіткого ободка склерозу кістки, що можна пояснити нашаруванням пошкоджених кісткових трабекул, віддалених експансивним ростом новоутвору до стінок щелепи.

Одонтоми частіше зустрічаються в осіб молодого віку. Переважно виникає на нижній щелепі в ділянці молярів. Частіше спостерігається у жінок.

Клініка одонтоми ростуть досить поволі, неболючі. Сформувавшись у визначеному віці їх ріст найчастіше зупиняється і вони не збільшуються в розмірах. В тому місці, де знаходиться пухлина, постійний зуб може бути відсутній. Якщо одонтома розміщена на місці проходження нерва, то її ріст супроводжується болючістю, що інколи симулює неврологічну симптоматику. Збільшуючись в розмірах, пухлина може проростати в кістку. При травмуванні одонтоми зубами – антогоністами виникає її інфікування і нагноєння з появою відповідної клінічної симптоматики.

Діагностика одонтоми є рентгенографія. Рентгенографічно слинні камені в підщелеповій залозі можуть симулювати одонтому нижньої щелепи. Для уточнення діагнозу необхідно провести рентгенографію м'яких тканин дна порожнини рота і при калькульозному субмаксиліті визначаємо більш точну локалізацію слинного каменя. Остеома по рентгенщільності може наближатися до одонтоми, але на відміну від останньої остеома менш щільна, більш гомогенна і в ній завжди відсутня смужка просвітлення по периферії пухлини (немає капсули)

Лікування заключається у видаленні одонтоми разом з капсулою. Залишена капсула може служити основою для подальшого росту пухлини. Під час видалення одонтоми великих розмірів може виникнути перелом н/щ. Для заповнення значного післяопераційного дефекту можна використовувати біоінертну або біоактивну кераміку, що значно стимулює регенераторні процеси в кістковій тканині. Одонтоми є м'яка і тверда.

М'яка (одонтома) – зустрічається рідко, являє собою щільноеластичне утворення, на розрізі світло-сіра, з окремими більш світлими ділянками. Росте повільно, поступово викликаючи вздуття щелепової кістки. Частіше спостерігається у молодих людей в період формування постійних зубів. Росте експансивно, але деколи має інфільтративний ріст, дає рецидиви після нерадикальних операцій. Можливі випадки переродження в саркому. Рентгенологічно подібна до адамантиноми. В пухлині можуть бути постійні зуби або їх зародки. Нерідко порушується кортикальний шар кістки.

Тверда одонтома – складається із твердих тканин зуба, пульпи, періодонту, має дуже різноманітну будову. Їй властиве невпорядковане розміщення тканини зуба (емаль, зверху дентина і зверху пульпи). Пухлина тверда, округла або неправильної форми, покрита капсулою із грубоволокнистої тканини. Є прості (із тканини 1 – го зубного зачатка), складні (включають тканини кількох зубів, деколи – сформовані зуби) і кістозні тверді одонтоми. Протікає безсимптомно, виявляється на рентгенограмі або при "прорізуванні" пухлини, коли слизова альвеолярного паростка під тиском пухлини звираковується, і на поверхні з'являється тверде кісткоподібне утворення, яке приймають за ретенований зуб. Можливе утворення норичь із незначними гнійними виділеннями. Тверда одонтома, досягнувши визначених розмірів, перестає рости, а в її ділянці завжди відсутні 1 або кілька зубів.

На рентгенограмі пухлина дає округлу тінь такої ж інтенсивності, як тканини зуба. Навколо пухлини видна капсула із вузької смужки, за якою йде зона склерозу кістки. Лікування: вишування з капсулою. Невеликі одонтоми без ускладнень можна не оперувати. Прогноз благоприятний

Цементома — пухлина, що являє собою щось середнє між cemento дисплазією та справжньою пухлиною. Деякі автори відносять до групи одонтом. Сполучнотканинна пухлина, побудована із тканини, подібної до цементу зуба. Частіше розвивається на нижній щелепі біля коренів зубів, або одного зуба.

Пухлина обмежена капсулою. Розвивається повільно, в клініці немає певних ознак. З ростом пухлини деформується щелепа, з'являються болі в зубах при жуванні і пальпації. Навколо пухлини може розвиватись запальний

процес. На рентген знімку визначається овальна чи неправильної форми однорідна щільна тінь навколо чи на деякій відстані від кореня зуба Рентгенологічна картина подібна до фіброзної дисплазії. Цементома складається з одної чи кількох кістозних порожнин, заповнених малоінтенсивною тканиною із вкрапленнями вапна, між якими смужки незміненої кісткової тканини. Інший тип рентгенологічних проявів чередування зон плямистого розрідження та незміненої чи ущільненої кісткової тканини з хаотичним вкрапленням звапнень.

Одонтогенна фіброма зустрічається досить рідко і є різновидом внутрішньо кісткових фібром щелеп. Походження її пов'язане із порушенням розвитку зубного зародка. При мікроскопії пухлини виявляються фіброзна тканина, серед якої містяться острівки клітин зубоутворюючого органу.

Розвивається повільно, неволюча, приводять до потовщення визначеної ділянки щелепи. Зуби в ділянці пухлини зміщуються, корені розсмоктуються. При пальпації щелепи визначається округле вибухання щільно-еластичної консистенції. Пухлина легко відділяється від оточуючої кісткової тканини. На зрізі вона сіро-білого кольору. Точний діагноз можливий лише при гістологічному дослідженні. Лікування: вишування з капсулою.

6. МАТЕРІАЛИ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ:

А. Завдання для самоконтролю:

- 1.1. Клініка пухлиноподібних утворень в кістках верхньої та нижньої щелеп.
- 1.2. Диференційна діагностика пухлиноподібних утворень в кістках верхньої та нижньої щелеп.

Б. Задачі для самоконтролю:

1. Хворий 25 років, скаржиться на наявність пухлини на нижній щелепі. Вважає себе хворим протягом останніх 7 місяців. При огляді відмічається вздуття щелепи на рівні 36,37,38 зубів, пухлина злегка горбиста, щільній консистенції. На рентгенограмі в боковій проекції нижньої щелепи визначається вогнище деструкції з чіткими контурами комірчастого характеру. При пункції пухлини одержана каламутна білісувата рідина.

Поставте попередній діагноз.

(Відповідь: адамантінома нижньої щелепи)

В. Матеріали для тестового контролю. Тестові завдання з одиничною правильною відповіддю (а=II):

1. Синонімом назви пухлини адамантиноми не може бути:

- A. Амелобластома.
- B. Бура пухлина.
- C. Багатокамерна кістома.
- D. Центральна багатокамерна кістома.
- E. Цистаденома.

(Правильна відповідь: B)

2. Де частіше локалізується адамантінома:

- A. На ділянці кута та гілки нижньої щелепи.
- B. На ділянці тіла нижньої щелепи.
- C. Біля бугра верхньої щелепи.
- D. У верхньощелепній пазусі.
- E. На піднебінні.

(Правильна відповідь: A)

3. Які рентгенологічні ознаки амелобластоми солідної форми:

- A. Різноманітна ступінь прозорості тіні.
- B. Чіткі кордони патологічного вогнища.
- C. Не чіткі кордони вогнища розрідження.
- D. Рівномірне розрідження кістки.
- E. Наявність періостальних реакцій – симптом "козирка".

(Правильна відповідь: D)

Г. Навчальні задачі 3-го рівня (нетипові задачі):

1. Чоловік 45 років звернувся зі скаргами на новоутворення на нижній щелепі. У стаціонарі була проведена проведена операція. Отримано наступний гістологічний опис: строма складається із сполучної тканини, паренхіми з епітеліальних тяжів з циліндричними і зірчастими клітинами.

Для якого утворення характерна така мікроскопічна картина?

(Відповідь: амелобластома нижньої щелепи)

7. ЛІТЕРАТУРА:

Основна література:

1. Бернадский Ю.И. Основы челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии.– Белмедкнига, Витебск, 1998.– 404 с.
 2. Бернадский Ю.И. Травматология и восстановительная хирургия челюстно-лицевой области. – Киев: Вища школа, 1999. – 389 с.
 3. Муковозов И.Н. Дифференциальная диагностика заболеваний челюстно-лицевой области. – Л.: Медицина, 1982.
 4. Общая онкология /Под ред. Н.П. Напалкова. – Ленинград: Медицина, 1989. – 648 с.
 5. Онкология /за ред. Білінського Б.Т., Стернюка Ю.М., Шпарика Я.В. – Львів: Медицина світу, 1998. – 272 с.
- Робустова Т.Г. Хирургическая стоматология. – М.: Медицина, 1990

Додаткова література:

1. Муковозов И.Н. Дифференциальная диагностика заболеваний челюстно-лицевой области. – М.: Медицина, 1982.
2. Пачес А.И. Опухоли головы и шеи. – М.: Медицина, 1983.
3. Рябухина Н.А., Удиришина Н.М. Рентгенодиагностика заболеваний челюстно-лицевой области. – М.: Медицина, 1991.
4. Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. – Киев: 2002. – 1022 с.

Міністерство охорони здоров'я України
Вищий державний навчальний заклад України
«Українська медична стоматологічна академія»

«Затверджено»
на засіданні кафедри
хірургічної стоматології
та щелепно-лицевої хірургії
з пластичною та реконструктивною
хірургією голови та шиї

Завідувач кафедри

д. мед. н. Аветіков Д.С.



МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ
ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ
ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ДО ПРАКТИЧНОГО
(СЕМІНАРСЬКОГО) ЗАНЯТТЯ

Навчальна дисципліна	Хірургічна стоматологія
Модуль №	3
Змістовний модуль №	3
Тема заняття	Одонтогенні епітеліальні кісти щелеп: радикарна, зубовміщуюча, парадентарна, первинна, фолікулярна, кіста прорізування, ясенева. Клініка, діагностика, диференційна діагностика, лікування.
Курс	IV
Факультет	Стоматологічний

1. АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ.

Одонтогенні епітеліальні кісти щелеп займають одну з великих проблем в стоматології. Для дослідження цієї проблеми важливо проаналізувати спостереження які стосуються не окремих випадків таких захворювань, а прослідкувати за їх особливостями на великій кількості хворих, які знаходилися на лікуванні в стоматологічних закладах.

2. КОНКРЕТНІ ЦІЛІ:

- 2.1. Аналізувати етіологічні фактори одонтогенних кіст щелеп.
- 2.2. Пояснювати клінічну картину одонтогенних кіст щелеп.
- 2.3. Запропонувати шляхи уникнення ускладнень під час лікування одонтогенних кіст щелеп.
- 2.4. Класифікувати одонтогенні кісти щелеп.
- 2.5. Трактувати дані рентгенологічних досліджень пацієнтів з одонтогенними кістами щелеп.
- 2.6. Малювати схеми рентгенологічної картини та локалізації одонтогенних кіст щелеп, оперативних втручань при цистотомії та цистектомії.
- 2.7. Проаналізувати переваги та недоліки різних остеопластичних матеріалів для заповнення дефектів щелеп після видалення одонтогенних кіст.
- 2.8. Скласти план обстеження та лікування пацієнта з одонтогенними кістами щелеп.

3. БАЗОВІ ЗНАННЯ, ВМІННЯ, НАВИЧКИ, НЕОБХІДНІ ДЛЯ ВИВЧЕННЯ ТЕМИ (міждисциплінарна інтеграція).

Назви попередніх дисциплін	Отримані навички
1. Анатомія людини.	Знати анатомію верхньої та нижньої щелепи, кровопостачання та іннервацію м'язів голови та шиї. Визначити анатомічну ділянку щелепно-лицевого регіону.
2. Гістологія та патоморфологія.	Знати гістологічну будову та морфологічну структура патологічно-змінених тканин. Розпізнавати патологічно змінені тканини. Вміти взяти матеріал для патоморфологічного дослідження.
3. Патологічна фізіологія.	Знати етіологію та патогенез захворювань, обмін речовин в патологічно змінених тканинах. Визначити етіологію та патогенез одонтогенних епітеліальних пухлин.
4. Загальна хірургія.	Знати методи обробки рук хірурга. Вміти накладати шви на тканини.

4. ЗАВДАННЯ ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ДО ЗАНЯТТЯ

4.1. Перелік основних термінів, параметрів, характеристик, які повинен засвоїти студент при підготовці до заняття:

Термін	Визначення
1. Кіста.	Це утворення з оболонкою та рідиною всередині.
2. Цистотомія.	Це розріз кісти.
3. Цистектомія.	Це видалення кісти.

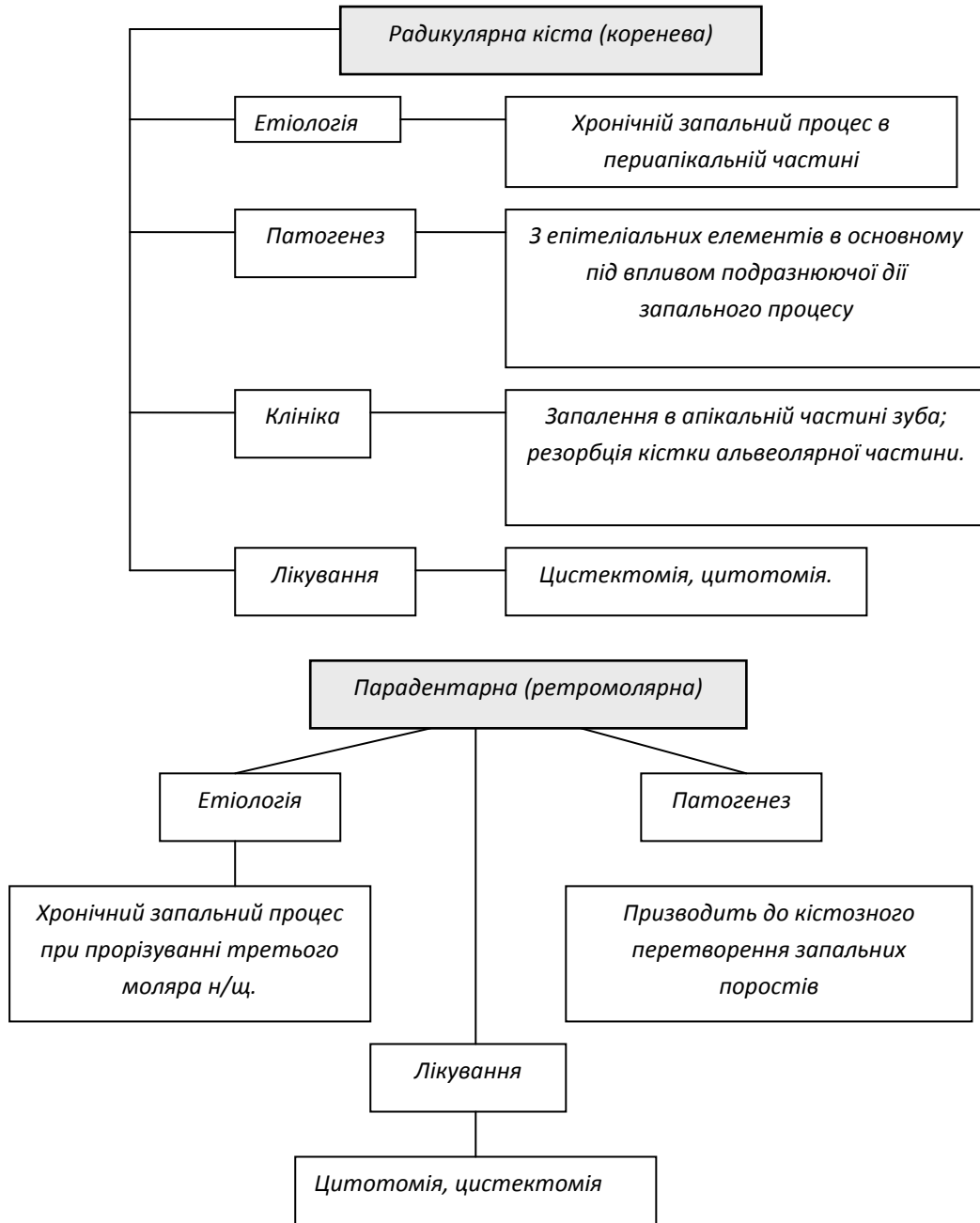
4.2. Теоретичні питання до заняття:

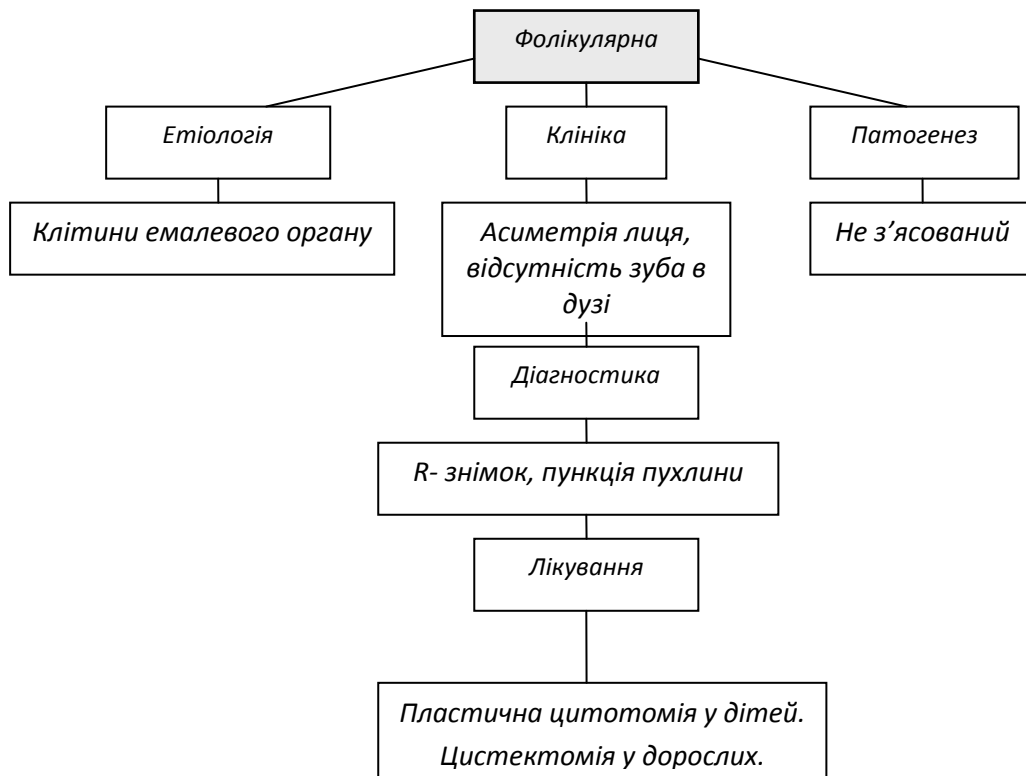
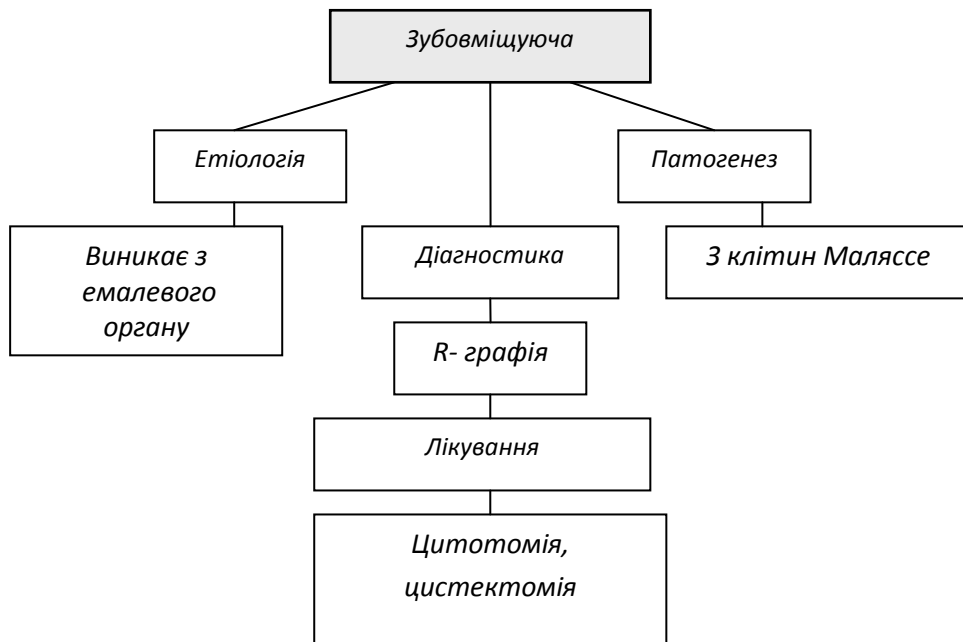
1. Дати загальну характеристику одонтогенним епітеліальним пухлинам.
2. Які пухлини ми відносимо до одонтогенних епітеліальних кіст щелеп.
3. Ускладнення, які виникають при одонтогенних епітеліальних кістах. Перерахувати їх.

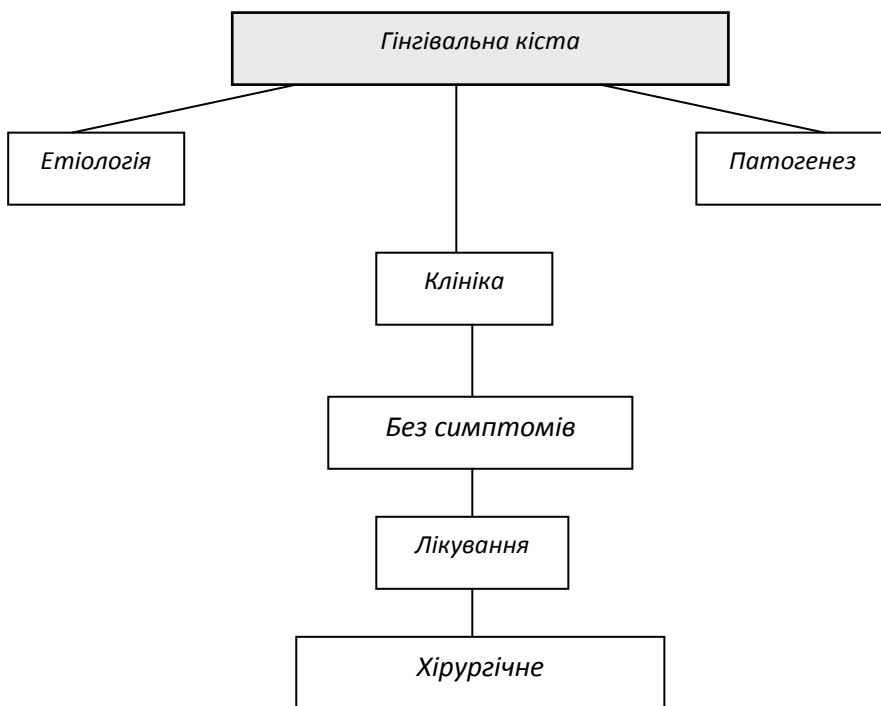
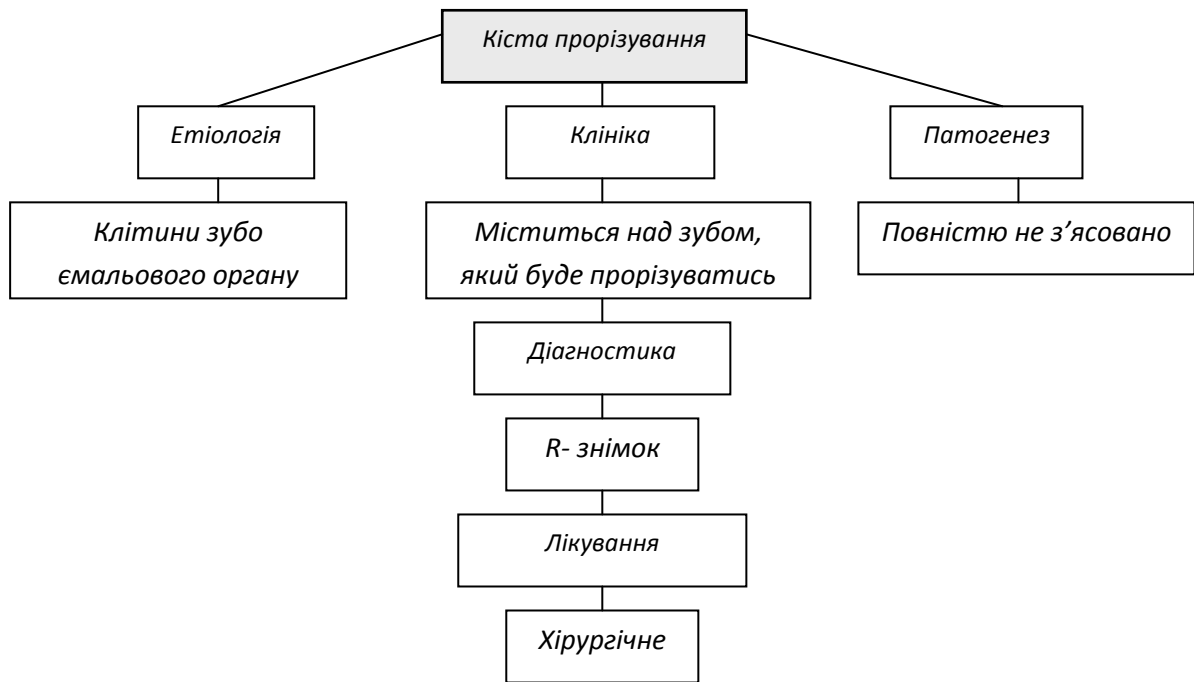
4.3. Практичні роботи (завдання), які виконуються на занятті:

1. Провести курацію хворого з одонтогенною кістою щелеп.
2. Підібрати інструментарій для проведення оперативного втручання цистотомії та цистектомії, вибрати оптимальний спосіб знеболення.

5. ЗМІСТ ТЕМИ:







Радикулярна кіста

Етіологія: причиною є запальний процес в щелепі білякореневої ділянці зуба.

Клініка:Росте повільно роками,безболісно довготривалий час не помітно для хворого. При збільшенні кісти за рахунок накопичення в ній продуктів розщеплення та трансудату з судин оболонки кісти.

При витонченні кістки відмічається признак «пергаментного хрусту» вперше описаний Дюпоитреном.В місцях повного розсасування кістки відмічається флюктуація.При аспірації вмісту кісти шприцем отримуємо рідину світло-жовтого кольору а іноді буроватого.В ній вміщається холестерин, який добре видно під мікроскопом, а при вісиханні прстим глазом. Розміри кісти різні з горошину і до курячого яйця.

Фолікулярна (білякоронкова) кіста

Походження кісти відбувається перша група в зв'язку з довготривалим хронічним запаленням біля коренів прорізавашихся молочних або постійних зубів. Друга група розвитком зубного фолікула,

Клінічна картина схожа з радикулярною кістою.Диференційна діагностика ґрунтується на даних рентгенівського знімку, в якій в порожнині знаходиться зуб який повністю сформований.

Ретромолярна (парадентарна) кіста

Розташовується в ділянці вугла нижньої щелепи.Походження їх пов'язане з хронічним запальним процесом в блязубних тканинах та утрудненим прорізуванням зуба мудрості.

Гінгівальна кіста – інша назва “залоза Серра”, “перлина Епштейна”. Частіше виявляється у дітей та в похилому віці. Перебіг без симптомів. Батьки дітей приймають її за передчасно прорізавашийся зуб. Об'єктивно у вигляді білісуватої, округлої, щільної, з перламутровим відтінком утворення. Не потребує спеціального лікування.

Одонтогенні пухлини, новоутворення та пухлиноподібні процеси відносяться до органоспецифічних та зустрічаються тільки у щелепних кістках. Гістогенез таких захворювань пов'язаний з тканинами з яких формується зуб.

Відповідно МКХО (серія № 5), одонтогенні пухлини діляться на наступні групи та окремі види новоутворень..

Диференційну діагностику проводять з кістозною формою адамантиноми, фолікулярною кістою, одонтогенною фібромою, м'якою одонтомою, гострим та хронічним гайморитом, абсцесом та флегмоною, раком та саркомою.

Лікування хірургічне. У 1892 і 1910 роках Партч запропонував дві методи – цистотомію (Партч – I) та цистоектомію (Партч – II).

Цистотомія використовується дуже рідко, суть її в тому, що із порожнини кісти створюється додаткова бухта порожнини рота. Ця операція показана при наявності кісти великих розмірів, видалення якої загрожує пораненням судин чи нервів, чи переломом нижньої щелепи. Крім того вона використовується у пацієнтів похилого віку, слабких хворих, у дітей з молочним прикусом . Її перевагами є простота, незначна травматизація, виключення можливості рецидиву. Недоліком цистотомії є тривалий термін наявності порожнини.

Цистоектомія – повне видалення оболонки кісти з подальшим зашиванням рани наглухо. Переваги операції в тому, що при ній відсутня необхідність тривалого післяопераційного догляду за раною. В можливості заскорення репаративних процесів.

Недоліками операції є випадкова травматизація судин та нервів, проникнення в гайморову порожнину, можливість рецидиву процесу, пошкодження сусідніх зубів.

6. МАТЕРІАЛИ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ:

А. Завдання для самоконтролю:

1. Схеми оперативного втручання при цистотомії та цистектомії.
2. Рентгенограми пацієнтів з одонтогенними кістами щелеп.
3. Фото пацієнтів з одонтогенними кістами щелеп.

Б. Задачі для самоконтролю:

1. При рентгенологічному обстеженні на рентгенограмі в проекції верхівки кореня 27 зуба спостерігається деструкція кісткової тканини круглої форми з чіткими рівними краями розміром 0,7x0,7 см.

Поставте діагноз.

(Відповідь: кістогранульома)

2. При огляді хворого виявлено деформацію альвеолярного відростка верхньої щелепи в межах 22,24 зубів. 23 зуб відсутній. Перехідна складка в межах цих зубів згладжена, слизова оболонка блідо-рожевого кольору, при пальпації щільної консистенції, не болюча. На рентгенограмі 22, 24 зубів відмічається деструкція кісткової тканини округлої форми з чіткими рівними кордонами. В проекції цієї деструкції знаходиться коронка зуба.

Поставте діагноз.

(Відповідь: фолікулярна кіста)

3. Чоловік 35 років звернувся зі скаргами на потовщення альвеолярного відростка верхньої щелепи. Попередній діагноз: радикальна кіста верхньої щелепи.

Що буде виявлено під час пункції альвеолярного відростка в області “потовщення” у пункті?

(Відповідь: жовтувата рідина)

В. Матеріали для тестового контролю. Тестові завдання з одиничною правильною відповіддю (α=II):

1. Яку назву має ясенева кіста в інших джерелах?

A. «Перлина Епштейну».

B. Адамантинома.

C. Періостальна кіста.

D. Парадентарна кіста.

E. Фолікулярна кіста.

(Правильна відповідь: A)

2. Коли з'являється парадентарна кіста?

A. В похилому віці.

B. В молодому віці.

C. На беззубій щелепі.

D. У немовлят.

E. У підлітків.

(Правильна відповідь: B)

3. Кісти прорізування клінічно знаходяться:

A. На апікальній частині зуба.

B. Між зубами.

C. Під зубом.

D. В тілі щелепи.

E. В гілці щелепи.

(Правильна відповідь: C)

Г. Навчальні задачі 3-го рівня (нетипові задачі):

1. У пацієнта К., 34 років, встановлено діагноз радикальна кіста верхньої щелепи, що проросла в гайморову пазуху.

Як називається оперативне втручання при цій патології?

(Відповідь: радикальна гайморотомія за Калдвелом-Люком)

2. В клініку звернулася мама немовляти 6 місяців. У дитини встановлено діагноз – ясенева кіста.

Яка тактика лікаря?

(Відповідь: пояснити мамі, що патологія не потребує лікування)

3. В пацієнта, 34 років, виявлено парадентарну кісту кута нижньої щелепи зліва до 5 см в діаметрі.

Яке можливе ускладнення під час її видалення?

(Відповідь: перелом нижньої щелепи)

7. ЛІТЕРАТУРА:

Основна література:

1. Бернадський Ю.Й. Основи щелепно-лицевої хірургії і хірургічної стоматології. К. Спалах, 2003.- 512 с.

2. Маланчук В.О., Копчак А.В. Доброякісні пухлини та пухлиноподібні ураження щелепно-лицевої ділянки та шиї / Навчальний посібник. – К.: Видавничий дім «Асканія», 2008. – 320 с.

3. Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии: В 2-х томах. / Под ред. В.М.Безрукова, Т.Г.Робустовой. - Изд. 2-е, перераб. и доп. - М.: Медицина, 2000. - 776 с.

4. Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. - К.: Червона Рута-Турс, 2004. - 1061 с.

5. Хирургическая стоматология в схемах и таблицах: Учеб. пособие для студентов и врачей-интернов / Г.П.Рузин, А.А. Дмитриева - Харьков: ХГМУ, 2001. - 108 с.

6. Хирургическая стоматология: Учебник / Под ред.Т.Г. Робустовой. - М.: Медицина, 1999. - 576 с.

Додаткова література:

1. Губайдулина Е.Я., Цегельник Л.Н. Опухоли, опухолеподобные поражения и кисты лица, органов полости рта, челюстей и шеи // Хирургическая стоматология . - М.: Медицина, 1996. - С.512-624.

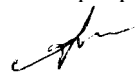
2. Коротный Д.Л. Зубные кисты: Казахстан, Алма-Ата, 1972. - 141 с. Солнцев А.М., Колесов В.С. Кисты челюстно-лицевой области и шеи. - К., 1982. - 96 с.

Міністерство охорони здоров'я України
Вищий державний навчальний заклад України
«Українська медична стоматологічна академія»

«Затверджено»
на засіданні кафедри
хірургічної стоматології
та щелепно-лицевої хірургії
з пластичною та реконструктивною
хірургією голови та шиї

Завідувач кафедри

д. мед. н. Аветіков Д.С.



МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ
ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ
ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ДО ПРАКТИЧНОГО
(СЕМІНАРСЬКОГО) ЗАНЯТТЯ

Навчальна дисципліна	Хірургічна стоматологія
Модуль №	3
Змістовний модуль №	3
Тема заняття	Первинна кісткова остеогенна пухлина остеобластокластома. Остеогенні кісткові пухлини: остеома, остеодостома, хондрома, остеохондрома, фіброостеома. Клініка, діагностика, диференційна діагностика, лікування.
Курс	IV
Факультет	Стоматологічний

1. АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ.

Доброякісні остеогенні пухлини - досить часта патологія щелепно-лицевої ділянки. Локалізація, форма, структура, перебіг і розміри різноманітні. В залежності від їх структурних особливостей, локалізації, форми, віку хворих рекомендується те чи інше лікування. Знання усіх видів та морфологічних форм остеогенних пухлин дозволить студентам правильно діагностувати їх та призначити відповідне лікування.

2. КОНКРЕТНІ ЦІЛІ:

- 2.1. Аналізувати розповсюдженість кісткових пухлин обличчя.
- 2.2. Пояснювати причини виникнення остеогенних новоутворень щелепно-лицевої ділянки
- 2.3. Запропонувати нові підходи в діагностиці доброякісних пухлин голови та ший.
- 2.4. Класифікувати остеогенні доброякісні пухлини щелепно-лицевої ділянки.
- 2.5. Тракувати дані рентгенологічних та патоморфологічних досліджень остеогенних пухлин голови та ший.
- 2.6. Малювати схеми обстеження пацієнтів з остеогенними пухлинами щелепно-лицевої ділянки.
- 2.7. Проаналізувати вірогідність малігнізації остеогенних пухлин голови та ший.
- 2.8. Скласти план обстеження та лікування хворих з остеогенними пухлинами щелепно-лицевої ділянки.

3. БАЗОВІ ЗНАННЯ, ВМІННЯ, НАВИЧКИ, НЕОБХІДНІ ДЛЯ ВИВЧЕННЯ ТЕМИ (міждисциплінарна інтеграція).

Назви попередніх дисциплін	Отримані навички
1. Анатомія людини.	Знати анатомію щелепно-лицевої ділянки, кровопостачання та іннервацію м'язів голови та ший. Визначити анатомічну ділянку щелепно-лицевого регіону.
2. Гістологія та патоморфологія.	Знати гістологічну будову та морфологічну структура патологічно-змінених тканин. Розпізнавати патологічно змінені тканини. Вміти взяти матеріал для патоморфологічного дослідження.
3. Патологічна фізіологія.	Знати етіологію та патогенез захворювань, обмін речовин в патологічно змінених тканинах. Визначити етіологію та патогенез остеогенних пухлин голови та ший.
4. Загальна хірургія.	Знати методи обробки рук хірурга. Вміти накладати шви на тканини.

4. ЗАВДАННЯ ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ДО ЗАНЯТТЯ

4.1. Перелік основних термінів, параметрів, характеристик, які повинен засвоїти студент при підготовці до заняття:

Термін	Визначення
1. Остеогенний.	Це той, що походить з кісткової тканини.
2. Хондрогенний.	Це той, що походить з хрящової тканини.
3. Бура пухлина.	Це остеобластокластома.

4.2. Теоретичні питання до заняття:

1. Етіологія та патогенез остеогенних пухлин ЩЛД.
2. Класифікація остеогенних пухлин голови та ший.
3. Клінічна картина остеобластокластоми та остеогенних кісткових пухлин.
4. Діагностика та диференційна діагностика остеобластокластоми та остеогенних кісткових пухлин.
5. Лікування остеобластокластоми та остеогенних кісткових пухлин ЩЛД.

4.3. Практичні роботи (завдання), які виконуються на занятті:

1. Курація хворих з остеогенними пухлинами щелепно-лицевої ділянки.

2. Трагування рентгенограм та результатів патоморфологічних досліджень хворих з остеогенними пухлинами щелепно-лицевої ділянки.

5. ЗМІСТ ТЕМИ:

Остеобластокластома - доброякісна пухлина, що пошкоджує різноманітні кістки скелета. Термін «гігантоклітинна пухлина» запропонував Бледгуд (1912), Стоарт (1922) назвав її «остеокластоною», А.В.Русаков (1924) – «остеобластокластоною» у відповідності з клітинним складом, який її утворює. На сьогодні її вважають істинною пухлиною, яка, за даними клініки хірургічної стоматології ММСІ, складає 30% всіх кісткових новоутворень. Жінки хворіють у 2 рази частіше.

Початкова симптоматика непомітна, але з часом виникає набухання ділянки щелепи, рухомість зубів у межах пухлини, спостерігається асиметрія обличчя. Пухлина збільшується повільно, безболісно.

Рентгенологічно визначають три різновиди пухлини – коміркову, яка нагадує амелобластоми, кістозну, літичну форму, притаманну дітям та людям молодого віку. Для останньої форми характерна безструктурна ділянка розрідження з руйнуванням кортикального прошарку щелепи. На рентгенограмі вона нагадує саркому.

Для морфологічної верифікації проводять пункцію новоутворення. Пунктат являє собою кров'янисто-буру рідину, в якій відсутній холестерин. Цитологічне дослідження виявляє для пухлини типову картину клітинного складу. В сумнівних випадках проводять біопсію.

Макроскопічно пухлина представлена м'якотканними новоутворенням з розгалуженою сіткою кровоносних судин, які кровоточать.

Лікування – видалення пухлини в межах здорових тканин. При наявності показань резекцію проводять одномоментно з кістковою пластикою.

Прогноз для життя обнадійливий.

Остеома – доброякісна пухлина з кісткової тканини. В залежності від структури, розрізняють губчасті та компактні остеоми. Вони можуть мати периферичне і центральне розташування. Периферичні (зовнішні) остеоми макроскопічно нагадують собою горбкуваті екзостози. Центральні або внутрішні остеоми розташовані в кістці щелеп. Остеоми щелеп порівняно докладно описані в літературі і являють собою найбільш вивчену групу первинних пухлин щелепних кісток. Частіше зустрічаються на язиковій поверхні нижньої щелепи та в навколоносових пазухах, а також в ділянці верхніх щелеп, лобній пазусі, гратчастому лабіринті, основній кістці.

Клініка остеом мало виражена. Порівняно з іншими пухлинами щелепних кісток остеоми ростуть повільно, протягом багатьох років, а то і десятиліть. Розвиваючись з кістки щелепи, остеоми викликають поступове потовщення відповідної ділянки, приводячи до деформації щелепи, естетичних та функціональних порушень. Не дивлячись на великі розміри пухлина не викликає хворобливих проявлень. Симптоматика визначається локалізацією, розмірами та напрямком росту пухлини. Так, остеоми верхньої щелепи, що ростуть у її порожнину, можуть викликати екзофтальм, невралгію 1 гілки трійчастого нерву, слъзотечу, діпловію, звуження поля зору, зниження гостроти зору, асиметрію обличчя. Можуть спостерігатися явища застою на дні ока у зв'язку з тиском на нерв. Рінологічні симптоми виникають внаслідок закриття вивідних отворів додаткових порожнин носа і накопичення в них секрету, що призведе до утворення мукоцеле.

Остеоми щелепних кісток можуть викликати також порушення жувальної функції, а у випадку росту пухлини в ніс – порушення дихання.

При рості в лобну пазуху виникає атрофія її перегородки, пухлина заповнює обидві пазухи і тільки тоді може викликати узуру однієї із стінок. Розташовуючись у гратчастому лабіринті, остеома проростає в орбіту.

Остеома лобної кістки та гратчастого лабіринту при проростанні в передню черепну ямку може перфоровати тверду мозкову оболонку. Виникають ускладнення у вигляді абсцесу головного мозку та менінгіту. Рентгенологічна картина остеом залежить від їх будови та локалізації. Розташовуючись зовні від кістки, остеоми на рентгенограмі мають вигляд кулеподібного кісткового утворення, обмеженого по периферії кортикальною пластинкою, що є продовженням кортикальної пластинки щелепи. Остеоми мають губчасту або компактну будову. Пухлина розташована на ніжці або на широкій основі. В навколоносових пазухах, зокрема у верхньощелепних, остеома являє собою кулястої форми щільне кісткове утворення на ніжці.

При діагнозі остеом, у випадку її безсимптомності перебігу, хворий повинен знаходитись під динамічним наглядом з оглядом вповодж кожних 6 місяців. Оперативне втручання виконують лише при наявності патологічних симптомів, викликаних ростом остеом.

Синдром Гарднера – спадковий симптомокомплекс, що проявляється численними остеомами лицевих плоских та трубчастих кісток, дифузний поліпоз прямої та поперечної ободочної кишки, пухлинами м'яких тканин (ліпоми, фіброми, епітеліальні кісти). Зустрічаються також зверхкомплектні зуби, одонтоми. Враховуючи можливість малігнізації поліпів товстого кишечника, проводять диспансерне спостереження.

Гістологічне вивчення остеом показало, що кісткова речовина компактних остеом на має типових остеїдних структур і містить у собі невелику кількість вузьких центральних кісткових каналців.

Губчаста остеома побудована із сітки, розташованих нерегулярно кісткових трабекул з різним ступенем зрілості. Між трабекулами спостерігається клітинно-волокниста тканина. За своєю будовою губчаста остеома відповідає губчастій кістці, але відрізняється від нею відсутністю регулярного розташування кісткових балок. Губчасті остеомы розташовуються в щелепах частіше ніж компактні.

Діагностика. Губчасті остеомы частіше всього необхідно диференціювати з фіброзною дисплазією, що іноді навіть при гістологічному дослідженні зробити важко. Останні відрізняються від остеом переважаною більшістю фіброзної остеогенної тканини і невеликою кількістю примітивних кісткових трабекул. Крім того, при диференційній діагностиці слід мати на увазі реактивні гіперостози непухлинного походження та осифікуючий міозит.

Прогноз при остеомах сприятливий, пухлина не набуває злоякісного характеру.

Лікування остеом тільки хірургічне. Оскільки остеомы мають дуже повільний, роками, доброякісний, безсимптомний перебіг, хворі не потребують спеціального лікування. Операція показана лише у тих випадках, коли виникають естетичні або функціональні порушення. Оперативне втручання включає висічення пухлин у межах здорової кістки.

Остеїд-остеома.

Під час рентгенологічного дослідження хворих з невралгією трійчастого нерва та іншими больовими синдромами обличчя у кістці нижньої щелепи іноді, виявляються поодинокі осередки ущільнення кулястої форми діаметром не більше 1 см. Після видалення такого осередку болі зникають. На відміну від пухлини кісток остеїд-остеома щелепних кісток спостерігаються, як правило, у людей більш зрілого віку.

Клінічна картина. Хворі скаржаться на біль. Але при ураженні щелеп цей симптом властивий не тільки остеїд-остеоми. Скарги хворих з остеїд-остеоми нижньої щелепи однотипні. При відсутності деформації болі мають локальний характер, ниючий, крутячий або колючий, то постійний, то приступоподібний з короткими ремісіями. Частіше болі найбільш інтенсивні вночі. Ці болі не виникають раптово, настає поступове нашарування різноманітних мало виражених відчуттів, які з часом переходять в чітко виражений больовий синдром. Нерідко болі посилюються під час їди, особливо при локалізації пухлини у кортикальному шарі альвеолярної частини нижньої щелепи. Механізм болі при остеїд-остеоми пов'язують із склерозом навколишньої кісткової тканини, у ділянці пухлини. Інші автори вважають, що біль є результатом реактивного склерозу кістки та запальних змін окістя. При розташуванні остеїд-остеоми в губчастім прошарку слизова оболонка альвеолярного відростку та навколишніх м'яких тканин нижньої щелепи не має зовнішніх змін. При локалізації у кортикальному прошарку альвеолярної частини та рівні розташування остеїд-остеоми можна спостерігати незначне почервоніння слизової оболонки. При пальпації ділянки ураження визначається нерізко виражена припухлість.

Рентгенологічна картина остеїд-остеоми нижньо-щелепної кістки характерна, особливо в пізніх стадіях хвороби. В нижній щелепі пухлина, як правило, розташовується в її бокових відділах, уражаючи кортикальний прошарок або губчасту речовину. На початкових стадіях хвороби остеїд-остеома на рентгенограмах виявляється у вигляді нечіткого, неправильного, кулеподібної форми осередку деструкції діаметром 0,5 – 1 см в кістковій тканині альвеолярної частини або тіла нижньої щелепи. Навколо осередку деструкції навколишня кістка склерозована.

Мікроскопічна картина в різні періоди розвитку остеїд-остеоми різна. На початку захворювання пухлина складається з мезенхімальної тканини, дуже багата клітинами та судинами і має остеопластичну функцію. Серед одноядерних клітин типу остеобластів, оточуючих остеїдну речовину, іноді зустрічаються багатоядерні клітини типу остеокластів. Пізніше, по мірі

розвитку хвороби, ділянка остеїдної тканини, так зване “гніздо”, обвапнюється і перетворюється в утворення, що складається з густо переплетених, грубих кісткових балок, а в кінцевих стадіях процесу має вигляд остеоми.

Лікування остеїд-остеоми хірургічне. Виділяють гніздо пухлини із склеротичними ділянками навколишньої тканини. Можливі рецидиви.

Хондрома.

Це доброякісна пухлина, яка характеризується утворенням зрілого хряща. Локалізується найчастіше у передньому відділі верхніх щелеп у вигляді ізольованого солітарного вузла. Рідкісні випадки – утворення пухлини на нижній щелепі. Є два види хондроми: енхондрома – розташована центрально в глибині щелепи та екхондрома – периферично, періостально або юкстакортикально, що росте за межі щелепи. Росте хондрома повільно. Периферична форма проявляється у вигляді бугристого, щільного на дотик, безболісного утворення зв’язаного з кісткою, межі чіткі. Енхондрома розвивається непомітно в глибині кістки, призводить до рухливості та зміщення зубів у різні боки. Діагностується значно пізніше, коли пухлина, зруйнувавши кістку, проростає назовні. Слизова оболонка не змінюється. При довготривалому існування можливе перетворення хондроми в злоякісну хондросаркому.

Рентгенологічно хондрома не завжди має чітку характерну картину, що пов’язано з її неоднорідною структурою і тим, що вона нашаровується на інші кісткові утворення верхньої щелепи. Рентгенологічно: вогнище деструкції кісткової тканини з чіткими межами, є ділянки ущільнення та розрідження кісткової тканини.

Діагноз. Диференціюють хондрому від остеофіброми, амелобластичної фіброми. Макроскопічно хондрома має вигляд хрящового утворення щільної консистенції з ділянками міксоматозу та некрозу. Мікроскопічно вона складається з гіалінового хряща, в якому нерівномірно розташовані хрящеві клітини. Відсутність поліморфізму та мітозів відрізняє її від хондросаркоми.

Лікування. Оперативне.

Прогноз. Для життя сприятливий в разі своєчасного видалення пухлини.

Остеохондрома (кістково-хрящевий екзостоз). Це доброякісне утворення, покрите хрящем, локалізується на суглобній голівці нижньої щелепи. Описують його під різноманітними назвами: гіпертрофія, гіперплазія, остеома суглобної голівки. Зустрічається рідко, складає 3,4 % серед кісткових новоутворень.

У початковому періоді захворювання виникають хрускіт або неприємні відчуття в ділянці одного скронево-нижньощелепного суглоба. Поступово (протягом 1-2 років) розвивається і наростає деформація обличчя за рахунок зсуву нижньої щелепи в неуразену сторону, відзначається вибухання кісткового характеру в ділянці ураженого суглоба, не пов’язане зі шкірою, безболісне, обмежене. Порушується прикус, стають утрудненими відкушування і пережовування їжі. При відкриванні рота зміщення щелепи збільшується. На рентгенограмі в прямій і бічній проекціях визначають деформацію і збільшення голівки нижньої щелепи за рахунок пухлини кісткового характеру.

Диференціальну діагностику проводять з остеоартрозом, вивихом нижньої щелепи, іншими пухлинами суглобового відростка.

Лікування. Резекція частини голівки нижньої щелепи з новоутворенням.

Прогноз для життя сприятливий.

Фіброостеома (осифікуюча фіброма) – це доброякісна пухлина, зустрічається тільки в щелепних кістках. Клінічно та рентгенологічно вона схожа з фіброзною дисплазією. Відрізняється від неї тільки чіткими межами і наявністю капсули. Раніше вона розглядалась як осередкована форма фіброзної дисплазії. Фіброостеому диференціюють від десмопластичної фіброми, амелобластичної фіброми, доброякісної цементобластоми.

Лікування - видалення пухлини з капсулою.

Прогноз для життя сприятливий.

6. МАТЕРІАЛИ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ:

А. Завдання для самоконтролю:

1. Фото хворих з остеогенними пухлинами ЩЛД.
2. Рентгенограми хворих з остеогенними пухлинами щелепно-лицевої ділянки.

Б. Задачі для самоконтролю:

1. Чоловікові 48 років під час санації порожнини рота зроблений рентгенівський знімок нижньої

щелепи. Виявлена деструкція кісткової тканини з рівними чіткими межами в ділянці кута нижньої щелепи, не пов'язана з коренями зубів. При діагностичній пункції отриманий екссудат коричневого кольору, без кристалів холестерину.

Який попередній діагноз?

(Відповідь: остеобластокластома)

2. Хвора 35 років скаржиться на біль в зубах та утовщення тіла нижньої щелепи. Об'єктивно: лице хворої асиметричне за рахунок утовщення нижнього відділу лівої щоки. 36 зуб відсутній. Коронки 35 і 37 конвергують. Ліва половина тіла нижньої щелепи веретеноподібно вздута, пальпаторно - досить тверда, поверхня її гладка, безболісна. На рентгенограмі лівої половини нижньої щелепи в ділянці тіла - зона деструкції у вигляді багатьох дрібних колоподібних порожнин, відокремлених одна від одної кістковими перемичками. малюнок має дрібноячеїстий характер. Корені 35, 36 зубів резорбовані на 1/3 своєї довжини. При пункції – рідина бурого кольору.

Який найбільш імовірний діагноз?

(Відповідь: остеобластокластома тіла нижньої щелепи)

3. Хворий 24 років, скаржиться на пухлину, що збільшується, в ділянці тіла нижньої щелепи справа. Хворіє протягом 5 місяців. При огляді: в ділянці кута нижньої щелепи є здуття. Регіонарні лімфатичні вузли не збільшені. На рентгенограмі визначається деструкція кісткової тканини на рівні 46, 47, 48 зубів і в ділянці гілок, із чіткими контурами, у вигляді окремих порожнин з кістковими перегородками. Корені 46, 47, 48 зубів резорбовані.

Поставте попередній діагноз.

(Відповідь: остеобластокластома нижньої щелепи праворуч)

В. Матеріали для тестового контролю. Тестові завдання з одиничною правильною відповіддю (α=II):

1. При пункції остеобластокластоми отримують.

A. Жовтувату рідину.

B. Кров.

C. Буру рідину.

D. Прозору рідину.

E. Гнійний екссудат.

(Правильна відповідь: C)

2. Які кістки лицевого скелету частіше вражає хондрома?

A. Кістки носу.

B. Нижню щелепу.

C. Верхню щелепу.

D. Лобні кістки.

E. Виличні кістки.

(Правильна відповідь: C)

3. Де локалізується остеохондрома?

A. Шийні хребці.

B. Піднебінний шов.

C. Голівка СНЦС.

D. Носова перетинка.

E. Орбіта.

(Правильна відповідь: C)

Г. Навчальні задачі 3-го рівня (нетипові задачі):

1. На рентгенограмі у хворої виявлено вогнище деструкції кісткової тканини тіла нижньої щелепи розмірами 3x5 см в вигляді великої кількості малих порожнин різної величини та форми, що розділені перегородками. Під час пункції пухлини отримано буру рідину. Встановлено діагноз остеобластокластома.

Яка форма остеобластокластоми?

(Відповідь: коміркова)

2. Хвора П., 44 р. звернулася зі скаргами на припухлість обличчя в області нижньої щелепи справа, та рухомість зубів. М'які тканини не змінені, регіонарні лімфатичні вузли не пальпуються. Альвеолярний відросток та тіло нижньої щелепи в ділянці 46, 47, 48 зубів потовщені, при пальпації безболісне, горбисте, зуби в ділянці потовщення рухомі. При пункції було отримано

рідину бурого відтінку без кристалів холестерину.

Поставте попередній діагноз.

(Відповідь: остеобластокластома)

3. Жінка 56-ти років звернулася зі скаргами на безболісне новоутворення на альвеолярному гребні верхньої щелепи зліва. Під час огляду: на ясні в ділянці премалярів яскраво-червона пухлина, що розташована по оба боки альвеолярного гребня, пухлина на широкій основі, щільно-еластичної консистенції, безболісна.

Який найбільш вірогідний діагноз?

(Відповідь: периферійна остеобластокластома)

7. ЛІТЕРАТУРА:

Основна література:

1. Бернадський Ю.Й. Основи щелепно-лицевої хірургії і хірургічної стоматології. К. Спалах, 2003.- 512 с.

2. Маланчук В.О., Копчак А.В. Доброякісні пухлини та пухлиноподібні ураження щелепно-лицевої ділянки та шиї / Навчальний посібник. – К.: Видавничий дім «Асканія», 2008. – 320 с.

3. Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии: В 2-х темах. / Под ред. В.М.Безрукова, Т.Г.Робустовой. - Изд. 2-е, перераб. и доп. - М.: Медицина, 2000. – 776 с.

4. Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. - К.: Червона Рута-Турс, 2004. - 1061 с.

5. Хирургическая стоматология в схемах и таблицах: Учеб. пособие для студентов и врачей-интернов / Г.П.Ружин, А.А. Дмитриева - Харьков: ХГМУ, 2001. - 108 с.

6. Хирургическая стоматология: Учебник / Под ред.Т.Г. Робустовой. - М.: Медицина, 1999. - 576 с.

Додаткова література:

1. Губайдулина Е.Я., Цегельник Л.Н. Опухоли, опухолеподобные поражения и кисты лица, органов полости рта, челюстей и шеи // Хирургическая стоматология . - М.: Медицина, 1996. – С.512-624.

Міністерство охорони здоров'я України
Вищий державний навчальний заклад України
«Українська медична стоматологічна академія»

«Затверджено»
на засіданні кафедри
хірургічної стоматології
та щелепно-лицевої хірургії
з пластичною та реконструктивною
хірургією голови та шиї

Завідувач кафедри

д. мед. н. Аветіков Д.С. 

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ
ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ
ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ДО ПРАКТИЧНОГО
(СЕМІНАРСЬКОГО) ЗАНЯТТЯ

Навчальна дисципліна	Хірургічна стоматологія
Модуль №	3
Змістовний модуль №	3
Тема заняття	Пухлиноподібні ураження щелеп: фіброзна дисплазія, херувізм, хвороба Енгля-Реклінгаузена, хвороба Педжета, еозинофільна гранульома. Клініка, діагностика, диференційна діагностика, лікування.
Курс	IV
Факультет	Стоматологічний

1. АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ.

Пухлино подібні ураження щелеп є досить мало поширеною патологією щелепно-лицевої ділянки, що однаково часто зустрічаються у чоловіків та жінок різного віку. Дана група захворювань має різноманітну, часто схожу клінічну картину, що потребує ґрунтовних знань майбутніх лікарів питань їх етіології, клініки, діагностики та лікування.

2. КОНКРЕТНІ ЦІЛІ:

- 2.1.Аналізувати спільність виникнення пухлиноподібних уражень щелеп.
- 2.2.Пояснювати особливості клінічного перебігу пухлиноподібних уражень щелеп.
- 2.3.Запропонувати нове бачення розповсюженості пухлиноподібних уражень щелеп.
- 2.4.Класифікувати пухлиноподібні ураження щелеп.
- 2.5.Трактувати дані рентгенографії, цитограм та даних гістологічного дослідження при пухлиноподібних ураженнях щелеп.
- 2.6.Малювати схеми обстеження хворих з пухлиноподібними ураженнями щелеп.
- 2.7.Проаналізувати особливості диференційної діагностики пухлиноподібних уражень щелеп.
- 2.8.Скласти план обстеження та лікування хворих з пухлиноподібними ураженнями щелеп.

3. БАЗОВІ ЗНАННЯ, ВМІННЯ, НАВИЧКИ, НЕОБХІДНІ ДЛЯ ВИВЧЕННЯ ТЕМИ (міждисциплінарна інтеграція).

Назви попередніх дисциплін	Отримані навички
1. Нормальна анатомія.	Знати будову кісток лицевого скелету.
2. Гістологія.	Знати гістологічну будову кісток лицевого скелету.
3. Патологічна анатомія.	Знати патологоанатомічну характеристику пухлино подібних уражень щелеп та спосіб забору матеріалу для патогістологічного дослідження.
4. Топографічна анатомія та оперативна хірургія.	Знати топографічну анатомію щелепно-лицевої ділянки. Принципи оперативних доступів до різних відділів щелепно-лицевої ділянки. Вміти поставити топічний діагноз. Орієнтуватися у виборі оперативних доступів при лікуванні пухлиноподібних уражень щелеп.

4. ЗАВДАННЯ ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ДО ЗАНЯТТЯ

4.1. Перелік основних термінів, параметрів, характеристик, які повинен засвоїти студент при підготовці до заняття:

Термін	Визначення
1. Остеодистрофія.	Це порушення структури кістки.
2. Хвороба Педжета.	Це деформуюча остеодистрофія.
3. Деформація.	Це зміна форми органа.

4.2. Теоретичні питання до заняття:

1. Анатомія кісток лицевого скелету.
2. Ембріогенез та гістологічна будова кісток обличчя.
3. Теорії походження пухлиноподібних уражень щелеп.
4. Гістологічні та клінічні класифікації пухлиноподібних уражень щелеп.
5. Клінічна картина пухлиноподібних уражень щелеп.
6. Діагностика та диференційна діагностика пухлиноподібних уражень щелеп.
7. Методи лікування доброякісних пухлин та кіст слинних залоз.
8. Прогноз та ускладнення під час та після лікування пухлиноподібних уражень щелеп.

4.3. Практичні роботи (завдання), які виконуються на занятті:

- 1.Описати рентгенограми хворих з пухлиноподібними ураженнями щелеп.
- 2.Повести практичний тренінг з курації хворих з пухлиноподібними ураженнями щелеп (ролева гра "Лікар-пацієнт").

5. ЗМІСТ ТЕМИ:

ФІБРОЗНА ДИСПЛАЗІЯ

Вперше фіброзну остеодисплазію виділив В.Р. Брайцев в 1927 р., коли він представив чіткий опис морфологічної картини захворювання. До цього фіброзна дисплазія описувалася під різними назвами, частіше всього як фіброзна остеодистрофія, одностороння фіброзна остеодистрофія, фіброкістозна хвороба, фіброостеома та ін. У 1938 р. Lichtenstein підтвердив дослідження В.Р. Брайцева, і тому тепер цей процес іменується як пухлина Брайцева-Ліхтенштейна.

У класифікації А.А. Колесова фіброзна дисплазія віднесена до розряду остеогенних пухлиноподібних утворень, а Т.П. Виноградової — до доброякісних пухлин.

За даними щелепний-лицьової клініки Московського медичного стоматологічного інституту (А.А. Колесов, 1964), фіброзна дисплазія зустрічається у 7.8% хворих з ураженням щелеп пухлинами і пухлиноподібними утвореннями.

Патогенез остаточно не з'ясований. На думку В.Р. Брайцева (1927), Lichtenstein (1938, 1942), Jaffe (1942), в основі фіброзної остеодисплазії лежить порушення нормального процесу кісткоутворення, що полягає в тому, що на певній стадії розвитку мезенхіма диференціюється не в кісткову тканину, а у фіброзну.

Клініка. Захворювання виявляється частіше всього в дитячому і юнацькому віці, рідко — у дорослих. Протікає протягом довгого часу приховано. Лише в поодиноких хворих зустрічаються больові відчуття. Нерідко захворювання виявляється в перші роки життя. У дітей спостерігаються випадки бурхливого, а також циклічного перебігу. Фіброзна дисплазія зустрічається в 3-4 рази частіше у жінок, чим у чоловіків. Частіше всього виявляється у вигляді монооссального або ж одностороннього поліоссального захворювання. Крім ураження діафізарних відділів трубчастих кісток, стегна, великоберцевої кістки, а також плечових, променевих кісток, локалізується в скелеті обличчя і мозкового черепа. На кінцівках проявляється болем, здуттям, деформацією або укороченням, кульгавістю. Кісткові розростання в мозковому і лицьовому черепі бувають односторонніми і тому спричиняють значну асиметрію обличчя. Улюбленої локалізації фіброзної дисплазії в щелепах немає. Сформований осередок на щелепі виглядає як кісткове здуття або нерівномірна горбистість кістки. Якщо «пухлина» локалізується біля краю орбіти, з'являється симптом випинання очного яблука з деформованою і звуженою очної ямки. Це призводить до одностороннього «левого» спотворення черепа. На нижній щелепі у дітей може мати місце як дифузне ураження всієї щелепи, так і ізольоване залучення в процес лише однієї суглобової головки. При ураженні нижньої щелепи функція її, як правило, не страждає, рот відкривається вільно, жування залишається безболісним.

В деяких випадках поліоссальної фіброзної остеодисплазії має місце (переважно у дівчаток) синдром Олбрайта, що характеризується наявністю не тільки кісткових змін, але і передчасним статевим дозріванням, пігментними плямами на шкірі, які створюють враження географічної карти. Локалізуються вони, головним чином, на животі, спині, сідницях, бічній поверхні тулуба, проміжності і стегнах. Shira з співавт. (1975) спостерігав фіброзну дисплазію нижньої щелепи з клінічними проявами у вигляді епізодичного росту пухлини, мимовільного болю, припухлості, лихоманки, збільшення ШОЕ. Антибіотикотерапія, що проводиться, давала тільки короточасний ефект. З осередків ураження висіяні грампозитивні мікроорганізми, які, на думку авторів, є флорою. Аналогічну картину ми спостерігали при фіброзній остеодисплазії гілок щелепи, коли батьки для лікування у дитини запалення в привушній області довгий час застосовували теплові процедури. У таких випадках надмірність теплових процедур може вести навіть до абсцедування, утворенню свища, після чого хворого починають помилково лікувати з приводу хронічного остеомиєліту гілки щелепи.

Діагноз. Рентгенологічна картина фіброзної дисплазії поліморфна. Це обумовлено тим, на якій фазі розвитку нормальної кістки наступило перекручення остеогенезу і який морфологічний компонент переважає у момент обстеження. Крім того, картина ураження залежить і від того, на якій щелепі (верхній або нижній) воно локалізується. Так, на нижній щелепі, особливо у дітей, частіше зустрічаються зміни комірчастого характеру на фоні збільшення і здуття кістки. Ці зміни можуть бути як одно-, так і двосторонніми, симетричними. У одних випадках відмічається перевага нерівномірного ущільнення кістки, в інших — досить чітко обкреслений дефект кісткової речовини овальної форми або дифузне чергування ділянок ураження кісткової тканини з осередками ущільнення.

На верхній щелепі ураження завжди одностороннє, що частіше досягає значного ступеня щільності і облітерації верхньощелепної пазухи, аж до повного її зникнення. Проте можуть бути,

навпаки, випадки збільшення верхньощелепної пазухи і затемнення її, на фоні якого видно інтенсивнішу тінь що вдається в порожнину м'якотканинного утворення, іноді із замикаючою кістковою «шкаралупою» по його краю. На фоні диспластичних осередків розсмоктування коріння зубів не спостерігається. Визначувані іноді на рентгенограмі періостальні нашарування при дифузній формі дисплазії нижньої щелепи нерідко наводять на помилкову думку про остеогенну саркому або хронічний остеомієліт щелепи.

При всіх формах фіброзної остеодисплазії відсутні які-небудь загальні біохімічні зміни в організмі; зокрема, рівень кальцію і фосфору в плазмі крові, як правило, не змінюється. Лише у деяких хворих відмічено збільшення кальцію і зменшення фосфору крові.

Перебіг хронічний, тривалий, але доброякісний. Лише в деяких випадках спостерігається злякисне переродження патологічного осередку з перетворенням його у веретеноподібну, круглоклітинну, поліморфноклітинну саркому або фібросаркому.

Патологічна анатомія. Макроскопічно фіброзна дисплазія виглядає різноманітно; частіше всього має вид тканини, що кришиться, на зразок кісткових розм'якшених пластинок, між якими знаходиться сіра або бура м'яка тканина. У деяких хворих «пухлина» має сірий колір, пружну консистенцію або відрізняється м'ясистим виглядом; іноді тканина виглядає ослизненою і неомогенною. Мікроскопічно: розростання патологічної остеогенної тканини, в якій можуть переважати колагенові волокна з витягнутими клітинами типу фібробластів або ж рихло розташовані ніжні колагенові волокна із зірчастими або округлими клітинами. Серед них примітивно побудовані кісткові балочки, облямовані остеобластами, слабо звапновані, що зберігають примітивну структуру. Кількість їх може бути різним навіть у одного і того ж хворого в одній і тій же кістці — від одиничних до густої мережі типу остеомі. Все це дозволяє хірургу в одних випадках вичерпати ложкою змінену тканину, а в інших — вилущити із застосуванням деякого зусилля.

Диференціальний діагноз. Фіброзну дисплазію необхідно диференціювати з генералізованою фіброзною остеодистрофією (хвороба Енгеля-Реклінгаузена), остеобластокластою, саркомою, кістами, хронічним остеомієлітом щелепи і ін. Перші два захворювання відрізняються, по-перше, тим, що при них має місце велика кількість остеокластів, остеокластична резорбція кістки, кров'яні «озера» і «заболочування кістки» з утворенням кіст; всього цього немає при фіброзній остеодисплазії. По-друге, генералізована фіброзна остеодистрофія розвивається в нормально розвиненій кістці, тоді як фіброзна дисплазія є природженим порушенням процесу кісткоутворення. У третій, при хворобі Енгеля-Реклінгаузена має місце гіперкальціємія.

Для остеогенної саркоми характерним є швидкий розвиток і руйнування кіркової речовини, а також періостальні розростання — поява «козирка Бредена» і спікул.

Хондросаркома хоч і протікає більш повільно, але локалізується частіше в передньому відділі верхньої щелепи і шейках суглобових відростків. Порівняно чітко і часто саркому (особливо остеогенну) можна виявити при застосуванні радіоіндикаційного методу дослідження, оскільки в ній активніше фіксується радіоактивний фосфор.

Одонтогенна кіста відрізняється Ясно-янтарним пунктатом з домішкою кристалів холестерину і чіткішими контурами дефекту на рентгенограмі.

Від хронічного остеомієліту щелепи фіброзну остеодисплазію відрізняє те, що при остеомієліті в анамнезі буде вказівка на гострий початок захворювання, що був, а дисплазія починається поволі, повільно прогресуючи, звичайно непомітно для хворого. Коли з'являється асиметрія обличчя в результаті диспластичного збільшення щелепи (звичайно у області гілки нижньої щелепи) на фоні деяких больових відчуттів, хворі (або батьки хворих дітей) застосовують теплові процедури, що призводить на початку до застійних, а потім — запальним явищам в шкірі і підшкірній основі, провокуючи цим постановку діагнозу остеомієліту щелепи. Проте, вказані особливості анамнезу про початок захворювання і типова для дисплазії рентгенологічна картина, за відсутності внутрішньоротових або зовнішніх свищів, допомагають встановити діагноз фіброзної остеодисплазії. Гістологічне дослідження розсіює всякі сумніви.

Лікування фіброзної остеодисплазії хірургічне — вискоблювання. Виниклий дефект щелепи поступово заміщається кістковою тканиною. Деякі автори при фіброзній дисплазії нижньої щелепи застосовують радикальну операцію, що полягає в частковій субперіостальній резекції нижньої щелепи з одночасною кістковою пластикою. Нам представляється це допустимим лише у дорослих хворих за умови різкої деформації обличчя. Променева терапія при фіброзній дисплазії позитивного результату не дає.

ХЕРУВІЗМ

Херувізмом називається один з різновидів диспластичної ураження нижньої щелепи, що характеризується симетричним здуттям кістки у області її обох кутів. В результаті цього обличчя набуває майже квадратну і одутло-округлу форму, подібну обличчю херувима.

Патогенез захворювання вивчений недостатньо, проте більшість авторів схильне відносити його за рахунок порушення кісткоутворення під впливом неврогенних і інкреторних факторів. Відмічається передача хвороби по спадку, що дало привід для появи вельми виразних синонімів: «сімейна полікістозна хвороба», «сімейна фіброзна дисплазія», «сімейна двостороння гігантоклітинна пухлина щелепи».

Клініка. Хвороба починається незабаром після народження або в 1.5-3 роки; розвивається повільно, безболісно, досягаючи чіткої картини до 15-18 місяців. Звичайно батьки і оточуючі не бачать патології, відносять деформацію обличчя за рахунок угодованості дитини.

В період статевого дозрівання хвороба прогресує, викликаючи больові відчуття, а після закінчення цього періоду процес припиняється, розміри кутів щелепи поступово зменшуються, обличчя набуває більш нормальних контурів. Процес може зазнати зворотний розвиток. За даними В.В. Рогинського, в половині випадків при херувізмі у дітей виявляється збільшення не тільки нижньої, але одночасно і верхньої щелепи.

Пальпаторно у області кутів нижній щелепи визначається куполоподібне здуття; внутрішня поверхня нижньої щелепи при цьому не змінюється.

Характерною особливістю херувізму є або порушення закладки зубних зачатків (що виявляється згодом в тій або іншій ступені вираженої адентією), або порушення термінів прорізування, форми і локалізації зубів, що вже прорізувалися.

Діагноз. Рентгенологічно визначається кістозну ураження щелепи (межі «кіст» з віком стають нечіткими, а число їх зменшується). Нижньощелепна кістка роздута, стоншена, а попереду кутів має нормальну структуру.

Гістологічно видно широкі поля клітинно-волокнистої фіброзної тканини, серед якої безліч вузликів із скупченням гігантських багатоядерних клітин типу остеокластів, що приводить нерідко до помилкової постановки діагнозу остеобластокластоми або гіперпаратиреоїдній фіброзній остеодистрофії. Проте на відміну від остеобластокластоми при херувізмі немає головного її компоненту — проліферуючих остеобластів. Якщо гістологічне дослідження проводиться у стадії зворотного розвитку херувізму, у області патологічного осередку видно утворення кісткових балочок, які з часом стануть могутнішими і замістять диспластичний дефект в кістці.

Лікування консервативне: достатньо лише спостерігати за хворим, оскільки з віком хвороба регресує, обличчя набуває нормальної форми. У дитячому віці необхідна ортодонтична допомога; дорослим за показаннями виготовляються протези.

Прогноз. У дитячому віці хірургічна допомога неефективна, оскільки через 1-2 роки спостерігаються рецидиви. Проте іноді доводиться поступатися наполегливим вимогам хворих, яких турбує квадратна форма обличчя, і усувати деформацію хірургічним шляхом (через розрізи, що огинають кути щелепи).

ДЕФОРМУЮЧИЙ ОСТОЗ (ХВОРОБА ПЕДЖЕТА, ДЕФОРМУЮЧА ОСТЕОДИСТРОФІЯ)

У 1877 р. Peget описав рідкісне і своєрідне захворювання скелета, яке вважав хронічним запальним процесом і назвав його osteitis deformans. Починаючи з робіт Stenholm (1924), це захворювання, як і хвороба Енгеля-Реклінгаузена, учені почали відносити не до запальних, а до остеодистрофічних процесів, вважаючи їх різновидами одного і того ж страждання. Проте в 1932 р. Schmort встановив, що ці захворювання повинні розрізнятися як в етіологічному, так і патологоанатомічному аспектах: при хворобі Педжета кісткова речовина має абсолютно іншу структуру, чим при хворобі Енгеля-Реклінгаузена.

Етіологія і патогенез хвороби Педжета з'ясовані недостатньо. Спроби пов'язати її з сифілітичною інфекцією, ревматизмом, ендокринними захворюваннями, травмою, антигенними впливами, конституціональною неповноцінністю скелета і його перевантаженням не одержали загального визнання. Достовірнішим слід визнати припущення А.В. Русакова про те, що хвороба Педжета відноситься до диспластичних процесів, близьких до пухлин, а можливо, і є своєрідною кістковою пухлиною. У основі такої точки зору лежать дані про безперервну функціональну перебудову кістки, в процесі якої відбувається не тільки руйнування, але і збільшення її, що нагадує ріст пухлини.

Мікроскопічна картина хвороби Педжета свідчить про посилену патологічну перебудову кістки: з'являється безліч так званих ліній склеювання, де процес розсмоктування кістки припиняється, а в подальшому відбувається напластування нової кісткової речовини. Нескінченна зміна цих двох процесів,

що протікають поза фізіологічними рамками, обумовлює характерну макро- і мікроструктуру уражених кісток. Розсмоктування відбувається за участю остеокластів; утворюються глибокі лакуни, кістковий мозок заміщається рихло-волокнистою тканиною, що зрослася з ендостом. Вміст органічної речовин в уражених кістках збільшене, а неорганічних — різко зменшено. На цьому фоні нерідко розвивається остеосаркома.

Клініка. Деформуючий остоз частіше спостерігається у чоловіків у віці понад 40 років, хоча виникає і значно раніше — в дитячому або юнацькому віці. Schmort розрізняє дві форми хвороби Педжета: монооссальну і поліоссальну. На відміну від хвороби Енгеля-Реклінгаузена, при поліоссальній формі хвороби Педжета ніколи не вражаються всі кістки. Порушення звичайно обмежуються тими кістками, які несуть значне механічне навантаження: стегнова, великоберцева, хребет, кістки мозкового і лицьового черепа. При цьому уражені кістки піддаються різкій деформації. Зокрема, при ураженні лицьових кісток виникає типова деформація: потовщення виличних кісток, западіння перенісся, потовщення підборіддя. Обличчя набуває схожості з левою мордою, що дало підставу назвати цей стан як *leontiasis ossea*. При цьому можливий розвиток невралгії гілок трійчастого нерва.

При локалізації процесу в мозковому черепі відмічається головний біль, збільшення кола черепа, яке може досягти 70 см. Поступово мозковий череп нависає над лицевим. Обличчя здається маленьким, іноді виникає порушення психіки, сплутана свідомості.

Діагноз. На рентгенограмі кістки, ураженої хворобою Педжета, визначається безладне чергування порівняно щільних і розпушених ділянок, що нагадує мозаїку з пластівцевих ділянок, схожих з грудками вати. У ряді випадків можна бачити дрібні кістозні порожнини; кістка потовщена.

Диференціальний діагноз необхідно проводити з хворобою Енгеля-Реклінгаузена, сифілітичним ураженням і акромегалією лицьових кісток. У зв'язку з цим необхідно пам'ятати, що порушень загального характеру при хворобі Педжета не відмічається, зокрема немає змін в кількісному складі кальцію і фосфору крові, чим відрізняється це захворювання від хвороби Енгеля-Реклінгаузена.

При генералізованій остеодистрофії, як і при хворобі Педжета, відбувається розсмоктування старої і утворення нової кістки; проте гістологічна різниця між ними істотна: при хворобі Педжета разом з розростанням сполучної і остеїдної тканин є гніздові осередки звапніння новоутвореної кістки, які обумовлюють деформацію і нерівний рельєф ураженої кістки. На відміну від гіпертиреїдної остеодистрофії, при хворобі Педжета різко активізується остеопластична функція періоста. Крім того, слід мати на увазі те, що генералізована остеодистрофія вражає частіше людей більш молодих і переважно жіночої статі.

Сифілітичне ураження відрізняється тим, що воно не викликає збільшення черепних кісток, рідко локалізується в епіфізах. Гумозні деструктивні осередки розташовані більш субперіостально: періостальна реакція при сифілісі буває дуже часто, а при хворобі Педжета — відсутня.

Акромегалія не супроводжується структурними змінами кісткової речовини, як це має місце при хворобі Педжета.

Лікування деформуючої остеодистрофії є симптоматичним і паліативним: для зменшення головного болю, невралгії трійчастого нерва можна застосувати променеве лікування. Призначають вітамінотерапію, гідротерапію, спокій, посилене харчування. Хірургічні втручання у вигляді здовбування різко виступаючих частин лицьових кісток носять суто косметичний характер. Проводяться вони за допомогою долота, фрези або остеотома.

ПАРАТИРЕОЇДНА (ГЕНЕРАЛІЗОВАНА) ФІБРОЗНА ОСТЕОДИСТРОФІЯ, АБО ХВОРОБА ЕНГЕЛЯ-РЕК ЛІНГАУЗЕНА

У 1864 р. Engel описав макроскопічну картину, а в 1891 р. Recklinhausen — мікроскопічну характеристику системного захворювання скелета, яке було ними названо фіброзним оститом. Автори вважали, що в основі даного захворювання лежить запалення кістки, що приводить до заміщення кісткової речовини фіброзною тканиною. Проте в 1924 р. Stenholm на підставі своїх досліджень рішуче висловився проти запальної природи захворювання, описаного Engel і Recklinhausen, вважаючи, що ця хвороба має в своїй основі не запалення, а дистрофію; тому автор запропонував іменувати її фіброзною остеодистрофією.

Патогенез захворювання досить добре вивчений А.В. Русаковим (1925), який довів, що хвороба Енгеля-Реклінгаузена — своєрідне ендокринне захворювання, що розвивається в результаті пухлинного збільшення і гіперфункції паращитовидної залози; на його думку, під впливом надмірного вироблення паратиреоїдину відбувається бурхлива перебудова в кістках скелета. Це дало підставу А.В. Русакову запропонувати нову назву хвороби — паратиреоїдна остеодистрофія, найбільш радикальний спосіб лікування якої — видалення пухлини паращитовидної залози. Віденський хірург Mandl (1926) підтвердив на практиці правильність такого патогенетичного трактування захворювання і теоретичного обґрунтування

операції, запропонованій Русаковим. Проте, на його думку, в походженні генералізованої остеодистрофії грає роль не тільки гіперфункція паращитовидної залози. Це витікає з того, що в експерименті введення гормону вказаної залози викликає зміни лише подібні, але не повністю ідентичні всім ознакам хвороби. Очевидно, є ще якісь інші чинники, які грають роль в її виникненні.

Патологічна анатомія. Суть мікроскопічних змін при хворобі Енгеля-Реклінгаузена полягає в наступному: кістковий мозок піддається поступовому осередковому розсмоктуванню і заміщенню волокнистою сполучною тканиною; кісткові балочки піддаються лакунарному розсмоктуванню. Це приводить до утворення кісткових порожнин, стоншування кіркової речовини і поступової заміни його примітивними кістковими структурами, неповноцінними в механічному відношенні, але що зберігають функціональну спрямованість. Кісткові балочки, що утворюються з них, швидко піддаються розсмоктуванню і заміщенню такими ж недовговічними утвореннями. В деяких випадках проліферація остеогенної тканини протікає настільки бурхливо, що тверді кісткові балочки не утворюються і відбувається розростання лише кісткотворних клітин. Даний процес приводить до виникнення серозних і кров'яних кіст. На відміну від процесів, що відзначаються при остеобластокластомах, тут немає бластоматозного компонента пухлини. В результаті швидкої і прогресуючої декальцинації кісток у всьому організмі наступають характерні зміни: у нирках, легенях, травній системі відкладаються солі кальцію. Розвивається картина вапняного нефрозу, нефрокальцинозу, ниркових каменів, калькульозного пієлонефриту. Вапно відкладається в клітинах печінки, в стінках артерій кінцівок, що може привести до гангрені пальців. Унаслідок посиленої перебудови кісток різко зростає потреба організму в холекальциферолі (вітаміні D₃), яка не покривається звичайними кількостями його в їжі.

Клініка. Спочатку осередки ураження кісткової тканини нічим себе не проявляють. Ураження щелепної кістки багато в чому зовні нагадують прояви остеобластокластоми; проте через відсутність активного і вираженого бластоматозного процесу кістка мало збільшується в своєму об'ємі або навіть зовсім не збільшується.

Характернішим для паратиреоїдної остеодистрофії є розм'якшення і деформація кісток без істотного збільшення їх об'єму. Особливо незначне місце мають зовні помітні зміни за наявності малоактивної пухлини пара щитовидної залози.

Діагноз. Постійним симптомом хвороби є гіперкальціємія — підвищення змісту кальцію в плазмі крові до 3.49-4.99 ммоль/л (у нормі 2.25-2.74 ммоль/л) і зниження вмісту неорганічного фосфору до 0.48 ммоль/л (при нормі 0.97-1.13 ммоль/л). При пункції можна одержати кров, а якщо в кістці вже сформувалася серозна кіста — рідина без кристалів холестерину. На рентгенограмі визначається розрідження і стоншування не тільки щелеп, але і інших кісток.

Диференціальна діагностика з одонтогенною кістою ґрунтується на тому, що кіста на рентгенограмі має чіткіші і ясно визначувані контури, а при пункції її можна одержати ясно-янтарну рідину з кристалами холестерину.

Що ж до адамантиноми, саркоми і міксони щелеп, то вирішальним чинником в диференціації їх з хворобою Енгеля-Реклінгаузена є наявність змін з боку крові і інших кісток при хворобі Енгеля-Реклінгаузена і відсутність цих змін при вказаних трьох пухлинах.

Лікування генералізованої остеодистрофії повинне бути патогенетичним — оперативне видалення збільшеної паращитовидної залози. Крім того, слід призначати полівітаміни (А, В₁, В₁₂, С, D) в поєднанні із загальним кварцовим опромінюванням, іонофорезом кальцію хлориду у області ураженої щелепи.

Прогноз. Перебіг хвороби хронічний, млявий; описані лише окремі випадки гострої паратиреоїдної остеодистрофії із смертельним наслідком (від інтоксикації у зв'язку з масивним надходженням в кров великої кількості паратгормону). При запізнілому лікуванні прогноз несприятливий (можливі переломи різних кісток, петрифікація нирок з розвитком нефропатії — ниркового каменеутворення, пієлонефриту, петрифікація легенів, периферичних судин і т. д.).

6. МАТЕРІАЛИ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ:

А. Завдання для самоконтролю:

1. Схеми рентгенологічної картини пухлиноподібних уражень щелеп.
2. Фото хворих з пухлиноподібними ураженнями щелеп.

Б. Задачі для самоконтролю:

1. У хворої, 22 років, виявлено потовщення обох виличних кісток та підборіддя, западіння перенісся. Зовнішній огляд обличчя нагадує «левину морду». Спостерігається гіперостоз, потовщення та викривлення кісток скелету.

Яке захворювання можна запідозрити у хворої?

(Відповідь: хвороба Педжета)

2. Хворий, 20 років, звернувся зі скаргами на біль в зубах нижньої щелепи, її здуття, деформацію обличчя. Об'єктивно: здуття щелепи безболісне, щільне, бугристе, м'які тканини не змінені. Відкривання рота вільне, підщелепні лімфатичні вузли не пальпуються.

Яке захворювання можна запідозрити у хворого?

(Відповідь: фіброзна остеодисплазія нижньої щелепи)

3. У хворого, 18 років, виявлено наступну клінічну картину: обличчя має квадратну форму за рахунок збільшення на ділянках кутів нижньої щелепи, періодичні болі в ділянці кутів щелепи. На рентгенограмі – дрібнопетлиста структура кістки нижньої щелепи на ділянках їх кутів. Деформація спостерігається з моменту народження, болі з'явилися близько 6 місяців тому.

Який діагноз?

(Відповідь: херувізм)

В. Матеріали для тестового контролю. Тестові завдання з одиничною правильною відповіддю (α=II):

1. При фіброзній дисплазії вражаються:

- A. Кістки лица та мозкового черепу.
- B. Тільки кістки лицевого черепу.
- C. Тільки кістки мозкового черепу.
- D. Тільки щелепи.
- E. Зубні зачатки.

(Правильна відповідь: A)

2. Які основні ознаки фіброзної дисплазії?

- A. Односторонні кісткові розростання в мозковому та лицевому черепі.
- B. Кісткові розростання в мозковому та лицевому черепі завжди двохсторонні та симетричні.
- C. Вражаються переважно кістки середньої зони обличчя.
- D. Найчастіше – кут нижньої щелепи.
- E. Кісткові розростання завжди супроводжуються больовим симптомом.

(Правильна відповідь: B)

3. При хворобі Педжета вражаються:

- A. Переважно трубчаті кістки.
- B. Переважно плоскі кістки.
- C. Діафізарні відділи трубчатих кісток.
- D. Тільки кістки лицевого скелету.
- E. Тільки кістки мозкового черепу.

(Правильна відповідь: B)

Г. Навчальні задачі 3-го рівня (нетипові задачі):

1. У хворого, 18 років, виявлено наступну клінічну картину: обличчя має квадратну форму за рахунок збільшення на ділянках кутів нижньої щелепи, періодичні болі в ділянці кутів щелепи. На рентгенограмі – дрібнопетлиста структура кістки нижньої щелепи на ділянках їх кутів. Деформація спостерігається з моменту народження, болі з'явилися близько 6 місяців тому. Встановлено діагноз херувізм.

Який метод лікування необхідно застосувати?

(Відповідь: не потребує лікування, крім настійливої вимоги хворого)

2. У хворого, 34 років, встановлено діагноз хвороба Енгля-Реклінхаузена.

Сумісно з яким спеціалістом необхідно проводити лікування та диспансерний нагляд?

(Відповідь: ендокринолог)

3. У пацієнта, 59 років, виявлено хворобу Педжета в пізній стадії перебігу з симптомами порушення мовлення, зниження інтелекту, різкими головними болями.

З чим пов'язана дана симптоматика?

(Відповідь: деформація кісток мозкового черепа та поступове здавлення головного мозку)

7. ЛІТЕРАТУРА:

Основна література:

1. Губайдулина Е.Я., Цегельник Л.Н. Опухоли, опухолеподобные поражения и кисты лица, органов полости рта, челюстей и шеи // Хирургическая стоматология . - М.: Медицина, 1996. – С.512-624.
2. Колесов А.А., Воробьев И.Ю. Новообразования мягких тканей. – К., Здоровья, 1991 - 312 с.
3. Маланчук В.О., Копчак А.В. Доброякісні пухлини та пухлиноподібні ураження щелепно-лицевої ділянки та шиї / Навчальний посібник. – К.: Видавничий дім «Асканія», 2008. – 320 с.
4. Савицкий В.А., Черепанов А.Н. Нейрофиброматоз Реклингаузена Клиника, диагностика и хирургическое лечение/. - М.: Медицина, 1972.. 250 с
5. Сагатбаев Д.С. Опухоли челюстно-лицевой области, 1998. – 206 с.
6. Солнцев А.М., Колесов В.С. Доброкачественные опухоли лица, челюстей и органов полости рта. - Кмев: Здоровья, 1985. - 150 с.

Додаткова література:

1. Доброякісні пухлини та пухлиноподібні новоутворення. Ермолов В.Ф. Доброкачественные новообразования и опухолеподобные образования слизистой оболочки полости рта: Автореф.дис. д - ра. мед. наук -М., 1995. 46 с.
2. Шаргородский А.Г. Атлас опухолей мягких тканей и костей лица. Москва, 1998.-221 с.

Міністерство охорони здоров'я України
Вищий державний навчальний заклад України
«Українська медична стоматологічна академія»

«Затверджено»
на засіданні кафедри
хірургічної стоматології
та щелепно-лицевої хірургії
з пластичною та реконструктивною
хірургією голови та шиї

Завідувач кафедри

д. мед. н. Аветіков Д.С. 

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ
ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ
ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ДО ПРАКТИЧНОГО
(СЕМІНАРСЬКОГО) ЗАНЯТТЯ

Навчальна дисципліна	Хірургічна стоматологія
Модуль №	3
Змістовний модуль №	3
Тема заняття	Пухлини та пухлиноподібні ураження зародкового походження бранхіальні, тиреоїдальні кісти, нориці обличчя та шиї, тератома, бранхіогенний рак. Клініка, діагностика, диференціальна діагностика, лікування.
Курс	IV
Факультет	Стоматологічний

1. АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ.

Природжені кісти та нориці обличчя та шиї є досить поширеною патологією щелепно-лицевої ділянки, що однаково часто зустрічаються у чоловіків та жінок різного віку. Дана група захворювань має різноманітну, часто схожу клінічну картину, що потребує ґрунтовних знань майбутніх лікарів питань їх етіології, клініки, діагностики та лікування.

2. КОНКРЕТНІ ЦІЛІ:

- 2.1. Аналізувати клінічні прояви природжених кіст та нориць обличчя.
- 2.2. Пояснювати етіологічні і патогенетичні фактори розвитку природжених кіст та нориць обличчя та шиї.
- 2.3. Запропонувати план обстеження хворого з діагнозом природжених кіст та нориць обличчя та шиї.
- 2.4. Класифікувати природжені кісти та нориці обличчя та шиї.
- 2.5. Трактувати принципи діагностики та лікування природжених кіст та нориць обличчя та шиї.
- 2.6. Малювати графологічну схему заняття.
- 2.7. Проаналізувати результати лабораторних та інструментальних обстежень.
- 2.8. Скласти схему лікування хворих з природженими кістами та норицями обличчя та шиї.

3. БАЗОВІ ЗНАННЯ, ВМІННЯ, НАВИЧКИ, НЕОБХІДНІ ДЛЯ ВИВЧЕННЯ ТЕМИ (міждисциплінарна інтеграція).

Назви попередніх дисциплін	Отримані навички
1. Нормальна анатомія.	Знати будову щелепно-лицевої ділянки.
2. Гістологія та ембріологія.	Знати гістологічну будову тканин та органів щелепно-лицевої ділянки, їх ембріогенез.
3. Патологічна анатомія.	Описати гістологічну структуру природжених кіст та нориць обличчя та шиї.
4. Патологічна фізіологія.	Знати етіологію та патогенез онкологічних та онкоподібних захворювань.
5. Топографічна анатомія та оперативна хірургія.	Розуміти топографічну анатомію щелепно-лицевої ділянки. Принципи оперативних доступів до різних відділів щелепно-лицевої ділянки.
6. Пропедевтика внутрішніх хвороб.	Вміти складати схему курації хворого.
7. Загальна онкологія.	Знати принципи діагностики та лікування та профілактики онкологічних захворювань.

4. ЗАВДАННЯ ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ДО ЗАНЯТТЯ.

4.1. Перелік основних термінів, параметрів, характеристик, які повинен засвоїти студент при підготовці до заняття:

Термін	Визначення
1. Біопсія.	Це прижиттєве одержання матеріалу для гістологічного дослідження.
2. Аутопсія.	Це посмертне одержання матеріалу для гістологічного дослідження.
3. Пункційна біопсія.	Це одержання матеріалу для гістологічного дослідження шляхом пункції новоутворення голкою великого діаметру.
4. Інцизійна біопсія.	Це одержання матеріалу для гістологічного дослідження шляхом вирізування шматочка пухлини на межі здорових тканин.

4.2. Теоретичні питання до заняття:

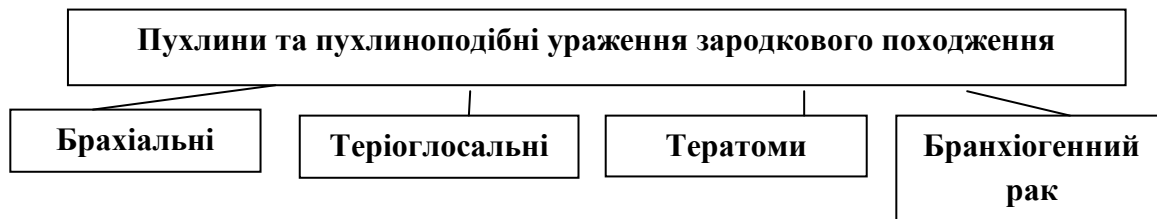
1. Анатомія щелепно-лицевої ділянки.
2. Ембріогенез та гістологічна тканин та органів щелепно-лицевої ділянки.
3. Теорії походження природжених кіст та нориць обличчя та шиї.
4. Гістологічні та клінічні класифікації природжених кіст та нориць обличчя та шиї.

5. Клінічна картина природжених кіст та нориць обличчя та шиї.
6. Діагностика та диференційна діагностика природжених кіст та нориць обличчя та шиї.
7. Методи лікування природжених кіст та нориць обличчя та шиї.
8. Прогноз та ускладнення під час та після лікування природжених кіст та нориць обличчя та шиї.

4.3. Практичні роботи (завдання), які виконуються на занятті:

1. Перелічіть фактори, що сприяють виникненню та розвитку пухлиноподібних утворень м'яких тканин.
2. Навести класифікації.
3. Навести гістологічну картину, що відповідає різним формам пухлиноподібних утворень м'яких тканин.
4. Перелічити клінічні прояви пухлиноподібних утворень м'яких тканин.
5. Провести діагностику пухлиноподібних утворень м'яких тканин.
6. Перелічити методи лікування.
7. Навести клінічні прояви малігнізації.
8. Навести схему профілактичних заходів.

5. ЗМІСТ ТЕМИ:



Епідермальна кіста. Ця кіста відноситься до групи кератинових кіст. Раніше вона описувалася під назвою атероми. Епідермальна кіста найчастіше локалізується на шкірі обличчя, шиї, волосистій частині голови. Буває одиничною або множинною, нерідко виникненню передують аспе vulgariis. Утворення кісти пов'язано із закупоркою вивідних отворів фолікулів сальної залози. Вона поволі збільшується унаслідок накопичення кератину, який продукує оболонка.

Клінічно кіста виявляється у вигляді обмеженої округло-овального утворення. Розташовується під епідермісом і тісно з ним спаяна у області вивідної протоки сальної залози. Шкіра над кістою іноді стає синюшного відтінку і розтягується при великих її розмірах. Пальпаторно кіста еластичної консистенції, безболісна. Вміст її представляє характерну кашкоподібну масу білого кольору. Кіста часто нагноювалася, при цьому з'являється біль, вона збільшується, навколишні тканини набряклі і гіперемовані.

Мікроскопічно епідермальна кіста вислана багат шаровим плоским епітелієм і заповнена шарами кератину.

Лікування. Кісту видаляють з капсулою, при цьому необхідно висікати двома напівовальними розрізами, що сходяться між собою, ділянку шкіри, зпаюну з кістою.

Дермоїдна кіста. Утворюється в результаті пороку розвитку і формування обличчя в місцях зрощення у ембріона лобового, верхньощелепних і нижньощелепних горбів. Звичайно розташовується в області підпідборіддя, на дні порожнини рота, біля кореня і крил носа, внутрішнього і зовнішнього країв очної ямки, частіше зустрічається у молодих осіб.

Дермоїдна кіста є порожнинним утворенням з товстою шкірястою оболонкою, заповненою кашкоподібною масою брудно-білого кольору з неприємним запахом. Вміст кісти складається із злущеного епідермісу, продуктів виділення сальних, потових залоз і волосяних фолікул, іноді з наявністю волосся.

При огляді відмічається пухлиноподібне утворення округлої форми з чіткими межами, безболісне, не зпаєне з шкірою або слизистою оболонкою. Розташовуючись на дні порожнини рота, воно визначається строго по середній лінії над щелепно-під'язиковим м'язом і просвічує жовтуватим кольором. Кіста великого розміру відтісняє догори язик, стають утрудненими мова і прийом їжі.

Гістологічно оболонка кісти містить елементи шкіри, включаючи епідермальне вистилання, волосяні фолікули і сальні, потові залози.

Лікування полягає у видаленні кісти з капсулою. При розташуванні кісти над щелепно-під'язиковим м'язом проводять операцію внутрішньоротовим підходом. Кісту області підпідборіддя видаляють через зовнішній розріз.

Природжені кісти і свищі обличчя і шиї. Серед них розрізняють бронхіальні (від грец. *Branha* — зябра) і тіреоглосальні кісти і свищі. Виникнення бронхіальної кісти і свища пов'язано з аномалією розвитку 1-ої і 2-ої зябрових щілин і дуг. Тіреоглосальна кіста і свищ утворюються унаслідок неповної редукції у ембріона щитовидно-язичної протоки. Природжені кісти і свищі зустрічаються порівняно рідко і, за нашими даними, складають близько 5% всіх новоутворень щелепно-лицьової області. Аномалія зябрових щілин спостерігається частіше тіреоглосальної аномалії (відповідно 61 і 39% випадків).

Природжені кісти і свищі зустрічаються в основному у дітей і осіб молодого віку. Клінічний перебіг бронхіальних і тіреоглосальних кіст і свищів схоже, проте вони мають свої характерні особливості, обумовлені локалізацією.

Кіста збільшується поволі, протягом декількох років. Визначається у вигляді безболісного обмеженого утворення округлої або овальної форми, еластичній консистенції, не зпаяного зі шкірою. Кісту виявляють випадково або при виникненні запалення. У разі приєднання специфічної мікрофлори (мікобактерії туберкульозу, актиноміцети) діагностика затруднена.

Природжені свищі можуть бути повними, при цьому є два вивідні отвори: зовнішній — на шкірі, внутрішній — на слизистій оболонці порожнини рота, і неповними — з одним гирлом, зовнішнім або внутрішнім. У діагностиці свищів має значення контрастна фістулографія за допомогою йодоліполю. Вона дозволяє визначити напрям, протяжність і наявність відгалужень свища, знання яких необхідне при хірургічному лікуванні.

Бранхіальні кісти і свищі. При патології 1-ої зябрової щілини виникають кіста або свищ привушної області, пов'язані із зовнішнім слуховим проходом і вушною раковиною. Аномалія розвитку 2-ої зябрової щілини веде до формування бічної кісти або свища шиї. Бранхіальні кісти і свищі привушної області зустрічаються значно рідше за бічні кісти і свищі шиї (відповідно в 11 і 89% випадків).

Кіста і свищ привушної області. Кіста розташовується під основною масою привушної слинної залози або в позадущелепній області над стовбуром лицьового нерва і часто має зв'язок з хрящовим відділом зовнішнього слухового проходу. Клінічні прояви такі ж, як при доброякісній пухлині або кісті привушної слинної залози, вміст є рідиною жовтуватого кольору, іноді каламутною.

Бронхіальний свищ з вивідним отвором, розташованим на шкірі попереду основи завитка вушної раковини, називають передвушним. Часто він буває двостороннім. відмічається роль спадкового чинника в його походженні.

Свищ позадущелепної області утворюється в результаті самостійного і оперативного розтину нагнаваючої бронхіальної кісти, зовнішній отвір його розташовується між кутом нижньої щелепи і переднім краєм кивального м'яза. При повних передвушному і позадущелепному свищах другий отвір відкривається на шкірі хрящового відділу зовнішнього слухового проходу, при неповному свищі стінки останнього влітаються в нього. Відмічається салоподібне відокремлюване зі свища. Макроскопічно внутрішнє вистилання свища і кісти привушної області представлене багаточаровим плоским ороговіваючим епітелієм.

Бічна кіста і свищ шиї. Кіста є порожниною з рідким вмістом і порівняно тонкою оболонкою. Вона має типову локалізацію, розташовується в середній третині шиї попереду кивального м'яза, на судинно-нервовому пучку, безпосередньо примикаючи до внутрішньої яремної вени, з шкірою не спаяна. Особливо добре контурується при повороті голови хворого в протилежну сторону. Вміст кісти є каламутною рідиною жовтуватого кольору, при цитологічному дослідженні якої визначається оксифільна дрібнозерниста маса з елементами багаточарового плоского епітелію і значною кількістю лімфоцитів.

Мікроскопічно стінка кісти вислана багаточаровим плоским епітелієм.

Діагностика бічної кісти ґрунтується на анамнестичних і клінічних даних. Отримання при пункції великої кількості характерного вмісту (5—30 мл і більш) і дані цитологічного дослідження дозволяють підтвердити діагноз бічної кісти

Бічний свищ шиї буває одностороннім і рідко двостороннім. Виявляється в одних випадках при народженні дитини, в інших випадках є результатом розтину нагнаваючої бічної кісти шиї. Зовнішнє гирло свища розташовується на шкірі бічної поверхні шиї відповідно передньому краю кивального м'яза. Внутрішнє гирло повного бічного свища має постійну

локалізацію у верхньому полюсі піднебінної мигдалини. В глибині свищ проходить між зовнішньою і внутрішньою сонною артеріями.

Клінічно зовнішнє гирло свища може бути точковим або розширеним з вибухаючою грануляцією, іноді покритим мокнучими кірками. Визначається гіперпігментація і мацерація шкіри навколо свища, з якого постійно виділяється в незначній кількості жовтувата тягуча рідина. У разі повного бічного свища хворі часто указують в анамнезі на рецидивуючу односторонню ангіну, при огляді визначають збільшення мигдалини відповідної сторони.

Бічний свищ шиї потрібно диференціювати від серединного тіреоглосального свища, зовнішнє гирло якого іноді зміщено убік від середньої лінії, і специфічного запального процесу.

Мікроскопічна картина вистилання свища відповідає будові стінки бічної кісти шиї.

Тіреоглосальна кіста і свищ мають типову локалізацію по середній лінії шиї, у зв'язку з чим їх називають також серединними.

Тіреоглосальна кіста розташовується по середній лінії шиї в під- або надпід'язиковій області і в корені язика. При локалізації на шиї визначається обмежена рухливість кісти і спаяність її з тілом під'язикової кістки, яка чітко виявляється при ковтанні. При кісті кореня язика останній підведений, відмічається порушення мови і утруднення ковтання.

Інфікування вмісту кісти приводить до болю, набрякту, інфільтрації навколишніх тканин.

Вміст тіреоглосальної кісти представляє каламутну жовтувату тягучу рідину. Цитологічним дослідженням встановлено наявність клітин багатошарового плоского епітелію і лімфоїдних елементів. Епітелій оболонки кісти, як і вистилання серединного свища, має ендодермальне походження.

Тіреоглосальний свищ виникає, як правило, після мимовільного або оперативного розтину серединної кісти шиї. Зовнішнє гирло свища розташовується на шкірі по середній лінії шиї, переважно між під'язиковою кісткою і щитовидним хрящем. Шкіра часто в рубцях, іноді навколо свища розростається грануляція. Відмічається мізерне слизоподібне відокремлюване. При повному свищі внутрішнє гирло розташовується у області foramen coecum.

Тіреоглосальний свищ проходить по середній лінії шиї, пробиває тіло під'язикової кістки і під кутом 40—45° прямує до сліпого отвору язика. Пальпаторно свищевий хід, так само як і серединна кіста шиї, завжди пов'язаний з тілом під'язикової кістки. Визначають це таким чином. Утримуючи пальцями свищ або кісту, просять хворого проковтнути слину, при цьому зсув разом з під'язиковою кісткою фіксованих утворень говорить про наявність тіреоглосального свища або кісти.

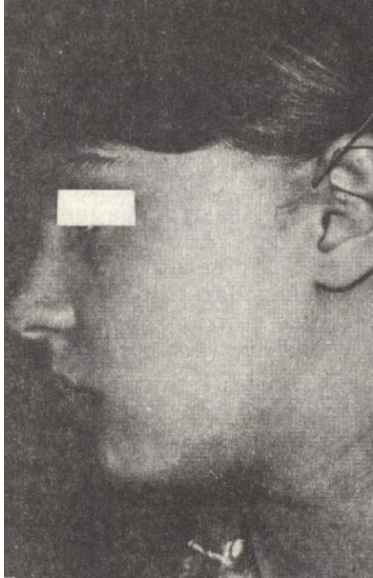
Диференціальну діагностику серединної кісти і свища проводять із специфічним запальним процесом, лімфаденітом, дермоїдною кістою, із струмою язика або аденомою дистопованої щитовидної залози.

Лікування. При кісті проводять повне видалення з капсулою. За наявності запалення операцію здійснюють після його ліквідації. Кісту позаду щелепної області видаляють через розріз, що огинає кут нижньої щелепи, і відступивши від нього на 1,5—2 см донизу, щоб не пошкодити красву гілку лицьового нерва. Для видалення бічної кісти шиї проводять розріз шкіри над кістою по передньому краю кивального м'яза або по верхній шийній складці. При тіреоглосальній кісті шиї розтинають шкіру по верхній або середній складці шиї, видалення кісти поєднують з резекцією тіла під'язикової кістки. Кісту кореня язика залежно від розмірів оперують або внутрішньоротовим, або зовнішнім підходом.

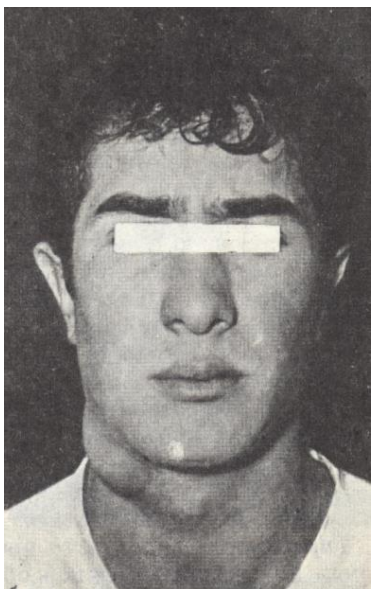
Видаленню свища передуює заповнення його перед операцією 1% водним розчином метиленового синього. При цьому стінка свища забарвлюється і добре простежується під час видалення. Операція полягає в повному видаленні свища з його відгалуженнями. Проводять розріз, що огинає зовнішнє гирло свища, його відпрепаровують і виділяють свищ. Видалення передвушного і позадущелепного свищів завершується видаленням ділянки хрящового відділу зовнішнього слухового проходу. Операція при повному бічному свищі шиї зв'язана з певними труднощами, пов'язаними з топографічним взаємовідношенням свища і судинно-нервового пучка: свищевий хід проходить в ложі його між зовнішньою і внутрішньою сонною артеріями. Видалення тіреоглосального свища, як і кісти, супроводжується резекцією тіла під'язикової кістки.

6. МАТЕРІАЛИ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ:

А. Завдання для самоконтролю:



Бранхіальна нориця в привушній ділянці.



Бокова кіста шиї.



Тіреоглосальна нориця.

Б. Задачі для самоконтролю:

1. У хворого, 45 років, при пункції пухлино подібного утворення на боковій поверхні шиї зліва, отримано салоподібну масу з неприємним запахом.

Який діагноз можна запідозрити?

(Відповідь: дермоїдна кіста шиї)

2. У хворого, 30 років, під час санації порожнини рота виявлено на ділянці мозку вуха отвір до 1 мм в діаметрі, мацерація шкіри навколо нього. При пальпації з нього виділяється прозорий слизовий секрет. Під час зондування – глибина до 5 см.

Який найбільш ймовірний діагноз?

(Відповідь: бокова нориця шиї)

3. При огляді хворого 36 років виявлено кісту з рідким вмістом та тонкою оболонкою. Після цитологічного обстеження було встановлено остаточний діагноз – бокова кіста шиї.

Яке лікування показано в даному випадку?

(Відповідь: хірургічне лікування: проведення розрізу шкіри над кістою по передньому краю кивального м'язу)

В. Матеріали для тестового контролю. Тестові завдання з одиничною правильною відповіддю (α=Π):

1. Які джерела походження дермоїдних кіст лица та дна порожнини рота:

- A. Язиковий, щитоподібний протоки, ектоповані слинні та слизові залози.
- B. Відшнурована ділянка ектодерми в період її нормального занурення.
- C. Ектоповані слинні залози та залишки жаберного апарату.
- D. Епітелій аберантної виличкової залози.
- E. Не облітерований зобно-глотковий проток.

(Правильна відповідь: B)

2.2. Які джерела походження серединних кіст та нориць:

- A. Язиковий, щитоподібний протоки, ектоповані слинні та слизові залози.
- B. Відшнурована ділянка ектодерми в період її нормального занурення.
- C. Ектоповані слинні залози та залишки жаберного апарату.
- D. Епітелій аберантної виличкової залози.
- E. Не облітерований зобно-глотковий проток.

(Правильна відповідь: A)

2.3. Яке джерело походження бокових кіст привушної ділянки та шиї?

- A. Язиковий, щитоподібний протоки, ектоповані слинні та слизові залози.
- B. Відшнурована ділянка ектодерми в період її нормального занурення.
- C. Ектоповані слинні залози та залишки жаберного апарату.
- D. Епітелій аберантної виличкової залози.
- E. Не облітерований зобно-глотковий проток.

(Правильна відповідь: C)

Г. Навчальні задачі 3-го рівня (нетипові задачі):

1. При гістологічному дослідженні мутної рідини жовтуватого кольору визначаються оксифільна дрібнозерниста маса з елементами багаточарового плоского епітелію із значною кількістю лімфоцитів.

Встановіть необхідний діагноз.

(Відповідь: бокова кіста шиї)

2. При огляді новонародженої дитини на шкірі бічної поверхні шиї відповідно передньому краю кивального м'язу було виявлено вибухаючі грануляції вкриті мокнучими кірками, визначається гіперпігментація і мацерація шкіри навколо грануляції, з якої постійно виділяється незначна кількість жовтуватої тягучої рідини.

Встановіть необхідний діагноз.

(Відповідь: бічна нориця шиї)

3. При огляді хворого К. 40 років було виявлено безболісне новоутворення округлої форми, яке розташоване по середній третині шиї попереду кивального м'язу, зі шкірою не спаяне зі шкірою. Особливо добре відмежовується при повороті голови хворого в протилежну сторону.

Встановіть попередній діагноз.

(Відповідь: бокова кіста шиї)

7. ЛІТЕРАТУРА:

Основна література:

1. Бернадский Ю.И. Основы челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии.– Белмедкнига, Витебск, 1998.– 404 с.
2. Бернадский Ю.И. Травматология и восстановительная хирургия челюстно-лицевой области. – Киев: Вища школа, 1999. – 389 с.
3. Муковозов И.Н. Дифференциальная диагностика заболеваний челюстно-лицевой области. – Л.: Медицина, 1982.
4. Общая онкология /Под ред. Н.П. Напалкова. – Ленинград: Медицина, 1989. – 648 с.
5. Онкологія /за ред. Білінського Б.Т., Стернюка Ю.М., Шпарика Я.В. – Львів: Медицина світу, 1998. – 272 с.
6. Робустова Т.Г. Хирургическая стоматология. – М.: Медицина, 1990. – 576 с.
7. Ромачева И.Ф., Юдин Л.А., Афанасьев Л.В. Заболевания и повреждения слюнных желез. – М.: Медицина, 1987. – 240с.

Додаткова література:

1. Муковозов И.Н. Дифференциальная диагностика заболеваний челюстно-лицевой области. – М.: Медицина, 1982.
2. Пачес А.И. Опухоли головы и шеи. – М.: Медицина, 1983.
3. Рябухина Н.А., Удиришина Н.М. Рентгенодиагностика заболеваний челюстно-лицевой области. – М.: Медицина, 1991.
4. Солнцев А.М., Колесов В.С., Колесова Н.А. Заболевания слюнных желез: сиалозы, воспалительные заболевания, опухоли, кисты, травмы и пороки развития слюнных желез.– Киев: Здоровья, 1991.–311с.
5. Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. – Киев: 2002. – 1022 с.

Міністерство охорони здоров'я України
Вищий державний навчальний заклад України
«Українська медична стоматологічна академія»

«Затверджено»
на засіданні кафедри
хірургічної стоматології
та щелепно-лицевої хірургії
з пластичною та реконструктивною
хірургією голови та шиї

Завідувач кафедри

д. мед. н. Аветіков Д.С. 

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ
ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ
ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ДО ПРАКТИЧНОГО
(СЕМІНАРСЬКОГО) ЗАНЯТТЯ

Навчальна дисципліна	Хірургічна стоматологія
Модуль №	3
Змістовний модуль №	3
Тема заняття	Злоякісні пухлини слинних залоз: гістологічна будова, клінічні форми, диференційна діагностика, лікування.
Курс	IV
Факультет	Стоматологічний

1. АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ.

Знання основ діагностики та лікування пухлин необхідні для лікаря будь-якого фаху. Це зумовлено поширенням пухлинної патології в сучасному світі. Як причина смерті злоякісні пухлини посідають друге місце після серцево-судинних захворювань. Останніми роками спостерігається безперервне зростання частоти захворюваності на рак в усіх регіонах світу. Онкологічна патологія слинних залоз не є виключенням. Тому, майбутній лікар повинен бути обізнаний із причинами злоякісних новоутворень, мати уявлення про зв'язок між виникненням пухлин і забрудненням середовища та шкідливими звичками. Необхідне розуміння канцерогенезу, без чого не можна обґрунтувати застосування як профілактичних заходів, так і методів лікування. Ефективність лікування злоякісних пухлин повністю залежить від стану діагностики. Лише рання діагностика пухлин може забезпечити надійне вилікування їх.

2. КОНКРЕТНІ ЦІЛІ:

- 2.1. Аналізувати захворюваність та епідеміологію раку слинних залоз.
- 2.2. Пояснювати ознаки малігнізації доброякісних пухлин слинних залоз.
- 2.3. Запропонувати методи обстеження хворого із злоякісними пухлинами слинних залоз.
- 2.4. Класифікувати онкологічні захворювання слинних залоз.
- 2.5. Трактувати гістологічну класифікацію пухлин слинних залоз.
- 2.6. Малювати схему диференційної діагностики злоякісних новоутворень слинних залоз.
- 2.7. Проаналізувати заключення додаткових методів обстеження хворого із злоякісними пухлинами слинних залоз.
- 2.8. Скласти план лікування хворого із злоякісними пухлинами слинних залоз.

3. БАЗОВІ ЗНАННЯ, ВМІННЯ, НАВИЧКИ, НЕОБХІДНІ ДЛЯ ВИВЧЕННЯ ТЕМИ (міждисциплінарна інтеграція).

Назви попередніх дисциплін	Отримані навички
1. Анатомія людини.	Знати анатомічну будову слинних залоз, лімфатичної системи голови та шиї.
2. Топографічна анатомія та оперативна хірургія.	Знати топографічну анатомію великих та малих слинних залоз лімфатичних вузлів обличчя та шиї. Зобразити схематично методи оперативних втручань при злоякісних новоутвореннях слинних залоз.
3. Гістологія.	Знати гістологічну будову слинних залоз.
4. Внутрішні хвороби.	Знати гістологічну будову злоякісних новоутворень слинних залоз.
5. Внутрішні хвороби.	Вміти: обстежити хворого, описати історію хвороби, скласти план обстеження та лікування, поставити діагноз.
6. Пропедевтика хірургічної стоматології.	Володіти методами додаткових обстежень: цитологічний, біопсія, контрастна рентгенограма.
7. Променева діагностика та променева терапія.	Застосовувати різні методи променевої діагностики для уточнення діагнозу. Застосовувати методи променевої терапії для лікування.
8. Загальна хірургія.	Володіти методами та способами асептики та антисептики (обробка операційного поля, обробка рук хірурга, підготовка хворого до операції та ін.).
9. Фармакологія.	Володіти навиками призначення хіміотерапії.

4. ЗАВДАННЯ ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ДО ЗАНЯТТЯ.

4.1. Перелік основних термінів, параметрів, характеристик, які повинен засвоїти студент при підготовці до заняття:

Термін	Визначення
1. Рак.	Це зляксісне новоутворення з епітеліальних тканин.
2. Саркома.	Це зляксісне новоутворення зі сполучених тканин.
Абластика.	Це хірургічні принципи профілактики рецидиву і метастазування зляксісної пухлини, що полягають у її видаленні єдиним блоком з шляхами лімфа відтоку в межах здорових тканин.
4. Біопсія.	Це шматок тканини видалений з патологічного вогнища для морфологічного дослідження.
5. Цитологія.	Це наука про вивчення клітин патологічного вогнища.

4.2. Теоретичні питання до заняття:

1. Епідеміологія пухлин слинних залоз.
2. Міжнародна гістологічна класифікація пухлин слинних залоз.
3. Ознаки малігнізації поліморфних аденом.
4. Методи обстеження хворих із зляксісними пухлинами слинних залоз.
5. Клінічні ознаки зляксісних пухлин слинних залоз.
6. Диференційна діагностика зляксісних пухлин слинних залоз.
7. Принципи лікування хворих зляксісними пухлинами слинних залоз.
8. Що таке комбіноване лікування хворих із зляксісними пухлинами слинних залоз.
9. Що таке комплексне лікування хворих із зляксісними пухлинами слинних залоз.
10. Які методи променевої терапії застосовують при лікуванні зляксісних новоутворень слинних залоз?
11. Які оперативні методи застосовують при лікуванні зляксісних новоутворень привушної слинної залози?
12. Які оперативні методи застосовують при лікуванні зляксісних новоутворень підщелепної слинної залози?
13. Які хімічні терапевтичні препарати застосовують при комплексному або комбінованому лікуванні зляксісних новоутворень слинних залоз?
14. Принципи лікування хворих із занедбаними стадіями хвороби.
15. Реабілітація хворих після комбінованого та комплексного лікування.

4.3. Практичні роботи (завдання), які виконуються на занятті:

1. Обстежити хворого зі зляксісною пухлиною слинної залози.
2. Описати історію хвороби хворого із зляксісним новоутворенням слинної залози.
3. Скласти план обстеження хворого із зляксісним новоутворенням слинної залози.
4. Брати матеріал для цитологічного дослідження пухлини різними способами.
5. Брати матеріал для гістологічного дослідження пухлини (біопсію) різними способами.
6. Провести контрастну рентгенографію слинних залоз.
7. Обґрунтувати клінічних діагноз та скласти план лікування хворого зі зляксісними новоутвореннями слинних залоз в залежності від стадії захворювання та гістологічної будови пухлини.
8. Призначити хіміотерапевтичні засоби при лікуванні зляксісних новоутворень слинних залоз.

5. ЗМІСТ ТЕМИ:

Статистика. За даними літератури зляксісні пухлини слинних залоз складають 1-1,5 % всіх хворих онкологічними захворюваннями. В слинних залозах найчастіше розвиваються пухлини епітеліального походження (90-95 %). Серед всіх пухлин слинних залоз найчастіше зустрічаються поліморфні аденоми або "змішані" пухлини (до 60 %); мукоепідермоїдні і ацінозноклітинні пухлини зустрічаються в 10% випадків, група карцином складає біля 17% всіх новоутворень слинних залоз.

Найчастіше уражаються онкологічним процесом привушні залози (56,6 %), залози твердого і м'якого піднебіння (26 %), піднижньощелепні слинні залози (10 %), дрібні слинні залози щік та язика – біля 10 %. Деякі автори вважають, що привушні слинні залози уражаються пухлинами в 90 % випадків. Пухлини слинних залоз спостерігаються переважно у віці від 30 до 60 років.

Класифікація. До останнього часу не існувало єдиної точки зору відносно термінології і класифікації пухлин слинних залоз. Всесвітньою організацією охорони здоров'я була створена і рекомендована для впровадження уніфікована гістологічна класифікація пухлин слинних залоз:

I. Епітеліальні пухлини

A. Аденоми:

1. Поліморфна аденома (змішана пухлина);

2. Мономорфні аденоми:

а) аденолімфома;

б) оксифільна аденома;

в) інші типи.

Б. Мукоепідермоїдна пухлина.

В. Ацинозноклітинна пухлина.

Г. Карциноми:

Аденокистозна карцинома (циліндрома);

Аденокарцинома;

Епідермоїдна карцинома (плоскоклітинний рак);

Недиференційована карцинома;

Карцинома в поліморфній аденомі (злоякісна змішана пухлина)

II. Неепітеліальні пухлини.

III. Некласифіковані пухлини.

IV. Споріднені стани.

Класифікація злоякісних пухлин слинних залоз за системою TNM-6 (2002 р.)

(коди МКХ-10 C07-C08)

Класифікація стосується лише великих слинних залоз: привушної, під нижньощелепної і під'язикової

Пухлини, що походять з малих слинних залоз (муцинопродукуючі залози поверхневого шару великих відділів (дихального та травневого шляхів), не включено в цю класифікацію, вони належать до локалізації, з якої походять, наприклад, губи. Повинне бути обов'язкове гістологічне підтвердження діагнозу. Регіонарними лімфатичними вузлами є шийні лімфатичні вузли.

T – первинна пухлина;

T_x – недостатньо даних для оцінки первинної пухлини;

T₀ – первинна пухлина не визначається;

T₁ – пухлина до 2 см у найбільшому вимірі без екстрапаренхімального поширення;

T₂ – пухлина понад 2 см але до 4 см у найбільшому вимірі без екстрапаренхімального поширення;

T₃ – пухлина з екстрапаренхімальним поширенням без ураження лицевого нерва і (або) понад 4 см, але до 6 см у найбільшому вимірі;

T_{4a} – пухлина поширюється на шкіру, нижню щелепу, слуховий канал і лицевий нерв;

T_{4b} – пухлина поширюється на основу черепа, крилоподібну пластинку, охоплює сонну артерію.

Примітка: екстрапаренхімальним поширенням є клінічні або макроскопічні дані про наявність інвазії шкіри, м'яких тканин або нерва. Лише мікроскопічні дані не вважаються екстрапаренхімальним поширенням у цій класифікації.

N – регіонарні лімфатичні вузли (шийні лімфатичні вузли);

N_x – недостатньо даних для оцінки стану регіонарних лімфатичних вузлів;

N₀ – немає ураження регіонарних лімфатичних вузлів;

N₁ – метастази в одному гомолатеральному лімфатичному вузлі до 3 см у найбільшому вимірі;

N₂ – метастази в одному гомолатеральному лімфатичному вузлі до 6 см у найбільшому вимірі, або численні метастази в гомолатеральних лімфатичних вузлах, жоден з яких не перевищує 6 см у найбільшому вимірі, або білатеральні, або контрлатеральні метастатичні лімфатичні вузли розміром до 6 см у найбільшому вимірі;

N_{2a} – метастаз у гомолатеральному лімфатичному вузлі до 6 см у найбільшому вимірі;

N_{2b} – численні метастази у гомолатеральних лімфатичних вузлах, жоден з яких не перевищує 6 см у найбільшому вимірі;
 N_{2c} – білатеральні, або контрлатеральні метастатичні лімфатичні вузли розміром до 6 см у найбільшому вимірі;
 N_3 – метастази в лімфатичних вузлах розміром понад 6 см у найбільшому вимірі;
 M – віддаленні метастази;
 M_x – недостатньо даних для визначення віддалених метастазів;
 M_0 – немає ознак віддалених метастазів;
 M_1 – наявні віддаленні метастази.

Групування за стадіями

Стадія I	T_1	N_0	M_0
	T_2	N_0	M_0
Стадія II	T_3	N_0	M_0
Стадія III	T_1	N_1	M_0
	T_2	N_1	M_0
Стадія IVa	T_{4a}	N_0, N_1	M_0
	T_1, T_2, T_3, T_{4a}	N_2	M_0
Стадія IVb	T_{4b}	N будь-яке	M_0
	будь-яке T	N_3	M_0
	будь-яке T	будь-яке N	M_1

Клінічна картина і симптоматологія пухлин слинних залоз відрізняється значною різноманітністю, що залежить від характеру пухлини, її гістологічної будови та стадії розвитку. Група аденом належить до доброякісних пухлин, серед них домінують так звані змішані пухлини (поліморфні, або плеоморфні аденоми). Ці пухлини переважно зустрічаються у людей віком 20-40 років, частіше у жінок, локалізуються переважно в привушній слинній залозі. Ці пухлини проявляються, досягаючи розміру 1-3 см. Вони характеризуються тривалим (інколи впродовж десятків років) безболісним перебігом, інколи досягають доволі значних розмірів, але ніколи не порушують функцію лицьового нерва (важлива диференційно-діагностична ознака доброякісної пухлини), не проростають шкіру і не втрачають рухомості. Внаслідок складної будови поліморфні аденоми слинних залоз бувають різної консистенції. Нерідко в поліморфній аденомі може виникнути малігнізація (20-30 % випадків).

Ознаки малігнізації доброякісних пухлин слинних залоз:

- прискорення темпів росту пухлини;
- поява неприємних відчуттів, а інколи і досить інтенсивного болю з іррадіацією в вухо або скроню;
- поява інфільтративного росту супроводжується обмеженням рухомості пухлини, порушенням цілості гілок лицьового нерву, що супроводжується парезом, а потім і паралічем м'язів м'язулатури з відповідного боку обличчя;
- в подальшому може виникати контрактура жувальних м'язів, порушення актів жування, ковтання (особливо при локалізації пухлини в глотковому паростку привушної слинної залози);
- збільшення регіонарних лімфатичних вузлів свідчить про метастазування пухлини.

Таким чином, спільними симптомами для всіх злоякісних пухлин слинних залоз є швидкі темпи росту, біль або неприємні відчуття, проростання в навколишні тканини та гілки лицьового нерву, що спричинює парез м'язів обличчя, метастазування.

Але існують і деякі клінічні особливості, характерні для різних морфологічних варіантів злоякісних пухлин. В першу чергу це стосується мукоепідермоїдної та ацинозноклітинної пухлини (за термінологією ВООЗ – вони називаються не раками, а пухлинами, хоча й віднесені до злоякісних). клінічний перебіг більш доброякісного варіанту мукоепідермоїдної пухлини спочатку нагадує перебіг поліморфної аденоми. Розрізнити їх інколи допомагає набряк та фіксація шкіри над мукоепідермоїдною пухлиною, відсутність чітких меж, обмежена рухомість. Мукоепідермоїдні пухлини супроводжуються болем, мають щільну консистенцію, болісні при пальпації, при ураженні шкіри можливе утворення норич.

Початкові стадії мукоепідермоїдних пухлин можуть бути безсимптомними і період початку лікування може тривати біля 3 років. Пухлини містять в собі епідермоїдні та слизопродукуючі клітини, кількість яких залежить від ступеню диференціації.

Аденокистозні карциноми (циліндроми) зустрічаються у 13 % хворих на злоякісні пухлини слинних залоз, частіше в малих слинних залозах (50 %), однаково часто у чоловіків та жінок. Інколи мають перебіг, подібний до змішаних пухлин. Слід зауважити, що поліморфну аденому, циліндрому і мукоепідермоїдну пухлину макроскопічне практичне неможливо відрізнити. Ця обставина спричиняє значні труднощі для хірургів, призводить до діагностичних помилок і неадекватного лікування хворих.

Аденокистозні карциноми мають схильність до переважного гепатогенного метастазування (40-45 %), метастазує в лімфатичні вузли шиї, в легені, кістки.

Аденокарциноми зустрічаються дуже часто серед злоякісних пухлин слинних залоз. Вже на початкових стадіях розвитку пухлина має щільну консистенцію, вона безболісна, не має чітких меж, рухомість її обмежена. З ростом пухлини з'являється біль, інфільтруються прилеглі тканини, жирова клітковина, вушна раковина, нижня щелепа. З'являється контрактура жувальних м'язів, парез лицьового нерву, гіперемія шкіри. Пухлина метастазує в регіонарні шийні лімфатичні вузли, в легені, хребет.

Плоскоклітинний рак (епідермоїдна карцинома) за клінічною картиною схожий з аденокарциномою слинних залоз.

Діагностика. Ретельне вивчення анамнезу та клінічних симптомів захворювання не завжди дають змогу визначити характер пухлинного процесу. А.І.Пачес вважає, що помилки при діагностиці пухлин слинних залоз зумовлені недостатньою, а інколи і хибною трактовкою анамнезу, схожим клінічним перебігом різних пухлин, ігноруванням сучасних методів діагностики. Самим достовірним критерієм злоякісності пухлини слинної залози є морфологічна верифікація процесу. Перевага надається цитологічному дослідженню пунктату пухлини і секрету ураженої залози. Гістологічне дослідження можливе при видаленні пухлини, при наявності підозри на злоякісний характер пухлини, при її проростанні за межі залози з ураженням шкіри.

Суттєву допомогу в діагностиці і диференційній діагностиці пухлинних процесів слинних залоз може надати сіалографія, рентгенографія кісток лицьового скелету, ультразвукове дослідження, радіонуклідні методи дослідження (сканування слинних залоз), комп'ютерна томографія.

Диференційний діагноз слід проводити з доброякісними пухлинами слинних залоз, кістами, запальними процесами, в тому числі з туберкульозом та актиномікозом.

Лікування злоякісних пухлин слинних залоз переважно комбіноване. В плані комбінованого лікування передбачається на I етапі проведення передопераційного курсу дистанційної гамма-терапії сумарною вогнищевою дозою 45-50 Гр, при наявності регіонарних метастазів в поля опромінювання включаються і зони метастазування. На II етапі комбінованого лікування – через 3-4 тижні після променевої терапії виконується оперативне втручання.

Лікування раку привушної слинної залози полягає в проведенні паротидектомії (без збереження гілок лицьового нерву) з фасціально-футлярним висіченням клітковини шиї з боку ураження в одному блоці із слинною залозою. У разі наявності множинних або незміщуваних шийних метастазів виконується операція Крайля.

При локалізації пухлини в піднижньощелепній слинній залозі виконують фасціально-футлярне висічення клітковини шиї разом з ураженою залозою або операцію Крайля за показаннями.

При занедбаних формах злоякісних пухлин слинних залоз показана паліативна променева терапія (до 70 Гр на курс), цитостатична хімотерапія (в окремих випадках внутрішньо-артеріальна) малоефективна, Інколи застосовують комбінації доксорубіцин, 5- метотрексату, циклофосамід, блеоміцином, адриаміцином, комплексними сполуками платини.

Прогноз при злоякісних пухлинах слинних залоз несприятливий, залежить від стадії морфологічних особливостей пухлини і локалізації. Вважається, що віддалені результати лікування злоякісних пухлин піднижньощелепної слинної залози гірші, ніж результати лікування привушної залози.

Реабілітація і працездатність. Радикальні операції на слинних залозах супроводжуються інвалідизацією хворих, що зумовлено пересіченням стовбура лицьового нерва, внаслідок чого виникає парез м'язової мускулатури відповідного боку. Можливі також порушення функції верхньої кінцівки відповідного боку після виконання операції Крайля. Такі хворі отримують III-II

групи інвалідності. Ушкодження лише окремих гілочок лицевого нерву при хірургічному лікуванні доброякісних пухлин привушної слинної залози вимагає тривалого відновного лікування.

Застосування фізіотерапевтичних методів онкологічним хворим є суворо протипоказаним.

6. МАТЕРІАЛИ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ:

А. Завдання для самоконтролю:

№ п/п	Основні завдання. Знати.	Вказівки
1.	Етіологію та патогенез злоякісних пухлин слинних залоз.	Перелічіть фактори, що сприяють виникненню та розвитку злоякісних пухлин слинних залоз.
2.	Класифікацію злоякісних пухлин слинних залоз.	Навести класифікацію злоякісних пухлин слинних залоз.
3.	Гістологічну будову злоякісних пухлин слинних залоз.	Навести гістологічну картину, що відповідає різним формам злоякісних пухлин слинних залоз.
4.	Клінічні прояви злоякісних пухлин слинних залоз.	Перелічити клінічні прояви, що супроводжують перебіг злоякісних пухлин слинних залоз.
5.	Діагностика та диференційна діагностика злоякісних пухлин слинних залоз.	Провести внутрішньо- та поза групову диференційну діагностику злоякісних пухлин слинних залоз.

Б. Задачі для самоконтролю:

1. Чи спостерігається ретенція контрасту при сіалографії привушної залози хворого з злоякісною плеоморфною аденомою?

(Відповідь: спостерігається майже завжди)

2. Чи можливе розірвання і фрагментація вивідних протоків великих слинних залоз, що виявляються на сіалограмах, при озлоякісненні плеоморфної аденоми привушної залози?

(Відповідь: спостерігається майже завжди)

3. Як змінюється функція привушної залози при виникненні в ній озлоякісненої плеоморфної аденоми?

(Відповідь: знижується)

В. Матеріали для тестового контролю. Тестові завдання з одиничною правильною відповіддю ($\alpha=II$):

1. Які розрізняють варіанти клінічного плинну мукоепідермоїдної пухлини слинних залоз?

- A. Доброякісний.
- B. Злоякісний.
- C. Напівзлоякісний.
- D. Доброякісний і злоякісний.
- E. Доброякісний, злоякісний і напівзлоякісний.

(Правильна відповідь: D).

2. Синонім циліндроми:

- A. Аденокарцинома.
- B. Плеоморфна аденома.
- C. Мукоепідермоїдна пухлина.
- D. Аденокістозна карцинома.
- E. Епідермоїдна карцинома.

(Правильна відповідь: D).

3. Карциноми слинних залоз розвиваються з:

- A. Строби протоків.
- B. Епітелію протоків.
- C. Кровоносних судин.
- D. Лімфатичних судин.
- E. Нервових стовбурів.

(Правильна відповідь: В).

Г. Навчальні задачі 3-го рівня (нетипові задачі):

1. Хвора П., 40 років, звернулась в стоматологічну поліклініку із скаргами на наявність пухлини в ділянці твердого піднебіння, що з'явилась близько 5 місяців тому, в останній час почала збільшуватись. Під час огляду спостерігається безболісна пухлина, щільної консистенції із чіткими межами, слизова оболонка над нею звичайного забарвлення, пухлина з підлеглою кістковою тканиною не спаяна, розміри її до 2 см. Регіонарні лімфатичні вузли не збільшені.

Про яку пухлину можна думати? Які додаткові методи обстеження потрібно провести?

(Відповідь: циліндрома; необхідно провести цитологічне дослідження; по можливості виконати біопсію)

2. Хворому Д., 54 р., проведено радикальне лікування з приводу злоякісної пухлини привушної слинної залози (рак правої привушної слинної залози, T2НОМО). В даний час даних за рецидив та метастази немає.

До якої клінічної групи слід віднести хворого?

(Відповідь: до третьої)

3. Хворий У., 68 років, звернувся із скаргами на прогресуючу асиметрію обличчя, перші прояви якої з'явилися близько 3 тижнів тому назад. Останніми днями відчувається біль в привушно-жувальній ділянці зліва. Під час огляду: параліч мимічної мускулатури зліва по периферичному типу. Шкіра в лівій привушній ділянці синюшна, втягнута, нерухома. Пальпаторно: болісна інфільтрація тканин залози без чіткої межі, розміром до 4 – 5 см пальпуються 2 збільшених до 2 см верхніх шийних лімфовузлів зліва. Контрактура жувальних м'язів.

Про яке захворювання слід думати? Які допоміжні методи дослідження потрібно провести і в якому лікувальному закладі?

(Відповідь: рак привушної слинної залози. Хворого слід направити в онкологічний диспансер. Допоміжні методи діагностики: цитологічний, контрастна рентгенографія слинної залози, рентгенографія органів грудної порожнини)

7. ЛІТЕРАТУРА:

Основна література:

1. Онкологія. За ред. Б.Т. Білинського, Ю.М. Стернюка, Я.В. Шпарика. – Київ: «Здоров'я», 2007. – 527 с.
2. Онкологія за ред. В.П. Баштана, А.Л. Одабашяна, П.В. Шелешка, Тернопіль, “Укрмедкнига” 2003р.
3. Черенков В.Г. Клиническая онкология: Руководство для студентов и врачей. М.: ВУНМЦ МЗ РФ, 1999р – 384 с.
4. Онкологія. За ред. І.Б.Щепотіна. – Київ: «Книга плюс», 2006. – 496 с.

Додаткова література:

1. Пачес А.И. Опухоли головы й шеи. М.: Медицина, 1983.-416 с.
2. Соловьев М.М. Онкологические аспекты в стоматологии. М.: Медицина, 1983, 160 с.
3. Дарьялова С.Л. Принципы лучевого й комбинированного лечения новообразований околоушной слюнной железы. М.: Медицина, 1972.
4. Гистологическая классификация опухолей слюнных желез. Всемирная организация здравоохранения. Женева. 1976.
5. Справочник по онкологии. Под ред. С.А.Шалимова, Ю.А.Гриневича, Д.В.Мясоедова. – Київ: «Здоров'я», 2009. – 576 с.

Міністерство охорони здоров'я України
Вищий державний навчальний заклад України
«Українська медична стоматологічна академія»

«Затверджено»
на засіданні кафедри
хірургічної стоматології
та щелепно-лицевої хірургії
з пластичною та реконструктивною
хірургією голови та шиї

Завідувач кафедри

д. мед. н. Аветіков Д.С.



МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ
ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ
ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ДО ПРАКТИЧНОГО
(СЕМІНАРСЬКОГО) ЗАНЯТТЯ

Навчальна дисципліна	Хірургічна стоматологія
Модуль №	3
Змістовний модуль №	3
Тема заняття	Рак і саркома щелеп: походження та гістологічна будова, класифікація, клініка, диференційна діагностика, лікування, ускладнення та профілактика.
Курс	IV
Факультет	Стоматологічний

1. АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ.

Рак верхньої щелепи – досить часте захворювання, що складає 3 – 6% всіх злоякісних новоутворень людини та приблизно 40% новоутворень щелепно-лицевої ділянки. Серед захворювань щелеп частіше (у 60-70%) хворих вражається саме верхня щелепа. Більшість хворих злоякісними пухлинами верхньої щелепи починають спеціалізоване лікування у занедбаних стадіях. Причиною є те, що клінічні ознаки на ранніх стадіях захворювання настільки незначні, що хворі не надають їм певного значення і своєчасно не звертаються за медичною допомогою. Затримці своєчасної госпіталізації хворих в онкологічні клініки сприяє і невірне розпізнавання захворювання в поліклініках, що призводить до неправильного тривалого лікування від інших захворювань.

В зв'язку з тим, що верхня щелепа розташована на межі лицевого та мозкового черепу, рак цієї локалізації (на ранніх стадіях має безсимптомний перебіг) є захворюванням яке безпосередньо загрожує життю хворих. Та обставина, що виникненню раку верхньощелепної пазухи передують її хронічне запалення, визначає спрямованість профілактичних міроприємств. Роль лікаря-стоматолога в них дуже відповідальна, тому що значну частину хронічних гайморитів складають так звані одонтогенні гайморити.

2. КОНКРЕТНІ ЦІЛІ:

- 2.1. Аналізувати епідеміологію рака верхньої та нижньої щелепи.
- 2.2. Пояснювати передракові захворювання щелеп.
- 2.3. Запропонувати сучасні методи діагностики рака верхньої та нижньої щелеп.
- 2.4. Класифікувати злоякісні новоутворення щелеп.
- 2.5. Трактувати патогістологічну структуру рака щелеп.
- 2.6. Малювати схеми злоякісних новоутворень щелеп.
- 2.7. Проаналізувати сучасні методи лікування рака верхньої та нижньої щелеп.
- 2.8. Скласти план лікування хворих на злоякісні новоутворення щелеп.

3. БАЗОВІ ЗНАННЯ, ВМІННЯ, НАВИЧКИ, НЕОБХІДНІ ДЛЯ ВИВЧЕННЯ ТЕМИ (міждисциплінарна інтеграція).

Назви попередніх дисциплін	Отримані навички
1.Анатомія людини.	Описувати анатомічну будову верхньої та нижньої щелеп, кровопостачання та інервацію щелепно-лицевої ділянки, лімфатичну систему.
2.Гістологія.	Знати гістологічну будову тканин верхньої та нижньої щелеп.
3.Патологічна анатомія.	Знати патологічну зміну тканин при злоякісних пухлинах щелеп.
4.Внутрішні хвороби.	Обстежувати хворого. Описувати медичну документацію (історію хвороби, амбулаторну карту та ін.
5.Загальна хірургія.	Зобразити схематично методи оперативних втручань при злоякісних пухлинах щелеп.
6.Фармакологія.	Призначувати хіміотерапевтичне лікування хворим зі злоякісними новоутвореннями щелеп.
7.Променева діагностика та променева терапія.	Призначувати методи променевої та радіоізотопної діагностики щелеп. Призначувати променеве лікування злоякісних пухлин щелеп.

4. ЗАВДАННЯ ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ДО ЗАНЯТТЯ.

4.1. Перелік основних термінів, параметрів, характеристик, які повинен засвоїти студент при підготовці до заняття:

Термін	Визначення
Продовження хвороби.	Prolongation morbid.
2. Половинна резекція нижньої щелепи.	Hemiresekcija mandibula.

4.2. Теоретичні питання до заняття:

1. Епідеміологія раку верхньої та нижньої щелеп.
2. Патологічна анатомія раку злоякісних пухлин щелеп.
3. Які методи діагностики застосовують при злоякісних новоутвореннях щелеп?
4. Клініка раку верхньої щелепи.
5. Як класифікуються злоякісні новоутворення?
6. Методи діагностики раку верхньої щелепи.
7. Шляхи метастазування пухлин щелеп.
8. Принципи лікування раку верхньої щелепи.
9. Клініка раку нижньої щелепи.
10. Лікування раку нижньої щелепи.
11. Які хіміотерапевтичні препарати та за якою схемою застосовують при злоякісних новоутвореннях щелеп?
12. Реабілітація хворих на рак щелеп.

4.3. Практичні роботи (завдання), які виконуються на занятті:

1. Обстеження хворого зі злоякісними пухлинами щелеп.
2. Пальпаторне дослідження м'яких навколо-щелепних тканин.
3. Пальпаторне дослідження регіонарних лімфовузлів.
4. Пункція пухлини нижньої щелепи.
5. Пункція регіонарних лімфовузлів.
6. Біопсія пухлини.
7. Вміння оцінювати рентгенограми.
8. Пункція гайморової пазухи
9. Вміння формулювати діагноз злоякісного новоутворення слинної залози з визначенням стадії процесу та клінічної групи.
10. Скласти план лікування та диспансерного спостереження.
11. Оформляти медичну документацію
12. Здійснювати догляд за післяопераційними хворими.

5. ЗМІСТ ТЕМИ:

Злоякісні пухлини щелеп можуть бути як епітеліального походження (плоскоклітинний рак, аденокістозна карцинома, аденокарцинома), так і сполучнотканинної природи – саркоми (остеосаркоми, хондросаркоми, фібросаркоми та ін.).

Серед пухлин щелеп слід розрізняти:

- первинні;
- вторинні;
- метастатичні новоутворення.

Первинний плоскоклітинний рак щелеп зустрічається дуже рідко і розвивається із епітеліальних островків Малаясе, епітеліальних залишків гертвігівської мембрани.

Вторинні раки виникають на слизовій оболонці порожнини рота чи гайморової пазухи. В зв'язку з тим, що площа епітелію, що вистилає різні анатомічні відділи верхньої щелепи, значно більша в порівнянні з епітеліальною вистилкою нижньої щелепи, найчастіше зустрічається рак саме верхньої щелепи. Малігнізація слизової оболонки, яка покриває альвеолярні відростки та піднебіння, відбувається під впливом різних канцерогенних чинників, які вже описані при розгляді раку слизової оболонки порожнини рота. Метаплазія циліндричного мерехтливого епітелію слизової оболонки гайморової пазухи розвивається внаслідок тривалого хронічного запального процесу з періодичними загостреннями.

А. Злоякісні пухлини верхньої щелепи.

За останні роки спостерігається зростання захворюваності злоякісними пухлинами верхньої щелепи. Пухлини цієї локалізації складають близько 1% - 2% всіх злоякісних пухлин. Чоловіки та жінки хворіють з однаковою частотою переважно у віці 40 – 60 років.

Класифікації раку верхньощелепної пазухи:

Вітчизняна клінічна класифікація за стадіями:

I стадія – пухлина обмежена слизово-підслизовим шаром однієї стінки верхньощелепної порожнини. Регіонарні метастази не визначаються;

IIa стадія – пухлина з вогнищевою деструкцією кісткових стінок, що не виходить за межі верхньощелепної порожнини. Регіонарні метастази не визначаються;

IIb стадія – пухлина такого ж, або меншого розміру з поодиноким рухомим регіонарним метастазом на боці ураження;

IIIa стадія – пухлина з руйнуванням кісткових стінок, що розповсюджується в одну або декілька суміжних анатомічних ділянок (орбіту, порожнину носа, порожнину рота та ін.). Регіонарні метастази не визначаються;

IIIb стадія – пухлина такого ж, або меншого ступеню розповсюдження з поодинокими, обмежено рухомими або множинними рухомими регіонарними одно-, двобічними або контралатеральними метастазами;

IVa стадія – пухлина, що проростає в одну або декілька сусідніх анатомічних ділянок (шкіру обличчя, другу половину верхньощелепної кістки, вилицеву кістку, основу черепа) без регіонарних метастазів;

IVb стадія – пухлина того ж ступеню місцевого розповсюдження з незміщуваними регіонарними метастазами або пухлина будь-якого місцевого розповсюдження з клінічними ознаками віддалених метастазів.

Класифікація раків параназальних синусів

(коди МКХ – О С31.0, 1) за системою TNM (6-е видання, 2002 рік)

Анатомічні розділи та підрозділи

Верхньощелепний синус – С31.0

Решітчастий синус – С31.1

Регіонарні лімфатичні вузли

Регіонарними лімфатичними вузлами є шийні лімфатичні вузли

TNM клінічна класифікація

T — первинна пухлина.

T_x — недостатньо даних для оцінки первинної пухлини.

T₀ — первинна пухлина не визначається.

T_{is} — преінвазивна карцинома (carcinoma in situ).

Верхньощелепний синус

T₁ — пухлина обмежена слизовою оболонкою порожнини без ерозії або деструкції кістки.

T₂ — пухлина спричиняє ерозію або деструкцію кістки за винятком задньої стінки порожнини, але включаючи поширення на тверде піднебіння і/або середній носовий хід.

T₃ — пухлина поширюється на будь-яку з таких структур: задню стінку максиллярного синуса, підшкірні тканини, шкіру щоки, нижню або медіальну стінку орбіти, підскроневу ямку, крилоподібну ямку, решітчастий синус.

T₄ — пухлина поширюється на орбіту поза межі нижньої або медіальної стінок, основу черепа, носоглотку, основний синус, лобний синус.

Носова порожнина і решітчастий синус

T₁ — пухлина обмежена будь-яким одним підрозділом і/або без деструкції кістки.

T₂ — пухлина проникає в носову порожнину.

T₃ — пухлина поширюється на передню частину орбіти і/або верхньощелепний синус.

T₄ — пухлина з інтракраніальним поширенням; поширенням на орбіту, включаючи верхівку, із захопленням основного і/або лобного синуса і/або шкіри носа.

N — регіонарні лімфатичні вузли.

N_x — недостатньо даних для оцінки стану регіонарних лімфатичних вузлів.

N₀ — немає ознак ураження регіонарних лімфатичних вузлів.

N₁ — метастази в одному гомолатеральному лімфатичному вузлі до 3 см у найбільшому вимірі.

N₂ — метастази в одному гомолатеральному лімфатичному вузлі до 6 см у найбільшому вимірі, або чисельні метастази в гомолатеральних лімфатичних вузлах, жоден з яких не перевищує 6 см у найбільшому вимірі, або білатеральні, або контралатеральні метастатичні лімфатичні вузли розміром до 6 см у найбільшому вимірі.

N_{2a} — метастаз у гомолатеральному лімфатичному вузлі до 6 см у найбільшому вимірі.

N_{2b} — чисельні метастази в гомолатеральних лімфатичних вузлах, жоден з яких не перевищує 6 см у найбільшому вимірі.

N_{2c} — білатеральні або контралатеральні метастази в лімфатичні вузли розміром до 6 см у найбільшому вимірі.

N₃ — метастази в лімфатичних вузлах понад 6 см у найбільшому вимірі

Примітка: Лімфатичні вузли по середній лінії тіла вважаються гомолатеральними.

M — віддалені метастази.

M_x — недостатньо даних для визначення віддалених метастазів.

M₀ — немає ознак віддалених метастазів.

M₁ — наявні віддалені метастази.

pTNM Патоморфологічна класифікація

Категорії pT, pN і pM відповідають категоріям T, N і M

pN₀ — Матеріал для гістологічного дослідження після селективної шийної регіонарної лімфаденектомії повинен включати не менше 6 лімфатичних вузлів.

Матеріал для гістологічного дослідження після радикальної чи модифікованої радикальної шийної лімфаденектомії повинен включати не менше 10 лімфатичних вузлів.

G — Гістопатологічна градація.

G_x — Ступінь диференціації не може бути визначений.

G₁ — Високий ступінь диференціації.

G₂ — Середній ступінь диференціації.

G₃ — Низький ступінь диференціації.

G₄ — Недиференційована пухлина.

Групування за стадіями

Стадія 0	T _{is}	N ₀	M ₀
Стадія I	T ₁	N ₀	M ₀
Стадія II	T ₂	N ₀	M ₀
Стадія III	T ₁	N ₁	M ₀
	T ₂	N ₁	M ₀
	T ₃	N ₀ , N ₁	M ₀
Стадія IVA	T ₄	N ₀ , N ₁	M ₀
Стадія IVB	T _{4b}	будь-яке N	M ₀
	будь-яке T	N ₃	M ₀
Стадія IVC	будь-яке T	будь-яке N	M ₁

Клініка.

Клінічні ознаки початкових стадій раку верхньощелепної пазухи настільки незначні, що хворі зазвичай не надають їм потрібної уваги і своєчасно не звертаються за медичною допомогою. Тому більшість хворих потрапляє в онкологічні заклади в занедбаних стадіях. Затримці своєчасного потрапляння хворих в спеціалізовану клініку сприяє хибне розпізнавання захворювання і внаслідок – неадекватне тривале лікування хворих з приводу інших захворювань. За даними Г.П. Іоанідіса, 35% хворих на рак верхньощелепної пазухи внаслідок хибного діагнозу були прооперовані з приводу гаймориту, поліпа носа, періоститу верхньої щелепи та ін.

Симптоми раку верхньощелепної пазухи в значній мірі залежать від локалізації пухлини в тому чи іншому відділі гайморової пазухи та напрямку росту пухлини за межі пазухи. Для систематизації цих симптомів їх доцільно розділити на ринологічні, офтальмологічні, стоматологічні, неврологічні:

Ринологічні:

гнійно-кров'янисті виділення з носа;

однобічне утруднення або повна відсутність носового дихання;

деформація зовнішнього носа, зміщення носа в здоровий бік;

аносмія.

Стоматологічні:

зубний біль (переважно в ділянці молярів);

розхитування зубів;

дистопія зубів (латеральна девіація);

деформація, потовщення альвеолярного відростка верхньої щелепи, піднебіння;

тенденція до утворення ороантральних сполучень після екстракції зубів; контрактура жувальних м'язів (інвазія в ділянку крилоподібних м'язів).

Офтальмологічні:

екзофтальм;
диплопія;
сльозотеча (обструкція слезоносової протоки);
набряк повік;
зниження гостроти зору.

Неврологічні:

прозопалгії (біль в ділянці обличчя);
симптоматичні тригемінальні невралгії;
парестезії в зоні іннервації суборбітального нерву;
виснажливий головний біль.

Визнаючи тісний взаємозв'язок між локалізацією злоякісної пухлини верхньощелепної пазухи та її клінічним перебігом, шведський отоларинголог Ohngren (1933) запропонував поділяти верхню щелепу на 4 відділи (сектори або сегменти). Такий розподіл виконується внаслідок проведення двох площин, що перетинаються.

Перша площина – фронтальна, проходить через медіальний кут ока та кут нижньої щелепи і розділює верхню щелепу і гайморову пазуху на дві приблизно однакові частини: передньонижню та верхньозадню.

Друга площина – сагітальна, проходить через зіницю ока, розділює гайморову пазуху відповідно на внутрішню (медіальну) та зовнішню (латеральну) половини.

Внаслідок цього утворюються 4 сектори:

нижньопередньовнутрішній
нижньопередньозовнішній
верхньозадньовнутрішній
верхньозадньозовнішній

Пухлина, що виникає в кожному із вказаних секторів, має свою власну клінічну картину і напрямок пухлинного росту.

Площину, що розділяє верхню щелепу на верхньозадній та передньонижній відділи, деякі автори називають площиною або лінією злоякісності. Справа в тому, що пухлини задньоверхніх відділів діагностуються значно пізніше, а пухлинний процес набагато раніше переходить на життєво важливі органи і тому прогноз при пухлинах цих локалізацій значно гірший.

Для пухлин нижньопередньовнутрішнього сектора характерними є слизові, слизово-гнійні або гнійно-кров'яністі виділення з носа. Проростання в порожнину носа приводить до ускладнення дихання ураженою половиною носа, пухлина стає видимою при риноскопії і доступною для біопсії. В пізніших стадіях спостерігається деформація лицьового скелету внаслідок руйнації передньої стінки гайморової пазухи, переднього відділу піднебіння, альвеолярного відростка верхньої щелепи. Пухлина може розповсюджуватись на м'які тканини. Носогубна борозна згладжується, з'являється асиметрія обличчя.

Пухлини нижньопередньозовнішнього сектора викликають біль, розхитування зубів, деформацію альвеолярного відростка і верхньої щелепи в задніх відділах. Внаслідок руйнування задньої стінки і проростання пухлини в підкронеvu та крилопіднебінну ямку виникають явища контрактури жувальних м'язів.

Пухлини задньоверхньовнутрішнього сектору часто діагностують в пізніших стадіях захворювання, так як вони важкодоступні для огляду і дослідження. Якщо пухлина спочатку проростає в носові ходи, то скоріше з'являються характерні симптоми (ускладнення носового дихання, кров'яністі виділення з порожнини носа) і пухлину можна побачити при риноскопії у верхніх відділах носа. Інфільтруючи ділянку орбіти, пухлина призводить до зміщення очного яблука вперед і латерально. Внаслідок здавлення пухлиною слезового каналу виникає слезотеча.

Пухлини задньоверхньозовнішнього сектору також призводять до виникнення екзофтальму із зміщенням ока у внутрішні відділи, що супроводжується диплопією. Спостерігаються застійні явища, набряк повік. При подальшому збільшенні пухлини з'являється асиметрія обличчя, а потім і значна його деформація. Розвиток пухлин супроводжується інтенсивними, виснажливими болями в ділянці гілок трійчастого нерва, головним болем, явищами контрактури жувальних м'язів.

Діагностика.

Для встановлення діагнозу злоякісної пухлини верхньощелепної пазухи ретельно знайомляться із анамнезом захворювання, в якому є можливість простежити невпинне зростання симптомів захворювання і відсутність ефекту від лікувальних заходів.

Зовнішній огляд хворого. Під час зовнішнього огляду хворого в пізніх стадіях захворювання визначають асиметрію, деформацію лицьового скелету, зміщення очного яблука.

Мануальне обстеження. За допомогою пальпації вдається визначити інфільтрацію м'яких тканин у ділянці іклової ямки і нижньоорбітального краю, деформацію схилю носа та вилицевої кістки.

Передня риноскопія. За допомогою передньої риноскопії можна виявити пухлину в порожнині носа, видалити шматочок пухлини для гістологічного дослідження. Якщо пухлина не виходить за межі пазухи, виконують її пункцію і проводять цитологічне дослідження пунктату.

Задня риноскопія. За допомогою задньої риноскопії можна встановити наявність або відсутність проростання пухлини в носоглотку. При цьому необхідно відрізнити "провисання" пухлини через хоани в просвіт носоглотки від пухлинної інфільтрації її стінок, бо це є одним із критеріїв операбельності хворого.

Огляд порожнини рота дає змогу визначити деформацію альвеолярного відростка й піднебіння; дистопію, розхитування та випадіння зубів; наявність бугристої пухлини чи виразки. Пальпацію м'яких тканин і кісток виконують бімануально, порівнюючи симетрично розташовані відділи. Якщо знаходять пухлину, визначають пальпаторно її межі, консистенцію (щільна, хрящоподібна, еластична, м'яка), поверхню (горбиста, гладенька), спаяність з м'якими тканинами щоки.

Пальпаторне обстеження регіонарних лімфатичних вузлів. Пальпація піднижньощелепних, привушних, шийних і надключичних лімфовузлів має велике діагностичне значення. При метастазах пухлин в піднижньощелепну ділянку та ділянку шиї визначаються щільні, частіше безболісні, лімфовузли, які в подальшому стають нерухомими та зливаються в суцільні конгломерати.

Рентгенологічне дослідження лицьового скелету відіграє значну роль в уточненні клінічного діагнозу злоякісних пухлин верхньої щелепи. Використовується як оглядова, так і прицільна рентгенографія. Особливо інформативними є рентгенограми в носопідборідній (окципітоментальній) проекції та панорамна рентгенографія верхньої щелепи (за В.Д. Сидорою із співавт.). Чільне місце в рентгенологічному дослідженні займає відіграє томографія – пошарове дослідження. При виконанні томограм у фронтальній проекції перший зріз проходить на відстані 1 см від перенісся. Виконують 4-5 зрізів з томографічним кроком в 1 см. Можна виконувати зрізи і в сагітальних площинах. Великими діагностичними можливостями відзначається метод рентгенологічного дослідження додаткових пазух носа за допомогою їх штучного контрастування. Значну діагностичну цінність в уточненні ступеня розповсюдженості злоякісних пухлин верхньої щелепи має комп'ютерна томографія, яка є набагато інформативнішою, ніж звичайне рентгенівське дослідження.

Обстеження окуліста. При локалізації пухлини в задньоверньомедіальному секторі необхідно визначити стан орбіти, зокрема цілість її стінок і рухомість очного яблука.

Фіброскопія. Ступінь розповсюдженості пухлини на задні відділи носових ходів і носоглотку можна виявити за допомогою фіброскопії.

Морфологічна верифікація. Клінічний діагноз обов'язково повинен бути підтверджений результатами морфологічного дослідження пунктату із гайморової пазухи, або біоптату пухлини із носа або порожнини рота, якщо пухлина проростає в ці анатомічні відділи.

Лікування.

Складні топографо-анатомічні взаємовідносини ділянки верхньої щелепи, близькість передньої черепної ямки, орбіти, носоглотки, крилощелепної, підскроневої ямок значно знижують можливість виконання онкологічно адекватних оперативних втручань, які б задовольняли вимогам абластики та антиабластики. Ці обставини, а також пізня діагностика пухлин верхньощелепної пазухи зумовлюють необхідність комбінованого лікування. В усіх випадках, коли можна виконати операцію, перевагу надають саме комбінованому методу лікування. Він складається з 2 етапів:

Перший етап – складається із передопераційного курсу дистанційної гамма-терапії (сумарною дозою на вогнище 40-45 Гр). Променева терапія, як компонент комбінованого лікування, відіграє важливу роль в забезпеченні радикалізму лікування, підвищенню абластичності операцій. За допомогою передопераційної променевої терапії вдається досягти

зменшення пухлини, відмежування її, зниження потенціалу злоякісності. Післяопераційна променева терапія показана лише тоді, коли немає впевненості в радикалізмі виконаної операції.

Другий етап – електрохірургічне видалення верхньої щелепи, яке виконується через 3 – 4 тижні після закінчення передопераційного курсу променевої терапії. Труднощі топіки пухлини зумовлюють проведення електрохірургічних операцій з широкого позаротового доступу, який би дозволив точніше визначити межі новоутворення і радикально його видалити. Найчастіше застосовується розтин м'яких тканин за Вебером.

При розповсюдженні пухлин на решітчастий лабіринт, порожнину орбіти показані розширені операції, часто з екцентерацією орбіти. При цьому слід планувати перед операцією перев'язку зовнішньої сонної артерії на стороні ураження для зменшення інтраопераційної втрати крові.

При підозрі або наявності метастазів в ділянці шиї одночасно з резекцією щелепи (якщо дозволяє стан хворого) виконують фасціальну-футлярну видалення клітковини шиї за Пачесом або операцію Крайля відповідно.

В.С. Проциком розроблений комбінований метод лікування раку верхньої щелепи з застосуванням внутрішньоартеріальної хіміотерапії метотрексатом, наступної телегамматерапії за інтенсивною методикою (при щоденному фракціонуванні по 5 Гр сумарною дозою до 20 Гр). Через 1-2 дні виконується електрорезекція верхньої щелепи з закладанням в післяопераційну порожнину стенового аплікатора з препаратами Co^{60} і підведенням дози на післяопераційну рану 35-40 Гр.

Після лікування такі хворі потребують комісування (II група інвалідності). Крім складного протезування, такі хворі потребують відновних операцій, навчання у логопеда, оздоровлення в будинках відпочинку і санаторіях загального профілю.

Реабілітація.

Хворі, яким проведені оперативні втручання з приводу злоякісних пухлин верхньої щелепи, потребують складного щелепно-лицьового протезування. Найчастіше застосовується трьохетапна методика протезування:

перший етап – перед операцією виготовляють безпосередній протез – захисну платівку;

другий етап – на 10-15 добу після операції виготовляють формуючий протез;

третій етап – через місяць виготовляють остаточний протез. Дефекти орбіти і м'яких тканин обличчя відшкодовують із допомогою ектопротезів.

Прогноз.

Прогноз назагал несприятливий: вже на протязі 1 року після комбінованого лікування спостерігається від 30% до 60% рецидивів. Хіміотерапія та ізольована променева терапія, як правило, дають короткочасний ефект.

Б. Злоякісні пухлини нижньої щелепи.

Етіологія.

Зустрічаються первинні, вторинні та метастатичні пухлини.

Первинний плоскоклітинний рак нижньої щелепи дуже рідко розвивається із епітеліальних залишків гертвігової мембрани.

Вторинний рак нижньої щелепи найчастіше розвивається внаслідок переходу процесу із слизової оболонки альвеолярного відростка нижньої щелепи. Крім того, нижня щелепа часто втягується в пухлинний процес при розповсюдженні раку слизової оболонки альвеолярного відростку, дна порожнини рота, ретромолярної ділянки, щоки.

Метастатичний рак нижньої щелепи. Метастази в нижню щелепу інколи спостерігаються при ураженні первинним раком внутрішніх органів, щитовидної та грудної залози.

Патологічна анатомія.

Найчастіше рак нижньої щелепи належить до пухлин, що мають будову плоскоклітинної з ороговінням і, рідше – без ороговіння карциноми. Пухлина може бути представлена ендоепітеліальною або екзофітною формою росту. Метастази раку нижньої щелепи спостерігаються значно частіше, ніж при ураженні верхньої щелепи. Метастазування переважно лімфогенне – в піднижньощелепні та шийні лімфовузли.

Клініка.

Початкові прояви раку нижньої щелепи можуть бути досить різноманітними. Ранніми симптомами є напади різкого болю з іррадіацією за ходом нижньоальвеолярного нерва. Поступово збільшується здуття кістки. Внаслідок деструкції стінок альвеол, тканин пародонту, яка інколи перебігає приховано, з'являється патологічна рухливість, а потім і випадіння зубів. Пухлина проростає слизову оболонку альвеолярного гребеня, укривається виразками і поширюється на

тканини дна порожнини рота. На цьому етапі розвитку рак нижньої щелепи важко відрізнити від раку слизової оболонки порожнини рота, що розповсюджується на нижню щелепу.

Рак нижньої щелепи може бути представленим у вигляді як пухлинного інфільтрату, так і пухлинної виразки. При розповсюдженні пухлини на прилеглі до щелепи органи і тканини внаслідок набряку і інфільтрації виникає асиметрія обличчя. Внаслідок значного руйнування нижньої щелепи пухлинним процесом може виникнути її спонтанний патологічний перелом, який інколи буває першою причиною звертання до лікаря. У випадку приєднання до пухлинного процесу запальних явищ, особливо в ділянках прикріплення жувальних м'язів і при порушенні безперервності нижньої щелепи, виникають обмеження обсягу її рухомості, різко порушується жувальна функція. При переважному рості пухлини вглибину кісткової тканини, крім швидкого руйнування кістки з утворенням патологічної кісткової порожнини відбувається також резорбція коренів прилеглих зубів; проростання пухлини в нижньощелепний канал супроводжується появою симптому Венсана.

Ураження регіонарних лімфатичних вузлів значно погіршує клінічну картину захворювання.

Діагностика.

Аналізуючи причини занедбаності раку щелепних кісток, можна дійти висновку, що з одного боку цьому сприяє надто пізні звертання хворих, з іншого – недостатня обізнаність лікарів (зокрема стоматологів) з проявами і перебігом злоякісних пухлин щелепних кісток.

Для своєчасної діагностики важливе значення має:

правильно зібраний і детально проаналізований анамнез;
ретельно проведене об'єктивне обстеження хворого;
рентгенологічні методи дослідження – належать до основних методів розпізнавання злоякісних новоутворень щелеп.

При ураженні нижньої щелепи визначається:

деструкція кісткової тканини з нечіткими узурованими краями,
розширенням періодонтальних щілин,
деструкцією кортикальної платівки стінки альвеоли та губчастої речовини навколо неї,
розширення нижньощелепного каналу та ін.
морфологічна верифікація:

в ранніх стадіях раку нижньої щелепи необхідне цитологічне дослідження пунктату,
при проростанні пухлиною альвеолярного відростка і появі виразок на слизовій оболонці, виконується біопсія пухлини,
обов'язкове цитологічне дослідження пунктату збільшених регіонарних лімфовузлів.

Диференційна діагностика проводиться з метою виключення: доброякісних одонтогенних пухлин, гігантоклітинних пухлин, фіброзної остеодистрофії, актиномікозу, запальних процесів.

Лікування.

Як і при інших локалізаціях раку порожнини рота лікування пухлин нижньої щелепи слід починати з санації. Протипоказанням є лише видалення зруйнованих та розхитаних зубів із зони росту злоякісної пухлини. Найкращі результати при лікуванні раку нижньої щелепи спостерігаються після комбінованих методів:

I етап – дистанційна гамма-терапія на вогнище і регіонарні піднижньощелепні лімфатичні вузли сумарною вогнищевою дозою 45 – 60 Гр.

II етап – хірургічне лікування через 3 – 4 тижні після закінчення променевої терапії – резекція або екзартикуляція половини нижньої щелепи з профілактичною фасціальнофутлярною лімфаденектомією або (при наявності регіонарних метастазів) операцією Крайля.

Хворим з занедбаними стадіями призначають:

а) паліативну променеву терапію (до 70 Гр);
б) регіонарну внутрішньоартеріальну хіміотерапію цитостатиками (метотрексат, блеоміцин, цисплатин та ін.).

Видаленню пухлини нижньої щелепи повинен передувати комплекс заходів, спрямованих на виготовлення ортопедичних конструкцій, що використовуються для утримання в правильному положенні залишків нижньої щелепи (шина Ванкевич). Інколи з цією ж метою застосовують назубні дротяні шини з міжщелепною еластичною тягою. Від комплексу ортопедичних заходів в значній мірі залежить швидкість загоєння рани і естетичний аспект післяопераційних рубців.

Реабілітація.

В післяопераційному періоді, особливо після резекції значної частини нижньої щелепи і жувальних м'язів, годування хворого впродовж кількох тижнів здійснюють через носостравохідний зонд. Реконструктивні операції з метою заміщення дефектів нижньої щелепи – кісткову пластику, особливо після променевої терапії, доцільно виконувати не безпосередньо після операції видалення пухлини, а через 10-12 місяців.

Прогноз.

Прогноз при злоякісних захворюваннях нижньої щелепи дуже несприятливий – п'ятирічне виживання після лікування всіх злоякісних пухлин цієї локалізації спостерігається у 18% - 30% хворих.

В. Саркоми щелепно-лицевої ділянки

Саркома – злоякісна пухлина мезенхімного походження частіше уражає щелепи, рідше локалізується в оточуючих м'яких тканинах. Найчастіше спостерігаються такі форми сарком: остеогенні саркоми, хондросаркоми, фібросаркоми, ангіосаркоми та ін.

В порівнянні із раком саркоми щелепно-лицевої ділянки зустрічаються у відносно молодшому віці.

Метастазують вони переважно гематогенним шляхом.

Клінічні прояви визначаються головним чином локалізацією пухлини.

Топографічно розрізняють так звані центральні та периферичні саркоми щелеп.

При центральних саркомах, що походять із сполучнотканинних елементів кісткового мозку і кісткової тканини, ранніми симптомами є:

ниючий біль, який спочатку турбує хворого вночі, а потім набуває постійного характеру; рухомість зубів і деформація щелепи у вигляді її здуття;

зниження електрозбуджуваності зубів, верхівки яких розташовані в зоні росту пухлини;

сукровичні виділення з носового ходу, ускладнення носового дихання можуть спостерігатись при ураженні верхньої щелепи;

парестезія в ділянці шкіри підборіддя та половини нижньої губи (симптом Венсана) при ураженні нижньої щелепи.

У хворих з центральними саркомами під час рентгенологічного обстеження визначаються вогнища деструкції кісткової тканини округлої форми з нечіткими нерівними контурами, періостальними козирками.

При периферійних саркомах щелеп одним із перших симптомів є:

деформація щелепи – потовщення певного її відділу;

виразки слизової оболонки - периферійні пухлини альвеолярних відростків часто травмуються під час жування, що викликає виникнення виразок слизової оболонки, яка покриває пухлину, і приєднання інфекції;

патологічна рухомість зубів виникає внаслідок деструкції кісткової тканини і тканин пародонту;

досягнення за короткий час значних розмірів новоутворення веде до порушення носового дихання, змикання зубних рядів, обмеження рухомості нижньої щелепи, ускладнення розмови і приймання їжі.

Рентгенологічна картина при периферичних саркомах щелеп характеризується:

відшаруванням окістя;

формуванням новоутвореної кісткової тканини у вигляді періостальних нашарувань і окремих шипів (спікул).

Для сарком притаманна експансивна форма росту, при цьому збільшення маси пухлини відбувається значно швидше, ніж у хворих на рак. До появи метастазів та пухлинних виразок з приєднанням інфекції, загальний стан хворих залишається задовільним.

Прогноз та вибір раціонального методу лікування в значній мірі визначаються структурою пухлини, тому дуже важливою є морфологічна верифікація пухлинного процесу. Слід приймати до уваги, що фібросаркома, міксосаркома, хондросаркома і остеосаркома є пухлинами, які резистентні до променевої терапії і тому основним методом їх лікування є хірургічний. У неоперабельних хворих застосовується хіміотерапія в поєднанні з променевою терапією.

Навчальний процес.

Доповнення відповідей студентів з демонстрацією хворих, стендів, таблиць, рентгенограм. Потрібно з'ясувати чим відрізняються рентгенограми при запальних процесах, доброякісних та злоякісних пухлинах. По схемах продемонструвати розтини при оперативних втручаннях.

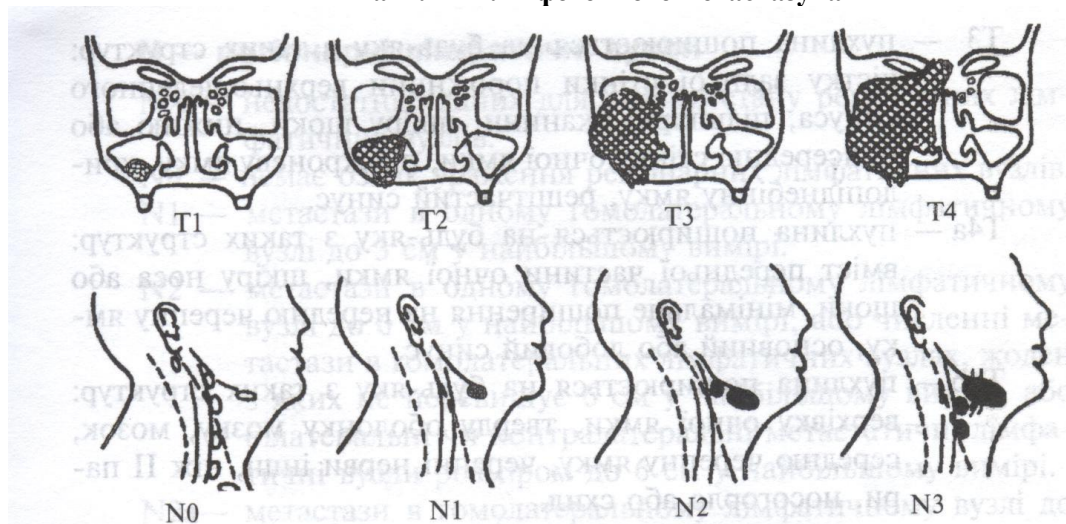
Прийом, курація тематичних хворих проводиться в поліклініці та стаціонарі ПКОД. При наявності декількох хворих за темою студенти розділяються на підгрупи по 2 – 3, самостійно обстежують хворих, вивчають результати спеціальних методів обстеження, в разі необхідності виконують під керівництвом викладача пункцію.

Складається план обстеження та лікування хворого, заповнюється медична документація, виписуються необхідні рецепти. Заняття можна продовжити в перев'язувальній кімнаті, вивчивши стан хворого після операції на слинній залозі, навчити студентів вести післяопераційний період у хворих.

6. МАТЕРІАЛИ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ:

А. Завдання для самоконтролю:

Схема росту пухлини верхньощелепної пазухи та шляхи лімфогенного метастазування



Б. Задачі для самоконтролю:

1. Площини Онгрена умовно поділяють верхньощелепну пазуху на які сектори?
(Відповідь: передньо-нижньо-задній, задньо-верхньо-внутрішній, задньо-верхньо-зовнішній)
2. Що включають в блок видаляємих тканин при операції Крайля?
(Відповідь: у блок тканин, що видаляються включається клітковина і лімфатичні вузли шиї, грудинно-ключично-соскоподібний м'яз, внутрішня яремна вена, додатковий нерв, піднижньощелепна залоза і нижній полюс привушної залози)
3. Що включають в блок видаляємих тканин при операції Ванаса?
(Відповідь: видаляються підпідборідкові, піднижньощелепі лімфатичні вузли і глибокі шийні лімфовузли в зоні від двочервцевого м'яза до верхнього краю сухожилка лопатково-під'язичного м'яза, обидві піднижньощелепні залози і нижній полюс привушної залози)

В. Матеріали для тестового контролю. Тестові завдання з одиничною правильною відповіддю ($\alpha=II$):

1. Клінічні симптоми ураження верхньо-задньо-медіального сегменту (за Онгреном) верхньощелепної пазухи є:

- А. Рухомість фронтальних зубів.
- В. Рухомість молярів, «тризм».
- С. Екзофтальм, диплопія, слезотеча.
- Д. Екзофтальм, диплопія, парестезія в зоні інервації 3 гілки трійчастого нерва.
- Е. Асиметрія обличчя.

(Правильна відповідь: С)

2. Рентгенографічна картина одонтогенної карциноми (первинного раку) нижньої щелепи?

- A. Осередок розрідження кісткової тканини з чіткими межами, репаративні процеси в навколишній кістці відсутні.
- B. Осередок розрідження кісткової тканини без чітких меж, репаративні процеси в навколишній кістці відсутні.
- C. Осередок розрідження кісткової тканини з чіткими межами, виражені репаративні процеси в навколишній кістці.
- D. Осередок розрідження кісткової тканини без чітких меж, виражені репаративні процеси в навколишній кістці.
- E. Осередок розрідження кісткової тканини з чіткими межами у вигляді «мильних пухирів».

(Правильна відповідь: B)

3. Синонім первинного (центрального) раку щелепи:

- A. Саркома щелепи.
- B. Саркома Юінга.
- C. Одонтогенна карцинома.
- D. Хвороба Педжета.
- E. Одонтоамелобластома.

(Правильна відповідь: C)

Г. Навчальні задачі 3-го рівня (нетипові задачі):

1. У хворого є припухлість гіперемія в ділянці внутрішнього кута ока, слезотеча на стороні поразки, слизово-гнійні і кров'янисто-гнійні виділення з носа зі смердучим запахом, екзофтальм, обмеження рухів очного яблука, діплопія і зниження гостроти зору.

Де знаходиться ракова пухлина?

(Відповідь: у задньо-верхньо-внутрішньому відділу)

2. У хворого є деформація верхньої щелепи зліва, гнійно-кров'янисті виділення з носу, утруднене носове дихання, зниження чутливості шкіри підочної ділянки, рухомість 24, 25, 26, 27. На рентгенограмі додаткових пазух носа відмічається затемнення лівої верхньощелепної пазухи та резорбція зовнішньої кістки.

Поставте попередній діагноз.

(Відповідь: зляквісна пухлина лівої верхньої щелепи)

3. При раковій пухлині у верхньощелепній пазусі як будуть виражені реактивні і репаративні процеси з боку кістки й окістя, що можуть бути виявлені при проведенні рентгенологічного дослідження?

(Відповідь: не виражені (відсутні))

7. ЛІТЕРАТУРА:

Основна література:

1. Онкологія. За ред. Б.Т. Білинського, Ю.М. Шпарика. – Київ: «Здоров'я», 2004. – 527 с.
2. Онкологія /За ред. В.П.Баштана, А.Л. Одабашьяна, П.В. Шелешка. – Тернопіль; Укрмедкнига, 2003. – 316 с.
3. Черенков В.Г. Клиническая онкология: Руководство для студентов и врачей. М.: ВУНМЦ МЗ РФ, 1999. – 384 с.

Додаткова література:

1. Онкологія. За ред. І.Б. Щепотіна. – Київ: «Книга плюс», 2006. – 496 с.
2. Пачес А.И. Опухоли головы и шеи. М.: Медицина, 1983. – 416 с.
3. Соловьёв М.М. Онкологические аспекты в стоматологии. М.: Медицина, 1983. – 160 с.
4. Гистологическая классификация опухолей слюнных желёз. Всемирная организация здравоохранения. Женева, 1976.
5. Справочник по онкологии. Под ред. С.А. Гриневича, Д.В. Мясоедова. – Київ. «Здоров'я», 2009. -576 с.
6. Вибрані лекції з клінічної онкології. За ред. проф. Г.В. Бондаря і проф. С.В. Антіпової. Луганськ, 2009. – 560 с.

Міністерство охорони здоров'я України
Вищий державний навчальний заклад України
«Українська медична стоматологічна академія»

«Затверджено»
на засіданні кафедри
хірургічної стоматології
та щелепно-лицевої хірургії
з пластичною та реконструктивною
хірургією голови та шиї

Завідувач кафедри

д. мед. н. Аветіков Д.С. 

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ
ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ
ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ДО ПРАКТИЧНОГО
(СЕМІНАРСЬКОГО) ЗАНЯТТЯ

Навчальна дисципліна	Хірургічна стоматологія
Модуль №	3
Змістовний модуль №	3
Тема заняття	Рак губи. Рак органів порожнини рота (язика, щоки, дна порожнини рота, твердого та м'якого піднебіння). Походження та гістологічна будова, класифікація, клініка, диференційна діагностика, лікування, ускладнення, профілактика.
Курс	IV
Факультет	Стоматологічний

1. АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ.

Останніми роками спостерігається безперервний ріст частоти захворюваності на рак слизової оболонки порожнини рота та язика. Тому майбутній лікар повинен бути обізнаний із причинами виникнення раку; необхідне розуміння канцерогенезу, без чого неможна теоретично обґрунтувати застосування як профілактичних заходів, так і методів лікування. Ефективність лікування злоякісних пухлин повністю залежить від стану діагностики, оволодіння принципами і практичними навичками з профілактики, ранньої діагностики, знання показань та протипоказань до сучасних методів лікування онкологічних захворювань і організації онкологічної служби необхідно для своєчасного направлення хворих з пухлинами до спеціалістів-онкологів.

2. КОНКРЕТНІ ЦІЛІ:

- 2.1. Аналізувати захворюваність злоякісних новоутворень губи, язика, слизової оболонки порожнини рота.
- 2.2. Пояснювати патогенез виникнення злоякісних новоутворень губ, слизової оболонки порожнини рота, язика.
- 2.3. Запропонувати методи діагностики злоякісних новоутворень губ, слизової оболонки порожнини рота, язика.
- 2.4. Класифікувати злоякісні новоутворення губ, слизової оболонки порожнини рота, язика.
- 2.5. Трахувати патологічну анатомію злоякісних новоутворень губи, язика, слизової оболонки порожнини рота.
- 2.6. Малювати схеми, графіки злоякісних новоутворень губи, язика, слизової оболонки порожнини рота.
- 2.7. Проаналізувати висновки діагностичних методів злоякісних новоутворень губи, язика, слизової оболонки порожнини рота, встановити діагноз.
- 2.8. Скласти план лікування злоякісних новоутворень губи, язика, слизової оболонки порожнини рота в залежності від стадії захворювання та клінічної групи.

3. БАЗОВІ ЗНАННЯ, ВМІННЯ, НАВИЧКИ, НЕОБХІДНІ ДЛЯ ВИВЧЕННЯ ТЕМИ (міждисциплінарна інтеграція).

Назви попередніх дисциплін	Отримані навички
1. Анатомія людини.	Описання анатомічної будови та особливостей кровопостачання, інервації, лімфатичної системи голови та шиї.
2. Гістологія.	Знання гістологічної будови тканин губ, язика, слизової оболонки порожнини рота.
3. Патологічна анатомія.	Знання патологічних змін в гістологічній будові тканин губ, язика, слизової оболонки порожнини рота при злоякісних новоутвореннях.
4. Внутрішні хвороби.	Описання історії хвороби, порівняння клінічних обстежень.
5. Загальна хірургія.	Схематичне зображення операцій при злоякісних новоутвореннях губ, слизової оболонки порожнини рота, язика.
6. Пропедевтика хірургічної стоматології.	Володіння забору матеріалу для цитологічного дослідження.

4. ЗАВДАННЯ ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ДО ЗАНЯТТЯ.

4.1. Перелік основних термінів, параметрів, характеристик, які повинен засвоїти студент при підготовці до заняття:

Термін	Визначення
1. Рак на місці.	Це cancer in situ.
2. Біопсія тотальна.	Це біопсія in toto.
3. Продовження захворювання.	Prolongatio morbi.
4. Метастаз.	Це вторинне патологічне вогнище, яке виникає в

	результаті переносу в організмі різного патологічного матеріалу.
Канцерогенез.	Це механізм розвитку раку.

4.2. Теоретичні питання до заняття:

1. Які фактори впливають на виникнення злоякісних новоутворень губ, язика, слизової оболонки порожнини рота.
2. Як класифікуються злоякісні новоутворення губ, язика, слизової оболонки порожнини рота (вітчизняна класифікація)?
3. Як класифікуються злоякісні новоутворення губ, язика, слизової оболонки порожнини рота за класифікацією TNM (міжнародна класифікація ВООЗ)?
4. Які принципи діагностики злоякісних новоутворень губ, язика, слизової оболонки порожнини рота.
5. Що таке цитологічний метод дослідження? Які методи забору матеріалу при злоякісних новоутвореннях губ, язика, слизової оболонки порожнини рота Ви знаєте? Методики виконання.
6. Що таке біопсія? Які методи біопсії губ Ви знаєте? Методики виконання різних методів біопсії.
7. Яких правил слід дотримуватись під час взяття біопсії?
8. Які принципи лікування злоякісних новоутворень губ, язика, слизової оболонки порожнини рота.
9. Що таке комбіноване лікування?
10. Що таке комплексне лікування?
11. Що таке паліативне лікування?
12. Як виконується диспансеризація хворих із злоякісними новоутвореннями губ, язика, слизової оболонки порожнини рота?

4.3. Практичні роботи (завдання), які виконуються на занятті:

- 1.Обстежити хворого зі злоякісним новоутворенням губ, слизової оболонки порожнини рота або язика.
- 2.Заповнити медичну документацію на хворого із злоякісним новоутворенням губ, слизової оболонки порожнини рота або язика.
- 3.Скласти план обстеження хворого із злоякісним новоутворенням губ, слизової оболонки порожнини рота або язика.
4. Взяти матеріал для цитологічного дослідження пухлини.
- 5.Провести забор матеріалу для цитологічного дослідження лімфатичних вузлів.
- 6.Провести забор матеріалу для гістологічного дослідження (виконати біопсію).
7. Поставити та обґрунтувати клінічний діагноз.
8. Скласти та обґрунтувати план лікування.
9. Призначити хворому диспансерний нагляд.

5. ЗМІСТ ТЕМИ:

ЗЛОЯКІСНІ НОВОУТВОРЕННЯ ГУБИ

Рак губи – виникає в ділянці червоної облямівки губи. В 90-95 % хворих пухлина уражає нижню губу. 90 % хворих – чоловіки. Рак губи зустрічається переважно у людей 40-60 років, однак може спостерігатись і у молодших та старіших хворих. Захворюваність на рак нижньої губи в Україні становить 4,7 на 100 тис. населення, на Полтавщині – 7,1 на 100 тис. (1986 р.).

Етіологія. Рак нижньої губи частіше виникає у осіб, які зазнають тривалого впливу атмосферних чинників – тривала інсоляція, обвітрювання, зміна вологості, температури. Значну роль відіграють хронічна травматизація губів каріозними зубами і неправильно виготовленими протезами, мікро опіки та хронічна травма внаслідок паління тютюну, вірусна інфекція та інші.

Патогенез. Внаслідок дегенеративно-проліферативних змін клітин мальпігієвого шару епітелію губи порушуються процеси ороговіння, що призводить до виникнення передракового стану. Згідно класифікації Машкіллейсона облігатними передраками губи є преканцерозний хейлит Манганотті, вогнищевий гіперкератоз червоної облямівки губи, бородавчастий передрак червоної облямівки губи та хвороба Боуена. Серед факультативних передраків з більш високою вірогідністю малігнізації є папілома, ерозивна і бородавчаста форми лейкоплакії, шкірний ріг, кератоакантома та інші. Такі захворювання, як хронічний хейлит, ерозивна та гіперкератотична

форма червоного вовчачка і плоского лишая, хронічні виразки та тріщини губи при тривалому існуванні та відсутності адекватного лікування також можуть стати причиною виникнення раку.

Патологічна анатомія. рак нижньої губи розвивається з багатошарового плоского епітелію червоної облямівки і в подальшому може поширюватись на слизову оболонку і шкіру. Переважна більшість пухлин губи (80-95%) – це плоскоклітинний роговіючий рак, близько 4-18% спостережень припадають на нероговіючі форми, дуже рідко – базальноклітинний і недиференційований рак. Злоякісний перебіг хвороби у плоскоклітинного раку без ороговіння. Найбільш агресивний – у недиференційованих форм.

Для раку губи характерним є лімфогенне метастазування, віддалені метастази постерігаються рідко. Першим етапом метастазування раку губи є під підборідні і під нижньощелепні лімфатичні вузли, другим етапом – глибокі шийні лімфатичні вузли (позадущелепні, вздовж внутрішньої яремної вени і сонної артерії), третій етап – надключичні.

Класифікація раку губи. В залежності від розповсюдженості пухлинного процесу вітчизняна класифікація передбачає розподіл раку губи на чотири стадії:

I. Обмежена пухлина або виразка розміром до 1,5 см, обмежена слизовою оболонкою або підслизовим шаром червоної облямівки, без метастазів;

II а. Пухлина або виразка, обмежена слизовою оболонкою або підслизовим шаром червоної облямівки більш ніж 1,5 см, але не більше половини губи, без метастазів;

II б. Пухлина або виразка таких же або менших розмірів, але при наявності метастазів в 1-2 рухомих регіонарних лімфовузлах;

III а. Пухлина або виразка, що займає більшу частішу губи, з проростанням в її товщину або поширенням на кут рота, щоку, м'які тканини підборіддя, без метастазів;

III б. Пухлина або виразка таких же розмірів або менше поширена, однак з наявністю обмежено рухомих регіонарних метастазів;

IV. Пухлина займає більшу частину губи з проростанням всієї товщини і розповсюдженням на кісткову тканину щелепи, з метастазами в нерухомих регіонарних лімфовузлах, або будь-яких розмірів пухлина з віддаленими метастазами.

Класифікація раків губи, слизової оболонки порожнини рота, язика.

(коди МКХ – 10 C00; C02 – 06) за системою TNM (6-е видання, 2002 рік)

Анатомічні розділи та підрозділи

Губа

Зовнішня поверхня верхньої губи (червона облямівка) – C00.0

Зовнішня поверхня нижньої губи (червона облямівка) – C00.1

Комісури губи – C00.6

Порожнина рота

Слизовий шар щік:

Слизова поверхня верхньої і нижньої губи (C00.3, C00.4).

Слизова оболонка щоки (C06.0).

III. Ретромолярна ділянка (C06.2).

IV. Щічно-губна борозда, верхня і нижня – присінок рота (C06.1).

Альвеолярна поверхня (відросток) слизової оболонки ясен верхньої щелепи (C03.0).

Альвеолярна поверхня (відросток) слизової оболонки ясен нижньої щелепи (C03.1).

Тверде піднебіння (C05.0).

Язик:

Дорсальна поверхня передніх двох третин язика (C02.0) і бічна поверхня (C02.1).

Вентральна (нижня) поверхня передніх двох третин язика (C02.2).

Передня частина дна ротової порожнини (C04.0).

TNM Клінічна класифікація

T - первинна пухлина;

T_x – недостатньо даних для оцінки первинної пухлини;

T₀ – первинна пухлина не визначається;

T_{is} - преінвазивна карцинома (carcinoma in situ);

T₁ – пухлина до 2 см в найбільшому вимірі;

T₂ – пухлина понад 2 см, але не більш ніж 4 см в найбільшому вимірі;

T₃ – пухлина більше 4 см в найбільшому вимірі;

T₄ – губа: пухлина поширюється на сусідні структури (наприклад, кортикальний шар нижньої щелепи, нижній альвеолярний нерв, дно ротової порожнини, шкіру обличчя);

T_{4a} – порожнина рота (резектабельні): пухлина поширюється на сусідні структури (наприклад, кортикальний шар кістки, глибокі м'язи язика, верхньощелепну пазуху, шкіру обличчя);
 T_{4b} – порожнина рота (нерезектабельні): пухлина поширюється на жувальні м'язи, крилоподібну пластинку або основу черепа і (або) охоплює внутрішню сонну артерію;
 N – регіонарні лімфатичні вузли;
 N_x – недостатньо даних для оцінки стану регіонарних лімфатичних вузлів;
 N₀ – немає ознак ураження регіонарних лімфатичних вузлів;
 N₁ – метастази в одному гомолатеральному лімфатичному вузлі до 3 см у найбільшому вимірі;
 N₂ – метастази в одному гомолатеральному лімфатичному вузлі до 6 см у найбільшому вимірі, або чисельні метастази в гомолатеральних лімфатичних вузлах, жоден з яких не перевищує 6 см у найбільшому вимірі, або білатеральні, або контрлатеральні метастатичні вузли розміром до 6 см у найбільшому вимірі;
 N_{2a} – метастаз у гомолатеральному лімфатичному вузлі до 6 см у найбільшому вимірі;
 N_{2b} – чисельні метастази в гомолатеральних лімфатичних вузлах, жоден з яких не перевищує 6 см у найбільшому вимірі;
 N_{2c} – білатеральні або контрлатеральні метастатичні лімфатичні вузли розміром до 6 см у найбільшому вимірі;
 N₃ – метастази в лімфатичні вузли розміром понад 6 см у найбільшому вимірі.
 Примітка: лімфатичні вузли по середній лінії тіла вважаються гомолатеральними.
 M – віддалені метастази;
 M_x – недостатньо даних для визначення віддалених метастазів;
 M₀ – немає ознак віддалених метастазів;
 M₁ – є віддалені метастази;

рTNM Патоморфологічна класифікація

Категорії рТ, рN, рM відповідають категоріям Т, N та М

рN0 – матеріал для гістологічного дослідження після селективної шийної регіонарної лімфаденектомії повинен включати не менш ніж 6 лімфатичних вузлів; після радикальної чи модифікованої радикальної шийної лімфаденектомії не менш ніж 10 лімфатичних вузлів.

G – гістологічна градація

G_x – Ступінь диференційної пухлини не може бути визначений;
 G₁ – високий ступінь диференціації;
 G₂ – середній ступінь диференціації;
 G₃ – низький ступінь диференціації;
 G₄ – недиференційована пухлина.

Групування за стадіями

Стадія 0	T _{is}	N ₀	M ₀
Стадія I	T ₁	N ₀	M ₀
Стадія II	T ₂	N ₀	M ₀
Стадія III	T ₃	N ₀	M ₀
	T ₁	N ₁	M ₀
	T ₂	N ₁	M ₀
	T ₃	N ₁	M ₀
Стадія IVA	T _{4a}	N ₀ , N ₁	M ₀
	T ₁ , T ₂ , T ₃	N ₂	M ₀
	T _{4a}	N ₂	M ₀
Стадія IVB	T _{4b}	будь-яке N	M ₀
	будь-яке рТ	N ₂	M ₀
Стадія IVC	будь-яке Т	будь-яке N	M ₁

Клініка. Клінічні прояви раку губи досить різноманітні. Розрізняють екзофітні та ендофітні види росту пухлини. До екзофітних належать папілярна та бородавчаста форми, до ендофітних – виразкова та виразково-інфільтративна форми. Екзофітні форми виникають на фоні папілом, обмеженого вогнищового гіперкератозу. Ендофітні форми виникають на фоні хейліту Манганотті та інших деструктивних дискератозів. Перебіг ендофітних форм раку агресивніший. Виразкова форма характеризується поступовим поглибленням виразкової поверхні, дно виразки стає нерівним, форма – неправильною, краї підвищені, інфільтровані, завдяки чому виразка має

кратероподібний вигляд. Спочатку виразка безболісна, але внаслідок приєднання запальних явищ з'являється біль.

При виразково-інфільтративних формах раку губи зона інфільтрації значно перевищує зону деструкції і має щільну консистенцію.

Слід підкреслити, що ранні симптоми раку губи є малопомітними і вони зазвичай губляться на фоні існуючого передракового процесу. Ознакою малігнізації може бути посилення деструктивного процесу та поява інфільтрату. Звичайно на межі червоної облямівки шкіри з'являється жорстке ущільнення, яке нагадує струп. Після зняття рогових мас оголюється рожева поверхня з дрібними сосочками, покритими лімфою та крапельками крові. Струп може відпадати самостійно, з часом поновлюючись. Темп росту пухлини від повільного до швидкого поширення на всю губу, більш інтенсивний при ендofітних формах раку. В більш пізніх періодах як езофитні, так й ендofітні форми раку губи, прогресуючи, неодмінно приводять до виникнення інфільтративно-виразкових форм, що супроводжується утворенням обширних дефектів губи, кута рота, підборіддя з переходом на нижню щелепу. На цій стадії розвитку хвороби приєднуються значні запальні явища. Стан таких хворих різко погіршується і вони гинуть від виснаження, приєднання пневмонії або від кровотечі з пухлини, що розпадається.

Діагностика. Діагноз раку нижньої губи ґрунтується на даних огляду як неозброєним оком, так і з застосуванням стоматоскопії (хейлоскопії). Ці методи дають змогу виявити характер та глибину виразки, побачити валик інфільтрації навколо виразкової форми раку, визначити стан оточуючої слизової оболонки, на тлі якої виник осередок новоутворення. Застосування прижиттєвого фарбування 1% водним розчином толуїдинового синього дає змогу побачити зони, підозрілі на малігнізацію (зони передпухлинних утворень залишаються незабарвленими, а клітини раку фіксують синій колір).

Пальпація губи через всю товщу здійснюється великими і вказівними пальцями, що дає змогу визначити справжні розміри пухлини. Пальпацію регіонарних лімфовузлів слід проводити одночасно з обох боків. При підозрі на рак губи обов'язково слід поводити цитологічне дослідження мазків-відбитків із пухлинної виразки: патологічна ділянка очищується від кірок, некротичного нальоту, після чого береться матеріал для цитологічного дослідження; досліджується також пунктат регіонарних лімфовузлів. Біопсію бажано виконувати в умовах онкодиспансеру.

Рак губи на початкових стадіях розвитку необхідно диференціювати з преканцерозами, туберкульозом і сифілісом. Туберкульозна виразка дуже болюча, плоска, має навколо себе вінчик гіперемії. У сифілітичній виразки підрити краї і "сальне" дно. Однак остаточне значення мають морфологічні і бактеріологічні дані, для сифілісу – серологічні реакції.

Методи лікування. Перед початком лікування хворих слід переконати в необхідності припинити паління тютюну і провести санацію порожнини рота. Для вибору методу лікування враховується стадія, клінічна і морфологічна форма пухлини.

Лікування в I стадії переважно променево: близькофокусна рентгенотерапія сумарною осередковою дозою до 70 Гр. У випадку радіо резистентних раків застосовують хірургічне лікування – широке прямокутне, трапецієподібне (але не клиноподібне) електровисічення з пластичним закриттям дефекту. Застосовують кріохірургію. Лімфатичні вузли в I стадії не видаляють.

В II стадії для лікування первинного вогнища також застосовують близькофокусну рентгенотерапію сумарною осередковою дозою до 70 Гр. При поодиноких зміщуваних регіонарних метастазах (II б стадія) – виконується операція Валаха або її модифікації (верхня шийна лімфаденектомія).

В III стадії раку губи лікування первинної пухлини променево або комбіноване. Дистанційна гама-терапія як самостійний метод проводиться до сумарної дози 60 Гр. В окремих випадках дистанційна гама-терапія після досягнення 40-45 Гр може бути доповнена близько фокусною рентгенотерапією або внутрішньо-тканинною гама-терапією до загальної сумарної вогнищевої дози 60-65 Гр. При III а стадії виконується операція Валаха за I або II варіантом з профілактичною метою.

Лікування регіонарних метастазів при III б стадії – комбіноване. Дистанційну гама-терапію сумарною осередковою дозою 40 Гр на зони регіонарного метастазування виконують одночасно з проведенням променевої терапії первинного вогнища. Безпосередньо після вилікування первинної пухлини виконується фасціально-футлярне видалення клітковини шиї або операція Крайля.

В IV стадії при відсутності віддалених або множинних не зміщуваних регіонарних метастазів цілком виправдана спроба комбінованого лікування: проведення передопераційної дистанційної гама-терапії в поєднанні з розширеними і комбінованими операціями з широким видаленням нижньої губи, фронтального відділу нижньої щелепи, дна порожнини рота, а також двобічне видалення клітковини з лімфовузлами зон метастазування. З паліативною метою можливе проведення телегаматерапії до 40 Гр. При кровотечі показана перев'язка зовнішніх сонних артерій. Інколи значної регресії пухлини вдається досягти після проведення внутрішньо артеріальної регіонарної хіміотерапії (метотрексат, блеоміцин).

При рецидивах раку губи після променевої терапії показане широке – не менш 2-3 см від пухлини – електрохірургічне видалення або кріохірургія.

Прогноз залежить від стадії захворювання, особливостей гістологічної будови пухлини, своєчасності та адекватності лікування. Стійке виліковування при всіх стадіях захворювання становить 50-70%. При I-II стадіях п'ятирічне виживання спостерігається у 90% хворих. Менш сприятливий перебіг спостерігається при неороговіваючих формах раку, і, особливо, при мало диференційованих раках.

ЗЛОЯКІСНІ НОВОУТВОРЕННЯ ЯЗИКА ТА СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ПОРОЖНИНИ РОТА

Епідеміологія. Захворюваність на рак слизової оболонки порожнини рота, язика в 1996 році в Україні становила 4,25 на 100 тис. населення, а в Полтавській області цей показник був значно вищим – 5,8 на 100 тис. населення. Чоловіки хворіють значно частіше за жінок. Так, рак слизової оболонки порожнини рота в Україні у чоловіків складав 4,4 % усіх злоякісних пухлин, а у жінок – 0,8 %. В структурі злоякісних пухлин слизової оболонки порожнини рота рак язика становить близько 60 %, рак слизової оболонки дна порожнини рота біля 20 %, рак слизової оболонки щік – близько 10 %, далі іде рак піднебіння та слизової оболонки альвеолярних відростків. Найчастіше хворіють люди у віці 50-70 років, але нерідко трапляються і значно молодші хворі. В географічному плані найвища захворюваність спостерігається в республіках Центральної Азії, Пакистані, Індії.

Етіологія. Початок раку слизової оболонки порожнини рота та язика можна пояснити з позицій полі етіологічної теорії походження раку. Механічні подразнення температурні, хімічні, біологічні чинники, не будучи специфічними, при незадовільному гігієнічному стані ротової порожнини ініціюють розвиток як передракових станів, так – потім і самого раку. Каріозні зуби з гострими краями виявляються близько у 50 % , а недосконалі ортопедичні конструкції – у 10% хворих на рак язика. Факторами, які сприяють збільшенню захворюваності, належать також паління тютюну, закладання під язик насу, жування бетелю, опіки етиловим алкоголем та інші. Внаслідок дії цих чинників слизова оболонка язика та ротової порожнини грубішає, втрачає еластичність, надмірно ороговіє – проявляється дискератоз в тій чи іншій формі.

Передракові захворювання. Згідно з сучасними класифікаціями (А.Л.Машкіллейсон) до передракових захворювань, які передують розвитку раку слизової оболонки порожнини рота належать хвороба Боуена (облігатних передрак) та група факультативних передраків з більшою потенційною злоякісністю – лейкоплакія ерозивна та верукозна, папілома та папіломатоз піднебіння; з меншою потенційною злоякісністю – лейкоплакія плоска, хронічні виразки слизової оболонки порожнини рота, ерозивні та гіперкератотичні форми червоного плоского лишая та червоного вовчака, пост рентгенівський стоматит та інші.

Патологічна анатомія. Макроскопічне рак слизової оболонки ротової порожнини зустрічається у вигляді як екзофітних форм, до яких належать папілярні і бородавчасті (верукозні) пухлини, так і ендофітних форм, серед яких слід розрізняти виразкові, інфільтративні і виразково-інфільтративні пухлини.

Екзофітні форми раку трапляються у 20-30% хворих і мають вигляд сосочкових, бородавчастих або грибоподібних утворень на широкій основі.

Серед ендофітних форм частіше спостерігаються виразкові (30-40 %), для яких характерна наявність виразки з валикоподібними підвищеними краями, інфільтрованими стінками і основою. Інфільтративні форми найчастіше спостерігаються в ділянці задньої третини язика (біля 5 %) і характеризуються наявністю щільного інфільтрату під незміненою слизовою оболонкою. Внаслідок подальшого розвитку процесу початкові форми раку набувають характеру виразково-інфільтративних.

Гістологічне 90 % злоякісних епітеліальних пухлин слизової оболонки порожнини рота є плоскоклітинні роговіючі раки, інколи зустрічаються нероговіючі та недиференційовані. За гістологічною будовою рак передніх відділів язика переважно є плоскоклітинним, роговіючим, тобто високо диференційованим. Ближче до кореня язика зустрічається рак плоскоклітинний нероговіючі, який є менш диференційованим, та перехідні форми. Низькодиференційований рак (головним чином кореню язика) складає біля 2-3 %. В ділянці кореню язика та піднебіння зустрічаються також залозистий рак, мукоепідермоїдний рак та аденокистозні карциноми (циліндроми), які виникають із малих слинних залоз.

Метастазування майже завжди носить лімфогенний характер. Метастазами уражаються переважно регіонарні лімфатичні вузли. Гематогенні метастази у віддалені органи спостерігаються дуже рідко. Регіонарними для слизової оболонки порожнини рота та язика вважаються підпідборідні, піднижньощелепні, заглоткові та верхні глибокі шийні лімфовузли. Найпостійнішою та самою чисельною групою первинних лімфатичних вузлів є ланцюжок глибоких шийних лімфатичних вузлів. Особливо часто спостерігається ураження цих регіонарних лімфатичних вузлів у хворих на рак кореню язика (до 70%).

Для раку переднього відділу порожнини рота і язика першим етапом метастазування є піднижньощелепні і підпідборідні лімфовузли, для раку задніх відділів порожнини рота і задньої третини язика крім того є глибокі шийні лімфовузли (верхні, середні і навкологлоткові). Другим етапом метастазування є шийні лімфовузли і третім – надключичні. У хворих на рак язика і дна порожнини рота спостерігається значно раніше і часто двобічне або перехресне метастазування і агресивний перебіг.

Класифікація раку язика за стадіями розвитку:

А. Вітчизняна:

I стадія – пухлина до 1 см в найбільшому вимірі, що розповсюджується лише на глибину слизової оболонки та підслизового шару. Метастазів немає.

II а стадія – пухлина або виразка більшого розміру, що вростає в товщу підлеглої м'язової тканини, але не виходить за середню лінію язика.

II б стадія – пухлина такого ж розміру або менша з наявністю однобічних поодиноких рухомих регіонарних метастазів.

III а стадія – пухлина або виразка, що розповсюджується за середню лінію язика або на дно порожнини рота.

III б стадія – пухлина того ж розміру або менша, але при наявності множинних рухомих регіонарних метастазів або обмежено рухомих поодиноких метастазів.

IV стадія – пухлина, яка вражає більшу частину язика і розповсюджується не тільки на сусідні м'які тканини, але і на кістки лицьового скелету. Пухлини менших розмірів з нерухомими регіонарними метастазами або віддаленими метастазами.

Клінічна картина раку слизової оболонки порожнини рота і язика в значній мірі визначається як локалізацією процесу, так і характером росту новоутворення та стадією його розвитку. Виділяють три клінічні періоди розвитку раку порожнини рота:

I – початковий (бідний симптомами): на слизовій оболонці з'являються безболісні вузлики, тріщини, виразки, білі плями. Невдовзі з'являються біль, гіперсалівація, неприємний запах з рота;

II – розвинений період: внаслідок вторинних супутніх запальних змін у хворих виникають сильні болі з іррадіацією, утруднюється мова, хворі відмовляються від їжі, порушується сон, посилюється іхорозний запах із рота;

III – період занедбаності захворювання: рак швидко розповсюджується, процес є виключно агресивним. Пухлинний інфільтрат уражується, появляється виразка, інфільтрат піддається розпаду, що ще збільшує страждання хворого. З'являється постійна кровоточивість з пухлинної тканини. Внаслідок росту пухлини зменшується рухомість язика; проростання пухлини в ділянку жувальних м'язів приводить до контрактури. Постійно прогресують явища некрозу. Внаслідок обмеження рухомості язика можлива аспірація інфікованої слини та харчових мас, що сприяє розвитку супутніх захворювань збоку органів дихання. Досить швидко наростає виснаження хворого.

В найближчі 2-3 місяці після перших ознак захворювання у хворого виникають збільшені регіонарні лімфатичні вузли, віддалені метастази спостерігаються досить рідко. Найбільш несприятливою локалізацією в порожнині рота вважається рак язика, дна порожнини рота, слизової оболонки ретромолярної ділянки. Для цих локалізацій характерним є більш раннє, часто двобічне або перехресне метастазування і злоякісніший перебіг захворювання.

Діагностика. Проведення кваліфікованих профілактичних оглядів лікарями-стоматологами, ретельне обстеження, диспансеризація та лікування хворих з передпухлинними захворюваннями сприяє профілактиці та ранній діагностиці раку слизової оболонки порожнини рота.

До обов'язкових методів обстеження належать: огляд, пальпація пухлини та регіонарних лімфовузлів, рентгенографія легенів для визначення віддалених метастазів в них, морфологічна верифікація процесу.

Правильний ранній діагноз раку слизової оболонки ротової порожнини можна встановити на основі аналізу анамнестичних даних, детального огляду. Огляд ділянки ураження слід проводити з допомогою дзеркал, шпателя, гачка Фарабефа. застосування стоматоскопії покращує результативність обстеження.

Для уточнення характеру патологічного осередку на слизовій оболонці доцільно застосовувати прижиттєве фарбування толуїдиновим синім. Зона злоякісної пухлини утримує яскраво-сине забарвлення, нормальна тканини та зона лейкоплакії не забарвлюється.

Під час огляду та пальпації ретромоларної ділянки, дна порожнини рота, язика необхідно язик обережно захопити марлевою серветкою за кінчик і максимально витягти останній в бік, протилежний розташуванню пухлини. Пальпацію дна порожнини рота, щоки, язика завжди слід проводити бімануально. Якщо пухлина локалізується в корені язика, необхідно зробити ларингоскопію, під час якої можна встановити характер розповсюдження процесу на ротоглотку та надгортанник. При підозрі на проростання злоякісної пухлини на прилеглі кісткові тканини необхідно рентгенологічне дослідження.

Вирішальна роль у встановленні діагнозу раку належить морфологічним дослідженням – цитологічному (дослідження мазків-відбитків, пунктатів лімфовузлів) та біопсії на фоні початкової променевої терапії.

Диференційна діагностика проводиться з неспецифічними запальними процесами і хронічними виразками, сифілісом, туберкульозом, актиномікозом, аберантним зобом кореню язика, доброякісними пухлинами.

Лікування. Перед початком спеціального лікування слід провести санацію порожнини рота. Метод лікування раку слизової оболонки порожнини рота та язика визначається локалізацією, ступенем розповсюженості, морфологічною формою пухлини та загальним станом хворого. Найкращі результати отримують при застосуванні комбінованих методів, що полягають у використанні передопераційного курсу променевої терапії (I етап), з наступним електрохірургічним видаленням опроміненої пухлини (II етап) і широкого видалення одним блоком регіонарних лімфатичних вузлів, клітковини, що їх оточує та фасцій піднижньощелепної, під підборідної та шийної ділянок.

Найкраще розроблена методика лікування раку язика. При лікуванні раку передніх двох третин язика I та II стадії спочатку проводять дистанційну гама-терапію з двох щічно-піднижньощелепних полів (сумарна вогнищева доза 40-45 Гр) в поєднанні з близькофокусною рентгенотерапією (сумарна доза 40-60 Гр). Через 3-4 тижні після стихання явищ променевого епітеліту та повної реалізації ефекту променевої терапії, виконують половинну електрорезекцію язика (в II стадії). При наявності регіонарних метастазів виконується операція Валаха (у хворих на рак передньої третини язика) або фасціально-футлярне видалення клітковини шиї за Пачесом.

У хворих III стадією раку язика проводиться дистанційна гама-терапія сумарною вогнищевою дозою 40-45 Гр, яка може поєднуватись з близькофокусною рентгенотерапією (передні відділи язика) або внутрішньо-тканинною гама-терапією. Після стихання променевих реакцій, а також достатньої регресії пухлини проводиться розширена операція з розтином тканин щоки та електрорезекцією всіх уражених тканин. Таким втручанням повинна передувати перев'язка язикових або зовнішніх сонних артерій та одночасна операція Крайля.

Для цитостатичного лікування застосовують метотрексат, блеоміцин, комплексні сполуки платини, адриабластин. Найкраще вживати регіонарну внутрішньо-артеріальну хіміотерапію.

Хворим на рак язика IV стадії показане паліативне променеве лікування, в ряді випадків – регіонарна внутрішньо-артеріальна хіміотерапія.

При лікуванні раку кореню язика внаслідок складного анатомічного розташування пухлини головним чином застосовують дистанційну гама-терапію з захопленням зон метастазування сумарною вогнищевою дозою до 70 Гр.

Принцип лікування раку слизової оболонки інших відділів порожнини рота практично такий же, як і у хворих на рак язика, однак, в залежності від анатомічного розташування має деякі особливості. На відміну від хірургії рака язика, яка вдосконалювалась завдяки вдосконаленню

оперативної техніки багатьма видатними онкологами, оперативне лікування раку слизової оболонки інших відділів порожнини рота вважається мало перспективним.

Для лікування рецидивів раку язика та слизової оболонки порожнини рота останнім часом все частіше застосовується метод кріодеструкції.

Прогноз. Особливості прогнозу залежать від стадії захворювання, анатомічної форми та гістологічної структури пухлини, виду та своєчасності лікування. Найнесприятливіший прогноз у хворих на рак задньої половини порожнини рота і язика при наявності інфільтративних форм розповсюджених новоутворень. В I-II стадіях при локалізації пухлини в передніх відділах язика виліковується 75-50% хворих. Кращі результати дає комбінований метод лікування.

Реабілітація. Радикальне лікування раку слизової оболонки порожнини рота і язика супроводжується значною травматизацією, що призводить до порушення процесу ковтання та артикуляції (мови). Тому дуже актуальним є питання відновного лікування, адекватної пластики дефектів тканин. Після комбінованого лікування з проведенням операції Крайля спостерігається стійка втрата працездатності, хворі підлягають експертизі у МСЕК з встановленням II групи інвалідності.

Диференційна діагностика виразкових уражень слизової оболонки порожнини рота

Травматична	Сифілітична	Туберкульозна	Актиномікотична	Ракова
Різко обмежена. Неправильної форми. Краї інфільтровані, щільні, болісні. Виразка неглибока із гладким дном, вкритим епітелієм рожевого кольору. Біля основи виразки може бути болючий інфільтрат.	Має «сальне» дно. Краї виразки обрубані, гладкі, помірної щільності, мало болісні. Біля основи виразки – безболісний інфільтрат.	Виразка неглибока; дно сірувато-жовтого кольору. Краї мілкі, підриті, фестончасті із мілкими грануляціями, які легко кровоточать. Навкруги виразки широкий запальний пояс. Виразка дуже болюча. Біля основи виразки – болючий інфільтрат.	Виразка – на місці актиномікотичного вузла; дно бухтоподібне, місцями вкрите жовтуватими точками. При їх дослідженні знаходять друзи актиноміцетів. Біля основи виразки – щільний, мало болючий, «дерев'янистий» інфільтрат.	Виразка має кратероподібний вигляд. Краї дуже щільні, валикоподібні, які поступово спускаються до дна виразки. Дно жовтуватого кольору. Біля основи виразки – щільний інфільтрат, безболісний.

Диференційна діагностика виразкових уражень щелепно-лицевої ділянки (за Д.Л. Коритним)

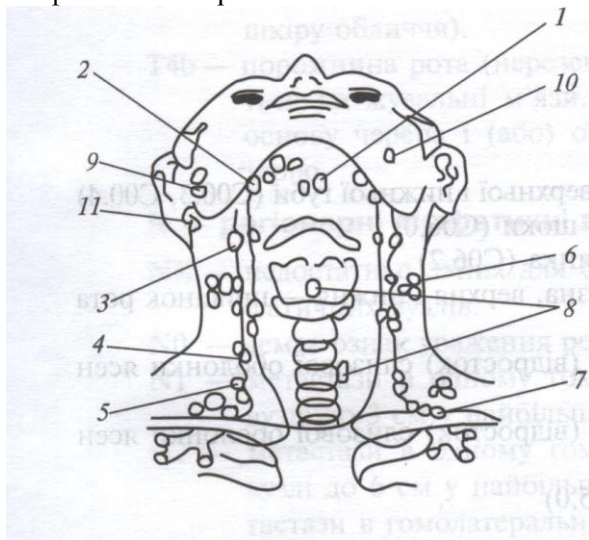
Види	Декубітальна	Трофічна	Туберкульозна	Сифілітична	Ракова
Локалізація	На ділянках дії травмуючого фактора	Дно порожнини рота, ретромоларний простор, язик	Частіше в середньому відділенні порожнини рота	В будь-якій ділянці порожнини рота та червоної облямівки губ	Частіше губа, язик
Кількість елементів	Поодинокі, мілкі, різної величини	Поодинокі, значної величини, глибокі	1-3 поверхневі, невеликі, з нахилом до периферійного росту	Поодинокі розміром від чечевиці до копійкової монети, круглої або овальної форми	Поодинокі, різної величини

Характеристика: а) країв	Нерівні, фістончасті	Рівні	Підриті, нависаючі, з'їдені	Рівні, щільні, підвищуються над оточуючими тканинами	Нерівні, з'їдені, вивернуті, підвищені
б) дна	Бугристе	Відносно рівне	Вкрите кровотокащим и ранами, іноді залишками сірватожовтуватого розпаду Сіруватожовтий	Рівне	Підрите, легко кровоточить
в) нальоту	Сіро-брудний в невеликій кількості	Обширний некротичний	Дуже болісна, м'яка	Сальний	Кров'янистогнійний або кірки Болюча, значної щільності
г) болючість та консистенція	Слабка болючість, помірно щільна	Безболісна, м'яка	Дуже болісна, м'яка	Безболісна, щільна	Щільний інфільтрат, перебільшені розміри виразки
д) оточуючих тканин	Гіперемовані, набряклі, інфільтровані на невеликому відстані	Мало змінені, бліді	Набряклі, гіперемовані, можуть бути сіруватожовті «тільця Треля» - туберкульозні бугорки	Запалення відсутнє, незначно інфільтровані	Щільний інфільтрат, перебільшені розміри виразки
е) стан регіонарних лімфатичних вузлів	Збільшена, болюча	Зазвичай не змінені	При збільшенні утворюють «пакети», болюче	Збільшення, щільні, безболісні	По первах не змінені, потім – збільшені, щільні, безболісні
Дані цитологічних досліджень	Без особливостей	Значний розпад тканин	Гігантські клітини Ланганса, туберкульозні палички	В зішкрябі знаходяться бліді трепонени	Атипові або ракові клітини
Серологічні реакції	Негативні	Негативні	Позитивні реакції Перке та Манту	Позитивна реакція Вассермана та ін.	Негативні
Загальний стан хворого	Утруднений прийом їжі, субфебрилітет, головні болі, загальна слабкість	Наявні некомпенсовані порушення з боку серцево-судинної системи	Легеневі форми туберкульозу	Задовільне	В термінальній стадії - кахексія

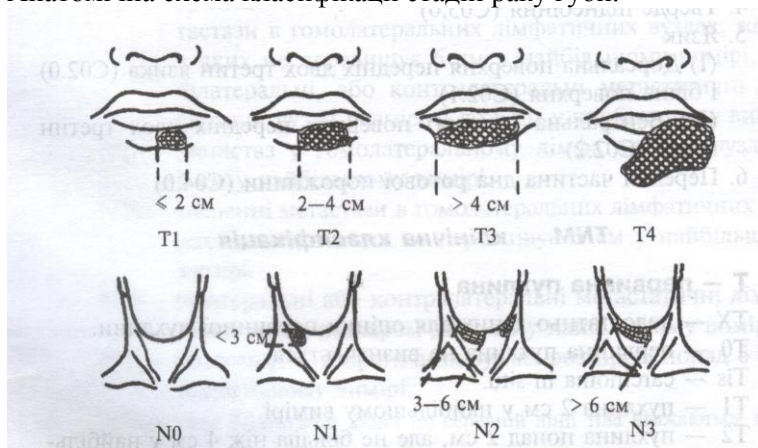
6. МАТЕРІАЛИ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ:

А. Завдання для самоконтролю:

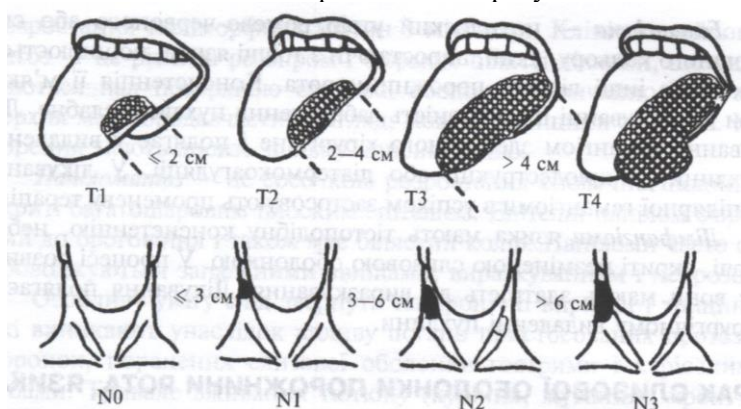
Лімфатичний апарат шії.



Анатомічна схема класифікації стадій раку губи.



Анатомічна схема класифікації стадій раку язика.



Б. Задачі для самоконтролю:

1. Які гістологічні форми раку губи зустрічаються найчастіше?
(Відповідь: плоскоклітинний)
2. Які стадії раку язика вважають запущеним?

(Відповідь: III та IV стадія)

3. Вкажіть оптимальний метод лікування рака губи T1N0M0.

(Відповідь: близько фокусна рентгенотерапія)

В. Матеріали для тестового контролю. Тестові завдання з одиничною правильною відповіддю (α=II):

1. Захворюваність раком слизової оболонки порожнини рота:

A. Знижується.

B. Стабільна.

C. Підвищується.

(Правильна відповідь: C)

2. Найбільш частою морфологічною формою злоякісних пухлин слизової оболонки порожнини рота є:

A. Плоскоклітинний рак.

B. Саркома.

C. Мукоепідермоїдна пухлина.

D. Циліндрома.

E. Недиференційований рак.

(Правильна відповідь: A)

3. Найбільш частою локалізацією раку слизової оболонки порожнини рота є:

A. Язик.

B. Дно порожнини рота.

C. Слизова щоки.

D. Слизова м'якого піднебіння.

E. Слизова альвеолярного відростка щелепи.

(Правильна відповідь: B)

Г. Навчальні задачі 3-го рівня (нетипові задачі):

1. У хворого Ш., 55 р., в центрі нижньої губи спостерігається виразка 2 см в діаметрі, з валикоподібними краями, спостерігається інфільтрація тканин, що оточують виразку.

Поставте попередній діагноз? В які лімфатичні вузли можливі метастази? Визначте метод лікування хворого.

(Відповідь: рак нижньої губи. Можливі метастази в підщелепні лімфатичні вузли. Лікування комбіноване)

2. Хвора З., 60 років, звернулась із скаргами на біль під час ковтання, що виникла біля 3 тижнів тому і поступово посилюється. Під час огляду на боковій поверхні язика зліва виявлена виразка з переходом на слизову оболонку дна порожнини рота, до 2 см в діаметрі, болісна при пальпації, з кровоточащим дном, спостерігається обмеження рухомості язика. Оточуючі тканини інфільтровані.

Поставте попередній діагноз та вкажіть, які методи дослідження потрібно провести для уточнення діагнозу.

(Відповідь: рак бокової поверхні язика зліва. Необхідно провести біопсію (гістологічний метод) та цитологічне дослідження виразки)

3. Лікар-стоматолог поліклініки виявила у хворого ураження нижньої губи, підозріле на рак.

До якої клінічної групи належить хворий? Яка подальша тактика лікаря-стоматолога?

(Відповідь: клінічна група 1-А. Необхідно провести біопсію або цитологічне обстеження, направити хворого в онкологічний диспансер)

7. ЛІТЕРАТУРА:

Основна література:

1. Онкологія. За ред. Б.Т. Білтнського, Ю.М. Шпарика. – Київ: «Здоров'я», 2004. – 527 с.

2. Онкологія /За ред. В.П.Баштана, А.Л. Одабашьяна, П.В. Шелешка. – Тернопіль; Укрмедкнига, 2003. – 316 с.

3. Черенков В.Г. Клиническая онкология: Руководство для студентов и врачей. М.: ВУНМЦ МЗ РФ, 1999. – 384 с.

Додаткова література:

1. Онкологія. За ред. І.Б. Щепотіна. – Київ: «Книга плюс», 2006. – 496 с.
2. Пачес А.И. Опухоли головы и шеи. М.: Медицина, 1983. – 416 с.
3. Соловьёв М.М. Онкологические аспекты в стоматологии. М.: Медицина, 1983. – 160 с.
4. Гистологическая классификация опухолей слюнных желёз. Всемирная организация здравоохранения. Женева, 1976.
5. Справочник по онкологии. Под ред. С.А. Гриневича, Д.В. Мясоедова. – Київ. «Здоров'я», 2009. -576 с.
6. Вибрані лекції з клінічної онкології. За ред. проф. Г.В. Бондаря і проф. С.В. Антіпової. Луганськ, 2009. – 560 с.
7. Стандарти діагностики і лікування онкологічних хворих. Затверджено наказом Міністерства охорони здоров'я України «Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Онкологія» від 17.09.2007 № 554. – 199 с.
8. Руководство по химиотерапии опухолевых заболеваний. Под ред. Н.И. Переводчиковой. – Москва: Практическая медицина, 2005. – 704 с.

Министерство здравоохранения Украины
Высшее государственное учебное заведение Украины
«Украинская медицинская стоматологическая академия»

«Утверждено»
на заседании кафедры
хирургической стоматологии
и челюстно-лицевой хирургии
с пластической и реконструктивной
хирургией головы и шеи

Заведующий кафедрой

д. мед. н. Аветиков Д.С. 

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ
ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ
ВО ВРЕМЯ ПОДГОТОВКИ К ПРАКТИЧЕСКОМУ
(СЕМИНАРСКОМУ) ЗАНЯТИЮ

Учебная дисциплина	Хирургическая стоматология
Модуль №	3
Содержательный модуль №	3
Тема занятия	Организация онкостоматологической помощи больным и их диспансеризация. Порядок и методы обследования онкостоматологического больного. Медицинская документация хирурга-стоматолога.
Курс	IV
Факультет	Стоматологический

1. АКТУАЛЬНОСТЬ ТЕМЫ.

Количество пациентов с онкологическими заболеваниями постоянно растет во всем мире, и в Украине, в частности. Учитывая, что голова и шея имеют сложное анатомическое строение и гистоархитектонику, опухоли и опухолеподобные поражения челюстно-лицевой локализации многочисленны и разнообразны по клиническому течению, патоморфологии и гистогенезу. На сегодняшний день предложено большое количество классификаций, но единой – нет, хотя развитие онкологии на современном этапе требует использования единых, общепринятых подходов в этом вопросе, поскольку наличие множества классификаций и различной номенклатуры опухолей, разного понимания одних и тех же терминов, обуславливает значительные трудности в интерпретации научных и клинических исследований, обмене опытом, нарушает последовательность во время оказания помощи в разных лечебных учреждениях. Выше сказанное определяет важность знания принципов и методов диагностики, лечения опухолей головы и шеи, а также их профилактики.

2. КОНКРЕТНЫЕ ЦЕЛИ:

- 2.1. Анализировать данные статистики опухолей и опухолеподобных заболеваний челюстно-лицевой области.
- 2.2. Объяснять особенности этиологии и патогенеза опухолей и опухолеподобных заболеваний челюстно-лицевой области.
- 2.3. Предложить методы диагностики опухолей и опухолеподобных заболеваний челюстно-лицевой области.
- 2.4. Классифицировать опухоли и опухолеподобные образования челюстно-лицевой локализации.
- 2.5. Трактовать основы организации онкологической помощи пациентам с опухолями и опухолеподобными образованиями челюстно-лицевой локализации.
- 2.6. Рисовать схему обследования пациента с опухолью или опухолеподобным заболеванием челюстно-лицевой области.
- 2.7. Проанализировать принципы диспансеризации пациентов с опухолями и опухолеподобными заболеваниями челюстно-лицевой локализации.
- 2.8. Составить план лечения пациента с опухолью или опухолеподобным заболеванием челюстно-лицевой области.

3. БАЗОВЫЕ ЗНАНИЯ, УМЕНИЯ, НАВЫКИ, НЕОБХОДИМЫЕ ДЛЯ ИЗУЧЕНИЯ ТЕМЫ (междисциплинарная интеграция).

Название предыдущих дисциплин	Приобретённые навыки
1. Этика и деонтология.	Установить психологический контакт с онкобольным.
2. Организация здравоохранения.	Использовать знания принципов организации онкологической помощи и диспансеризации. Оформить необходимую документацию.
3. Патоморфология.	Описывать характер патологических изменений анатомических структур при развитии опухолей. Демонстрировать навыки по взятию материала для цитологического и морфологического исследования.
4. Патологическая физиология.	Определять этиологию и патогенез опухолей.
5. Пропедевтика внутренних болезней.	Написать схему общего обследования пациента. Провести курацию онкобольного.
6. Общая онкология.	Описывать принципы диагностики лечения онкологических заболеваний. Назначить схему обследования пациента.

4. ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ ВО ВРЕМЯ ПОДГОТОВКИ К ЗАНЯТИЮ.

4.1. Перечень основных терминов, параметров, характеристик, которые должен усвоить студент при подготовке к занятиям:

Термин	Определение
1. Опухоль (по ВОЗ).	Это аномальная масса тканей с избыточным разрастанием, которое не коррелирует с ростом нормальной ткани и длится после прекращения действия факторов, которые его обусловили.
2. Диспансеризация.	Это система медицинских мероприятий, которую осуществляют лечебные учреждения с целью своевременной диагностики, лечения и профилактики заболеваний.
3. Онкологическая настороженность.	Это врачебная тактика, направленная на раннее выявление онкологических заболеваний. Главное правило этой тактики: «Независимо от повода по которому обратился к врачу пациент, врач должен исключить у него диагноз онкологического заболевания».

4.2. Теоретические вопросы к занятию:

1. Структура организации онкологической стоматологической помощи.
2. Принципы диспансеризации пациентов с опухолями головы и шеи.
3. Организация онкологической стоматологической помощи.
4. Медицинская документация хирурга-стоматолога.
5. Классификация опухолей челюстно-лицевой локализации.
6. Методика обследования пациента с онкологическими заболеваниями.

4.3. Практические работы (задания), которые выполняются на занятии:

1. Провести курацию пациента с опухолью челюстно-лицевой области.
2. Составить схему обследования пациента с опухолью или опухолеподобным заболеванием челюстно-лицевой локализации.

5. СОДЕРЖАНИЕ ТЕМЫ:

Диспансеризация – активный метод динамического наблюдения за состоянием здоровья как практически здорового населения, так и пациентов, имеющих хронические и длительно протекающие заболевания.

Диспансерный метод наблюдения – это система профилактических и лечебных мероприятий, направленных на укрепление здоровья, улучшение физического развития, активное выявление заболеваний на ранних стадиях, систематическое наблюдение за состоянием здоровья лиц, взятых на диспансерный учет, оказание им своевременной лечебной помощи, сохранение их трудоспособности, а также активную профилактику осложнений заболеваний, т.е. на осуществление активных мероприятий индивидуальной и социальной профилактики, оздоровление производственных и бытовых условий.

Диспансеризация пациентов стоматологического профиля - система лечебных мероприятий, направленных на как можно более раннее выявление заболеваний органов и тканей полости рта и челюстно-лицевой области, ликвидацию причин, вызывающих эти заболевания, качественное комплексное обследование, лечение пациентов, пребывающих на диспансерном учете, сохранение их трудоспособности. Организация проведения и учет диспансерной работы в стоматологии регулируется приказом Министерства здравоохранения № 327 от 08.12.2000 «Про возобновление диспансеризации населения и внедрение мониторинга состояния его здоровья».

Принципы диспансеризации стоматологических больных:

- плановость и комплексность лечебно-профилактических мероприятий;
- дифференцированный подход с использованием современных методов диагностики, лечения и профилактики заболеваний челюстно-лицевой локализации;
- постоянное повышение квалификации врачей.

Элементы диспансеризации стоматологических пациентов:

- отбор;
- наблюдение;
- оздоровление;
- планирование;
- управление.

В диспансерном наблюдении у хирурга-стоматолога нуждаются пациенты с:

- предраковыми заболеваниями челюстей, органов и тканей полости рта;
- злокачественными новообразованиями челюстей и полости рта (совместно с онкологами в зависимости от стадии заболевания).

Порядок и методы обследования онкостоматологического больного.

4. выяснение жалоб и сбор анамнеза;
5. объективное обследование с использованием физикальных методов;
6. использование дополнительных методов обследования.

При опросе пациента следует обратить внимание на **жалобы**:

- неспецифические жалобы, обусловленные наличием новообразования (наличие опухоли, асимметрия лица, деформация органа и др.);
- жалобы на неспецифические функциональные нарушения (затруднение жевания, речи, глотания, изменение тембра голоса, носового дыхания, во время открывания рта, во время поворота головы, смещение глазного яблока, ухудшение зрения, онемение определенных участков лица и др.);
- боль в области новообразования (самопроизвольная, причинная, сильная, умеренная, слабая, кратковременная, длительная, постоянная, ноющая, колющая и др.);
- специфические жалобы (периодические обильные кровотечения при гемангиомах, неврологическая симптоматика при опухолях периферических нервов, специфический характер боли при остеоид-остеоме и др.);
- жалобы общего характера (слабость, недомогание, потеря аппетита и др.).

После выяснения жалоб пациента переходят к сбору **анамнеза** заболевания и жизни:

- время появления новообразования или момент, когда пациент его впервые заметил;
- с чем пациент связывает возникновение опухоли;
- какими были первые признаки;
- темпы роста новообразования, ускорение роста, периоды увеличения-уменьшения, присоединение воспалительных явлений, появление новой симптоматики и др.;
- обращался ли пациент за медицинской помощью и ее результат;
- предыдущая оценка состояния здоровья пациента;
- условия труда и быта;
- наследственность и др.

Изучение **Status localis** заключается в тщательной оценке:

- симметрии лица;
- состояния кожных покровов;
- функции височно-нижнечелюстных суставов;
- состояния полости рта, глотки;
- функции слюнных желез и состояния их протоков;
- состояния регионарных лимфатических узлов (для исключения лимфогенных метастазов при злокачественных опухолях).

Методы объективного клинического обследования:

- осмотр;
- пальпация;
- перкуссия (зубов, располагающихся в зоне новообразований челюстей);
- аускультация (ветвистые гемангиомы, хемодектомы, сосудистые аневризмы – для выявления систолического шума).

Последовательность характеристики новообразования:

- локализация;
- размеры;
- цвет;
- форма и контуры;
- состояние поверхности;
- консистенция;

- флюктуация;
- наличие характерных симптомов (наполнения – опустошения, пергаментного хруста);
- болезненность при пальпации;
- подвижность;
- изменение кожи и слизистых оболочек над новообразованием.

Дополнительные методы обследования пациентов с опухолями и опухолеподобными новообразованиями:

- рентгенологический;
- компьютерная томография с 3D-моделированием;
- МРТ;
- цитологическое исследование (пункция, мазок-отпечаток, соскоб);
- биопсия (инцизионная, эксцизионная, трепанобиопсия, щипцовая, кюретаж);
- термография;
- радиоизотопное исследование;
- ультразвуковое исследование;
- лабораторные исследования (крови, мочи и др.).

Медицинская документация:

Медицинская карта стоматологического больного (форма № 043/0) – является отчетным и учетным документом, содержит графы с указанием паспортных данных, диагноза заболевания, жалоб, анамнеза заболевания и жизни пациента, данных объективного дополнительных методов обследования, а также дневник лечения и профилактических осмотров пациента. Медицинская карта стоматологического пациента содержит данные об обучении его навыкам гигиены и контроля гигиенического состояния полости рта.

Листок ежедневного учета работы врача-стоматолога (форма №037/0) – отчетный и учетный документ, который заполняется ежедневно врачом после приема пациентов и содержит сведения о фактически отработанном рабочем времени, количестве принятых пациентов, диагнозы пациентов и комплекс выполненного лечения с учетом сделанного обезболивания, сведения о санации полости рта, отработанные условные единицы трудоемкости. На основании данных «Листка ежедневного учета работы врача-стоматолога» в конце месяца заполняется «Дневник учета работы врача-стоматолога».

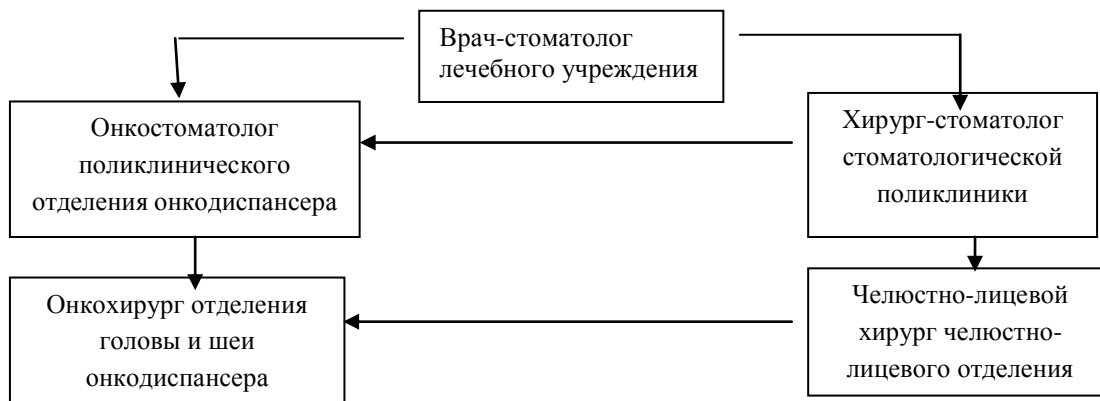
Дневник учета работы врача-стоматолога (форма № 039-2/0) – отчетный и учетный документ, содержащий 51 графу со сведениями об отработанном в течении месяца рабочее время, количество принятых пациентов, объем выполненной лечебной и профилактической работы. Дневник заполняется в конце рабочего месяца и служит для статистической обработки результатов и учета работы врача-стоматолога.

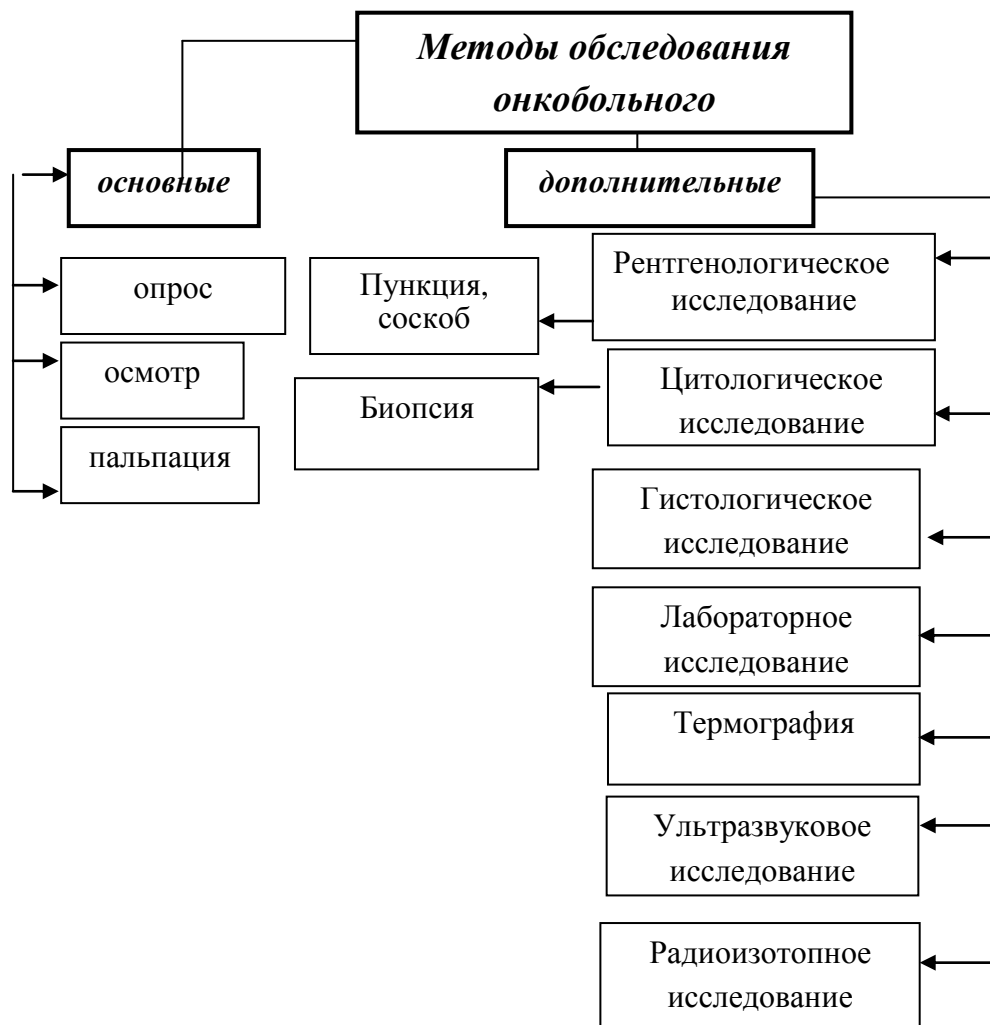
Журнал учета профилактических осмотров полости рта (форма № 049/0) является отчетным и учетным документом, отображающим профилактическую работу врача-стоматолога с соответствующими группами пациентов, характеризует состояние диспансерной работы стоматологического учреждения.

6. МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЯ:

А. Задания для самоконтроля:

1. Организация онкологической стоматологической помощи





Б. Задачи для самоконтроля:

1. Пациент А., 53 лет, обратился к врачу хирургу-стоматологу с жалобами на наличие язвы на боковой поверхности языка, которая образовалась вследствие травмирования острым краем протеза. Язва образовалась более месяца тому.

Какой должна быть тактика врача?

(Ответ: если после удаления травмирующего фактора, язва не исчезнет в течение 2 недель, пациента следует направить в онкодиспансер)

2. Врач хирург-стоматолог направил на цитологическое исследование материал, взятый из язвы на слизистой оболочке подъязычной области. Из цитологической лаборатории получил подтверждение злокачественной язвы.

Какими должны быть дальнейшие действия врача?

(Ответ: направить больного в онкодиспансер)

3. Пациент обратился к хирургу-стоматологу с жалобами на плохое заживление лунки зуба, удаленного более двух недель тому. Врач несколько раз сделал выскабливание лунки, а через три недели, когда появилась постоянная боль в челюсти, направил пациента на консультацию в онкологический диспансер, где после гистологического исследования грануляций, был поставлен диагноз злокачественной опухоли.

Какую ошибку совершил врач?

(Ответ: грануляции, удаленные из лунки, нужно было обязательно направить на гистологическое исследование)

В. Материалы для тестового контроля. Тестовые задания с одним правильным ответом (α=Π):

1. Укажите характеристику, не свойственную злокачественной опухоли:

- A. Инфильтративный рост.
- B. Не имеет капсулы.
- C. Клеточный атипизм.
- D. Не дает метастазов.
- E. Нарушает общее состояние.

(Правильный ответ: D)

2. Укажите характеристику, не свойственную доброкачественной опухоли?

- A. Имеет хорошо выраженную капсулу.
- B. Не дает метастазов.
- C. Склонность к распаду опухоли.
- D. Не нарушает общего состояния.
- E. Не имеет атипизма клеток.

(Правильный ответ: C)

3. Для какого заболевания характерны такие признаки: ухудшение самочувствия пациента, кахексия, наличие припухлости, увеличение регионарных лимфатических узлов, клеточный и тканевой атипизм?

- A. Воспалительные заболевания.
- B. Диспластические процессы.
- C. Опухолоподобные образования.
- D. Доброкачественные опухоли.
- E. Злокачественные опухоли.

(Правильный ответ: E)

Г. Учебные задачи 3-го уровня (нетипичные задачи):

1. Пациент Д., 41 года, обратился к врачу хирургу-стоматологу с жалобами на наличие припухлости в правой околоушножевательной области, которая появилась более 10 лет тому назад, медленно росла. При объективном исследовании обнаружено новообразование до 3 см в диаметре, мягко-эластической консистенции, безболезненное, с подлежащими тканями не спаяно, подвижное.

Какой должна быть тактика врача? Какие дополнительные методы обследования следует провести?

(Ответ: врач должен взять материал для цитологического исследования. Дополнительные методы обследования: лабораторные (общий и биохимический анализ крови), при необходимости рентгенологический (сиалограмма, учитывая расположение новообразования)

2. Врач хирург-стоматолог направил на цитологическое исследование материал, взятый из язвы в левой поднижнечелюстной области. По результатам цитологического исследования найдены атипичные клетки.

Какие дальнейшие действия врача?

(Ответ: направить пациента в онкологический диспансер)

3. Пациент А., 42 лет, обратился к хирургу-стоматологу в связи с тем, что у него возникла сухость во рту. При объективном исследовании установлено: асимметрия лица за счет припухлости в правой околоушно-жевательной области, птоза правого глаза и опущения правого угла рта. Кожные покровы в цвете не изменены. Правые поднижнечелюстные лимфатические узлы увеличены, спаяны между собой, неподвижны. Открывание рта свободное. Слизистая оболочка правой щечной области без видимой патологии, сухая, слюна из устья протока околоушной слюнной железы не выделяется.

Поставьте предварительный диагноз. Какой должна быть тактика врача?

(Ответ: злокачественное новообразование правой околоушной слюнной железы. Цитологическое и рентгенологическое исследование. Консультация и последующее лечение у врача-онколога)

7. ЛИТЕРАТУРА:

Основная литература:

1. Дунаевский В.А., Шеломенцев Ю.А. Предопухолевые заболевания и злокачественные опухоли слизистых оболочек полости рта. – Москва: Медицина, 1986. – 184с.
2. Колесов А.А., Воробьев Ю.И., Каспарова Н.Н. Новообразования мягких тканей и костей лица у детей и подростков. – Москва: Медицина, 1989. – 304с.
3. Машкилейсон А.Л. Предрак красной каймы губ и слизистой оболочки полости рта. – Москва: Медицина, 1970. – 109с.
4. Онкологія: підручник/ В.П.Баштан, А.Л.Одабашьян, П.В.Шелешко. – Тернопіль: «Укрмедкнига», 2003. – 313с.
5. Пачес А.Г. Опухоли головы и шеи. – Москва : Медицина, 1983. – 416с.
6. Рибалов О.В., Одабашьян А.Л., Соколова Н.П., Саяпіна Л.М. Онкологія щелепно-лицевої ділянки і навчальний посібник для студентів та лікарів-інтернів стоматологів. – Полтава: АСМІ, 1999. – 114с.

Дополнительная литература:

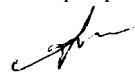
1. Солнцев А.М., Колесов В.С., Доброкачественные опухоли лица, челюстей и органов полости рта. – Киев: Здоровье, 1985. – 150с.

Министерство здравоохранения Украины
Высшее государственное учебное заведение Украины
«Украинская медицинская стоматологическая академия»

«Утверждено»
на заседании кафедры
хирургической стоматологии
и челюстно-лицевой хирургии
с пластической и реконструктивной
хирургией головы и шеи

Заведующий кафедрой

д. мед. н. Аветиков Д.С.



МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ
ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ
ВО ВРЕМЯ ПОДГОТОВКИ К ПРАКТИЧЕСКОМУ
(СЕМИНАРСКОМУ) ЗАНЯТИЮ

Учебная дисциплина	Хирургическая стоматология
Модуль №	3
Содержательный модуль №	3
Тема занятия	Биологические основы клинической онкологии. Онконастороженность. Классификация опухолей челюстно-лицевой области.
Курс	IV
Факультет	Стоматологический

1. АКТУАЛЬНОСТЬ ТЕМЫ.

Опухоль как болезнь возникает вследствие реакции организма на вредные внешние и внутренние воздействия. Она формируется всеми своими индивидуальными свойствами в зависимости от особенностей реакции индивидуума и от внешних и внутренних воздействий, вызвавших ее рост. Эти два обстоятельства формируют биологические качества опухоли. Эти биологические особенности разные при разных опухолях, и эта разница наиболее выражена у доброкачественных и злокачественных опухолях. Особенности злокачественной опухоли как болезни большей мерой определяются качествами ее клеток, значительно отличающихся от нормальных клеток. Эти качества определяют рост, распространение, метастазирование опухоли и ее воздействие весь организм. Новообразования требуют для диагностики целый комплекс методов обследования и лечения.

2. КОНКРЕТНЫЕ ЦЕЛИ:

- 2.1. Анализировать причины возникновения опухолей и опухолеподобных образований челюстно-лицевой области и шеи.
- 2.2. Объяснять патогенез опухолей и опухолеподобных образований челюстно-лицевой области и шеи.
- 2.3. Предложить определение понятия «онконастороженность».
- 2.4. Классифицировать опухоли и опухолеподобные образования челюстно-лицевой области и шеи.
- 2.5. Трактовать биологические основы клинической онкологии.
- 2.6. Рисовать схему противораковой защиты организма.
- 2.7. Проанализировать действие разных канцерогенов на организм человека.
- 2.8. Составить план профилактики онкологических заболеваний челюстно-лицевой локализации.

3. БАЗОВЫЕ ЗНАНИЯ, УМЕНИЯ, НАВЫКИ, НЕОБХОДИМЫЕ ДЛЯ ИЗУЧЕНИЯ ТЕМЫ (междисциплинарная интеграция).

Названия предыдущих дисциплин	Приобретённые навыки
1. Этика и деонтология.	Установить психологический контакт с онкологическим больным.
2. Организация здравоохранения.	Применять знание принципов организации онкологической помощи и диспансеризации. Оформить необходимую документацию.
3. Патоморфология.	Описывать характер патологических изменений анатомических структур при развитии опухоли. Демонстрировать навыки по взятию материала для цитологического и морфологического исследования.

Названия предыдущих дисциплин	Приобретённые навыки
4. Патологическая физиология.	Определять этиологию и патогенез опухолей.
5. Пропедевтика внутренних болезней.	Написать схему общего обследования больного. Провести курацию онкологического больного.
6. Общая онкология.	Описывать принципы диагностики и лечения онкологических заболеваний. Назначить схему обследования пациента.

4. ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ ВО ВРЕМЯ ПОДГОТОВКИ К ЗАНЯТИЮ.

4.1. Перечень основных терминов, параметров, характеристик, которые должен усвоить студент при подготовке к занятию:

Термин	Определение
1. Опухоль.	Это аномальная масса тканей с избыточным разрастанием, которое не коррелирует с ростом нормальной ткани и продолжается после

	прекращения действия факторов, которые его обусловили.
2. Канцерогенез.	Это сложный многоэтапный процесс, приводящий к значительной опухолевой реорганизации нормальных клеток организма.
3. Канцероген (от лат. cancer – рак и др.-греч. γεννάω – рождаю), он же карциноген (от др.-греч. καρκίνοϛ – краб и γεννάω – рождаю).	Это химическое (вещество) или физическое (излучение) воздействие на организм человека или животного, повышающее вероятность возникновения злокачественных новообразований (опухолей).
4. Мутация (лат. mutatio – смена).	Это стойкая (то есть такая, которая может быть унаследована потомками данной клетки или организма) смена генотипа, происходящая под воздействием внешней или внутренней среды. Процесс возникновения мутаций имеет название мутагенеза.
5. Анеуплоидия (от греч. an - негативная частица, eu - хорошо, сполна, - ploos - кратный и eidos - вид)	Это не расхождение и утрата отдельных хромосом в митозе и мейозе. Вследствие нарушения баланса хромосом анеуплоидия приводит к снижению жизнеспособности и нередко к гибели.
6. Гистогенез (от др.-греч. ιστός – ткань + γένεσιϛ – образование, развитие).	Это совокупность процессов, приводящих к образованию и восстановлению тканей в ходе индивидуального развития (онтогенеза).
7. Онкологическая настороженность.	Это врачебная тактика направленная на раннее выявление онкологических заболеваний.

4.2. Теоретические вопросы к занятию:

1. Онкогенез. Современные взгляды на биологические основы онкогенеза.
2. Биологические принципы лечения доброкачественных и злокачественных опухолей ЧЛО.
3. Система иммунитета при опухолях и опухолеподобных процессах ЧЛО.
4. Что такое онкологическая настороженность?
5. Классификации опухолей головы и шеи.

4.3. Практические работы (задания), которые выполняются на занятии:

4. Провести курацию больного с опухолью челюстно-лицевой локализации.
5. Составить схему обследования больного.
6. Оформить необходимую медицинскую документацию.

5. СОДЕРЖАНИЕ ТЕМЫ.

Причиной возникновения опухоли является действие факторов, обуславливающие необратимые изменения в генетическом аппарате клетки, в результате чего нарушается процесс ее распределения. В пораженных клетках возникает неконтролируемая стимуляция распределения или утрачивается (стает неэффективным) его торможение.

Общепринятой теории опухолевого роста на сегодня еще не существует, но наиболее признаны полиэтиологическая теория и представление о канцерогенезе новообразований, как стадийного процесса преобразования нормальной соматической клетки в опухоль. Изменения в клетках могут быть вызваны прямым или опосредованным действием различных эндогенных (5% всех канцерогенов) и экзогенных факторов (95%) – химических, биологических и физических.

Химические канцерогены – наибольшая группа, их количество постоянно растет в результате развития промышленности, урбанизации, добыче и переработки нефти и др. Они могут иметь биологическое происхождение и образовываться эндогенно в организме человека в результате обменных процессов.

Физические канцерогены – ионизирующее и ультрафиолетовое излучение, повышенная температура, ультразвук высокой интенсивности и гальванические токи, которые непосредственно повреждают ДНК и активируют свободнорадикальное окисление с поражением генетического

аппарата. Канцерогенное воздействие имеет также длительное механическое воздействие (хроническая травма, длительное сдавление тканей).

Биологические канцерогены – это разные ДНК- и РНК-содержащие вирусы, проникающие в клетку и встраивающиеся в ее геном. Они или непосредственно содержат ген, отвечающий за опухолевый рост (онкоген), или активируют соответствующие гены в геноме человека.

Хотя канцерогены чрезвычайно разнообразны по своей природе, все они имеют определенные признаки:

1. Канцерогены способны вызывать необратимые изменения в геноме клетки, которые не приводят к ее гибели.
2. Могут проникать через биологические барьеры, в том числе клеточную мембрану (что является условием для взаимодействия канцерогена с ДНК хромосом).
3. Имеют способность к кумуляции и суммации канцерогенного эффекта.
4. Субпороговых концентраций/доз канцерогена не существует, даже минимальная его концентрация может привести к возникновению опухоли.

Большинство канцерогенов угнетает иммунные реакции организма.

Механизмы опухолевого перерождения клетки и дальнейшего развития опухоли. Механизм деления клеток упрощенно представлен в гипотезе Хьюгса, в соответствии с которой регуляция клеточного деления определяется системой генов-инициаторов, запускающих митоз, и генов-супрессоров, блокирующих ген-инициатор. При репаративной регенерации, воспалении, компенсаторной гиперплазии деление клеток происходит под действием внешних паракринных регуляторных факторов (фактор роста и др.). Деление клеток контролируется и регулируется несколькими механизмами:

- угнетение синтеза факторов роста по механизму обратной связи;
- контактное торможение (клетка перестает делиться после того, как ее мембрана вступает в контакт с мембраной соседней клетки);
- лимит Хейфлика – клетка делится определенное количество раз, потом гибнет.

Фазы канцерогенеза:

3. Инициация – когда происходят необратимые нарушения генотипа нормальной соматической клетки и она становится склонной к трансформации в опухолевую клетку. При взаимодействии генотоксических канцерогенов с ДНК происходит транслокация и усиливается действие протоонкогена – гена, контролирующего рост и дифференциацию клетки и придает ей качества. В стадии инициации происходит около 30 удвоений, т.е. образуется 30 поколений (около 1 млрд) латентных клеток и усиливается выработка онкобелка, с появлением и нарастанием продукции которого наступает **вторая фаза канцерогенеза – промоция.**

4. Промоция – начало роста опухоли (промоция), как правило, начинается под действием провоцирующего фактора – травмы, воспаления, химических агентов, гормональных стимулов. Опухолевые клетки, которые были в латентном состоянии, начинают активно делиться, формируя опухолевый узел. Считают, что стадия промоции короткая по времени и за ее существование происходит около 10 удвоений трансформирующейся клетки. Рост опухоли сопровождается сменой свойств опухолевых клеток, направленных на повышение автономности новообразования (опухолевая прогрессия). Главным образом они развиваются в сторону малигнизации и повышения злокачественности опухоли. Наиболее характерны такие изменения:

- увеличение числа спонтанных и индуцированных мутаций в клетках опухолей с появлением низкодифференцированных, агрессивных форм;
- «клональная эволюция» – под действием защитных механизмов организма и медикаментозного лечения (химиотерапии) выживают только самые стойкие опухолевые клетки.

Этим объясняется способность доброкачественных опухолей к злокачественному перерождению и появление рентген- и химиорезистентности в злокачественных опухолях в ходе лечения. Влияния канцерогенного фактора и включения механизмов канцерогенеза еще недостаточно для возникновения опухоли, поскольку в организме существуют различные механизмы противоопухолевой резистентности.

Механизмы противоопухолевой резистентности организма

Антиканцерогенные механизмы	Антитрансформационные механизмы	Антицеллюлярные механизмы
Инактивация химических канцерогенов в процессе макросомального окисления. Ингибция свободных радикалов антиоксидантной системой. Элиминация канцерогенов из организма. Ингибция онкогенных вирусов интерфероном и специфическими антителами.	Ферментативные системы репарации ДНК. Система генов-супрессоров. Антионкогенные протеины p53, p21, p16. Апоптоз.	Цитотоксическое действие: Т-лимфоцитов макрофагов натуральных килеров, антитела к опухолевым антигенам. TNF (фактор некроза опухоли). Интерферон.

Факторы, обуславливающие возникновение опухоли

Экзогенные факторы	Эндогенные факторы
Нерациональное питание. Курение. Повышенная инсоляция. Употребление алкоголя. Влияние промышленных канцерогенов. Вирусные инфекции.	Генетическая предрасположенность. Первичные или вторичные иммунодефициты. Истощение антиоксидантной системы. Эндогенные канцерогены. Стрессы.

Теории возникновения рака:

- «иммунологического наблюдения» (Bernet, 1970) – активные Т-лимфоциты не могут распознать и уничтожить опухолевые клетки с момента их появления.
- **мутационная теория** – в основе заболевания лежат изменения в геноме клетки (нагромождение мутаций в специфических зонах клеточной ДНК, приводящее к образованию дефектных белков). Злокачественные опухоли развиваются из одной клетки, т.е., имеют моноклональное происхождение. Однако, Lawtence A. Loeb (1974), считает, что в основе канцерогенеза лежит возникновение огромного количества мутаций.
- **ранней нестабильности** (К.Лингаур, 1997) – ранняя хромосомная нестабильность обуславливает появление мутаций в онкогенах и генах-супрессорах.
- **анеуплоидии** (П.Дюсберг, 1999) – рак - следствие анеуплоидии – укорочения и удлинения хромосом, перемещения их больших участков (транслокации).

Биологические характеристики опухолевой ткани:

7. Тканевая и клеточная анаплазия или метаплазия.

Под анаплазией понимают утрату специфических функций исходной ткани и приближение опухолевых клеток к эмбриональному состоянию. Метаплазия – приобретение опухолью свойств другой ткани.

8. Неконтролируемый и чаще всего неограниченный рост.

9. Автономность опухолевой ткани. Взаимоотношения злокачественных опухолей и организма рассматривают как конкурентные. В процессе жизнедеятельности опухоль интенсивно поглощает питательные вещества и трофические факторы из кровяного русла, выделяя в кровь продукты жизнедеятельности, большинство из которых токсичны. Это является основным механизмом кахексии при злокачественных опухолях.

10. Смена метаболизма опухолевых клеток более характерна для злокачественных опухолей. Она заключается в активации гликолиза с одновременной сменой (угнетением) окислительного фосфорилирования и упрощением биохимической структуры.

11. Смена механизмов регуляции. Опухолевая ткань не реагирует или неадекватно реагирует на нормальные механизмы нейрогуморальной регуляции. В то же время в опухолевой ткани возникают собственные регуляторные механизмы, связанные с интенсивным выделением паракринных регуляторов и факторов роста.

12. Смена антигенных свойств опухолевой клетки. Опухолевая ткань по своим антигенным свойствам отличается от тканей организма, однако опухоль достаточно эффективно избегает механизмов иммунологического контроля.

Онкологическая настороженность – это врачебная тактика, направленная на раннее выявление онкологических заболеваний. Главное правило этой тактики: «Независимо от повода, по которому обратился к врачу пациент, врач должен исключить у него диагноз онкологического заболевания».

Онкологическая настороженность заключается в следующем:

- знание симптомов предраковых заболеваний, их лечение и предупреждение;
- знание симптомов злокачественных опухолей в ранних стадиях и их лечение;
- знание принципов организации онкологической помощи, что позволяет своевременно направить пациента с подозрением на злокачественное новообразование по назначению;
- тщательное соблюдение схемы обследования пациента для исключения наличия онкологического заболевания;
- при неясной клинической картине следует всегда помнить о вероятности нетипичного стертого проявления опухоли.

Врач, который придерживается принципов онкологической настороженности, большей мерой гарантирован от несвоевременной диагностики и ошибочной тактики в отношении пациента с онкологической патологией.

В обследовании каждого пациента, а онкологического особенно, должна быть четкая и определенная система. Другое важное положение – тщательное изучение симптомов заболевания. Третье положение – активный сбор анамнеза. Особенно тщательно врач должен обследовать пациентов с различными хроническими заболеваниями: хронические трещины, язвы на коже лица, слизистой оболочке полости рта, хейлиты, стоматиты и др.

В анамнезе онкологического пациента имеет место непрерывное увеличение количества и тяжести симптомов. При присоединении воспалительного компонента, симптомы злокачественного новообразования нивелируются.

Следует всегда интересоваться образом жизни пациента. Особенно должен настораживать факт наличия злокачественного новообразования другой локализации – это может свидетельствовать о наличии раковой болезни. Некоторые заболевания могут служить фоном для возникновения злокачественной опухоли (хронический гайморит, лейкоплакия).

Знание профессиональных вредностей, с которыми соприкасается пациент, часто позволяет выявить склонность к тому или иному злокачественному новообразованию.

При обследовании пациента необходимо учитывать наследственность. Следует уделять внимание национальным обычаям (жевание бетеля и маста часто приводит к развитию рака дна полости рта), место постоянного проживания (регионы с жарким климатом), нарушение личной гигиены.

Вопросы **классификации опухолей и опухолеподобных новообразований** челюстно-лицевой локализации очень сложные, поскольку голова и шея характеризуются сложной анатомическим строением и гистоархитектоникой. С 1971 г. ВОЗ начала разработку и публикацию серий Международной гистологической классификации опухолей (МГКО), каждая из которых есть классификацией группы новообразований, выделенных по принципу анатомической локализации.

Опухоли челюстно-лицевой локализации и шеи представлены в таких сериях МГКО:

- МГКО № 3 «Гистологическая классификация опухолей мягких тканей»;
- МГКО № 4 «Гистологическая классификация опухолей полости рта и ротоглотки»;
- МГКО № 5 «Гистологическая классификация костных опухолей»;
- МГКО № 6 «Гистологическая классификация одонтогенных опухолей, кист челюстей и подобных поражений»;
- МГКО № 7 «Гистологическая классификация опухолей слюнных желез»;
- частично МГКО № 12 «Гистологическая классификация опухолей кожи»;
- МГКО № 19 «Гистологическая классификация опухолей носа и придаточных пазух».

МГКО имеет ряд преимуществ сравнительно с ранее предложенными классификациями, основными из которых такие:

1. Объективность критериев, которые используют для определения опухоли к той или другой группе: злокачественность, гистогенез, локализация, строение.
2. Единство номенклатуры, терминологии и принципов классификации новообразований во всех сериях МГКО.
3. Классификация является универсальной и общепринятой, создана с привлечением ведущих специалистов из разных стран и использованием данных основных мировых центров.

4. МГКО постоянно дорабатывают и пересматривают с учетом последних научных данных.
5. Включает все известные на сегодня новообразования.
6. Содержит детальную характеристику клинической, морфологической и рентгенологической картины опухолей.

В соответствии с МГКО все опухоли **классифицируют по:**

1. **Локализации** (опухоли полости рта и ротоглотки, опухоли полости носа и придаточных пазух, опухоли слюнных желез, опухоли ЦНС, опухоли щитовидной железы, опухоли и кисты челюстей, опухоли кожи).
2. **По гистогенезу** (эпителиальные опухоли, опухоли мягких тканей, опухоли костей и хрящевой ткани, опухоли лимфоидной и кровеносной ткани, опухоли смешанного генеза, вторичные опухоли (метастазы злокачественных опухолей внутренних органов в челюстно-лицевой области), опухоли спорного или неясного гистогенеза, опухолеподобные образования).
3. **По особенностям клинической картины и биологического поведения** (доброкачественные и злокачественные).
4. **Опухолеподобные поражения:**
 - эмбриональные пороки развития, нарушения закладки и формирования органов и тканей (сосудистые аномалии и мальформации, лимфангиомы, гамартомы, брахиогенные и дермоидные кисты, фиброзная остеодисплазия, фолликулярные кисты и др.);
 - проявление наследственных синдромов (нейрофиброматоз, херувизм и др.);
 - проявление системных заболеваний (синдром Шегрена, фиброматоз десен при гормональных заболеваниях, болезнь Педжета, паратиреоидная дистрофия);
 - следствие острой или хронической травмы (травматическая неврома, простая или травматическая костная киста, фиброзные разрастание и папилломатоз слизистой оболочки полости рта);
 - реактивная гиперплазия при хроническом воспалении (пиогенная гранулема, радикулярные кисты, опухоль Кютнера);
 - нарушение оттока (ретенция) секрета экзокринных желез (ретенционные кисты слюнных желез, атеромы);
 - опухолеподобные поражения, генез которых до конца не изучен (аневризмальная костная киста).

Классификация злокачественных опухолей по системе TNM

- T₀ – первичная опухоль не определяется.
 T₁ – опухоль 1-2 см в диаметре в пределах пораженной ткани (органа).
 T₂ – опухоль больше 2 см в наибольшем измерении, в пределах одного пораженного органа.
 T₃ – опухоль более 3 см в наибольшем измерении. Поражена большая часть, или весь орган.
 T₄ – опухоль поражает весь орган с переходом на соседние ткани.
 N₀ – лимфатические узлы не пальпируются.
 N₁ – односторонние подвижные лимфатические узлы.
 N₂ – двусторонние подвижные лимфатические узлы.
 N₃ – односторонние неподвижные лимфатические узлы.
 N₄ – двусторонние неподвижные лимфатические узлы.
 M₀ – метастазы отсутствуют.
 M₁ – определяются отдаленные метастазы.

6. МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЯ:

А. Задания для самоконтроля:

1. Заполнить графы таблицы:

Механизмы противоопухолевой резистентности организма

Антиканцерогенные механизмы	Антитрансформационные механизмы	Антицеллюлярные механизмы
1. Инактивация химических канцерогенов в процессе макросомального окисления. 2. Ингибция свободных радикалов антиоксидант-	1. Ферментативные системы репарации ДНК. 2. _____ 3. Антионкогенные протеины p53, p21, p16. 4. _____	Цитотоксическое действие: Т-лимфоцитов макрофагов натуральных киллеров, антитела к опухолевым антигенам.

ной системой. 3. _____ 4. _____		TNF (фактор некроза опухоли). Интерферон.
---------------------------------------	--	--

2. Дополните сведения в таблице:

Факторы, обуславливающие возникновение опухолей

Экзогенные факторы	Эндогенные факторы
1. Нерациональное питание. 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____ 6. Вирусные инфекции.	1. Генетическая склонность. 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. Стрессы.

Б. Задачи для самоконтроля:

1. Пациентка, 42 лет, обратилась к хирургу-стоматологу с жалобами на наличие новообразования в полости рта. При объективном обследовании установлено: на неизменной слизистой оболочке левой щеки определяется новообразование бледно-розового цвета, округлой формы, на ножке, диаметром до 1см, безболезненное, мягко-эластической консистенции.

Какой метод биопсии следует использовать?

(Ответ: эксцизионная биопсия)

2. Пациент С., 24 лет, обратился к хирургу-стоматологу по поводу наличия новообразования в области подбородка, которое медленно увеличивается. Объективно: асимметрия лица за счет наличия новообразования в области подбородка. Кожа в цвете не изменена. Пальпаторно определяется новообразование размером 3х5см, овальной формы, подвижное, безболезненное.

Какую диагностическую манипуляцию следует провести?

(Ответ: пункционную биопсию)

3. В хирургическое отделение областной стоматологической поликлиники направлен пациент с подозрением на наличие опухоли правой околоушной слюнной железы.

Какой метод обследования будет самым информативным в данном случае?

(Ответ: гистологическое исследование)

В. Материалы для тестового контроля. Тестовые задания с одним правильным ответом ($\alpha=II$):

1. У хирурга-стоматолога областной стоматологической поликлиники на диспансерном учете находятся пациенты с опухолями челюстно-лицевой области, прошедшие лечение в отделении головы и шеи областного онкологического диспансера.

Какая документация должна быть на этих больных?

- A. История болезни стационарного больного.
- B. Амбулаторная карточка больного, контрольная карта диспансерного наблюдения.
- C. Выписка из медицинской карты больного.
- D. Амбулаторная карта больного, журнал учета больных, направленных из стационара.
- E. Документация ВКК.

(Правильный ответ: B)

2. После комбинированного радикального лечения рака кожи щеки II клинической группы больной находится на диспансерном учете.

Как часто он должен проходить обследование?

- A. 1 раз в полгода.
- B. 1 раз в год.
- C. Первый год – 1 раз на квартал, второй год 1 раз в полгода, потом – 1 раз в год.
- D. Первый год – 1 раз в полгода, в дальнейшем – 1 раз в год.
- E. Ежеквартально в течении 5 лет.

(Правильный ответ: С)

3. У пациента 56 лет диагностирована опухоль, которая характеризуется инвазивным ростом, инфильтрацией окружающих тканей, образует перифокальные очаги воспаления, часто метастазирует в близлежащие лимфатические узлы и отдаленные ткани.

Для какого типа опухолей присущ такой механизм развития?

- A. Для неклассифицированных опухолей.
- B. Для доброкачественных опухолей.
- C. Для опухолеподобных образований.
- D. Для злокачественных опухолей.
- E. Для врожденной патологии.

(Правильный ответ: D)

Г. Учебные задачи 3-го уровня (нетипичные задачи):

1. Пациент, 32 лет, обратился с жалобами на наличие образования на языке. Ранее за медицинской помощью не обращался. Внешний вид пациента без особенностей, поднижнечелюстные лимфатические узлы не увеличены. На боковой поверхности языка справа ближе к его основанию определяется округлое образование.

Поставьте предварительный диагноз. Какое заболевание или патологическое состояние Вы можете предположить? Какие дополнительные сведения и клинические данные необходимы для установления окончательного диагноза? Составьте план лечения.

(Ответ: фиброма языка. Полное описание новообразования (размер, консистенция, болезненность при пальпации, подвижность, связь с окружающими тканями). План лечения: обследование пациента для проведения оперативного вмешательства; хирургическое лечение; медикаментозная терапия; диспансерное наблюдение)

2. Пациентка, 34 лет, обратилась с жалобами на наличие образования на слизистой оболочке левой щечной области, которое заметила случайно. Пациентка отмечает, что сейчас практически здорова, однако имеет в анамнезе двусторонний хронический гайморит. Внешний вид без особенностей, поднижнечелюстные лимфатические узлы не увеличены. На слизистой оболочке левой щечной области по линии смыкания зубов определяется новообразование.

Поставьте предварительный диагноз. Какие дополнительные сведения и клинические данные необходимы для установления окончательного диагноза? Составьте план лечения. Имеет ли значение для составления плана лечения наличие хронического двустороннего гайморита?

(Ответ: можно предположить папиллому, фиброму, липому или любое новообразование мягких тканей левой щечной области. В качестве дополнительных сведений следует выяснить длительность заболевания, наличие раздражающих агентов в полости рта. Для того, чтобы установить окончательный диагноз, необходимы такие клинические данные: вид очага поражения (экзофитное образование на ножке без инфильтрации окружающих тканей), соотношение края патологического очага с окружающими тканями (возвышается над окружающей слизистой оболочкой, четкость границ), а также характер поверхности, болезненность, подвижность. Для составления плана лечения наличие хронического гайморита значения не имеет, если нет фазы обострения)

3. Мужчина, 42 лет, обратился к хирургу-стоматологу по поводу увеличения родинки на щеке, которую он почти постоянно травмирует во время бритья. Со слов пациента, месяц тому родинка начала интенсивно расти, на ее поверхности появилась язва. Объективно: на левой щеке образование овальной формы, размером 1х1см, темно-коричневого цвета. На поверхности его – язва. Регионарные лимфоузлы увеличены.

Поставьте предварительный диагноз. Поставьте диагноз по системе TNM. Составьте план лечения и профилактики.

(Ответ: предварительный диагноз – меланома левой щечной области. Диагноз по системе TNM – T2 N1 M0. План лечения – обследование пациента для проведения оперативного вмешательства; хирургическое лечение (широкое иссечение очага поражения и регионарных лимфатических узлов); химио- и иммунотерапия; диспансерное наблюдение. Профилактические мероприятия: ограничение естественной инсоляции и искусственного ультрафиолетового облучения)

7. ЛИТЕРАТУРА:

Основная литература:

1. Гнатyshак А.И. Общая клиническая онкология. – Львов, 1988. – 233с.
2. Маланчук В.О., Копчак А.В. Доброякісні пухлини та пухлиноподібні ураження щелепно-лицевої ділянки та шиї / навчальний посібник. – К.: Видавничий дім «Асканія», 2008. – 320с.
3. Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии: В 2-х томах./ Под ред. В.М.Безрукова, Т.Г.Робустовой. – Изд.2-е, перераб. И доп. – М.: Медицина, 2000. – 448с.
4. Хирургическая стоматология в схемах и таблицах: Учеб.пособие для студентов и врачей-интернов / Г.П.Ружин, А.А.Дмитриева. – Харьков: ХГМУ, 2001. – 108с.

Дополнительная литература:

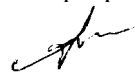
1. Губайдулина Е.Я., Цегельник Л.Н. Опухоли, опухолеподобные поражения и кисты лица, органов полости рта, челюстей и шеи //Хирургическая стоматология. – М.: Медицина, 1996. – С.512-624.
2. Колесов А.А., Воробьев И.Ю. Новообразования мягких тканей. – К., Здоровье, 1991. – 312с.
3. Сагатбаев Д.С. Опухоли челюстно-лицевой области. – Алма-Ата, 1998. – 206 с.
4. Солнцев А.М., Колесов В.С. Доброкачественные опухоли лица, челюстей и органов полости рта. – Киев: Здоровье, 1985. – 150 с.
5. Шаргородский А.Г. Атлас опухолей мягких тканей и костей лица. – Москва, 1998. – 221с.
6. Пачес А.И. Опухоли головы и шеи. – М.: Медицина, 1997. – 450 с.
7. Рибалов О.В., Одабашьян А.Л. Онкологія щелепно-лицевої ділянки. – Полтава: АСМІ, 1999. – 114с.
8. Соловьев М.М. Онкологические аспекты в стоматологии. – М.: Медицина, 1983. – 158с.

Министерство здравоохранения Украины
Высшее государственное учебное заведение Украины
«Украинская медицинская стоматологическая академия»

«Утверждено»
на заседании кафедры
хирургической стоматологии
и челюстно-лицевой хирургии
с пластической и реконструктивной
хирургией головы и шеи

Заведующий кафедрой

д. мед. н. Аветиков Д.С.



МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ
ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ
ВО ВРЕМЯ ПОДГОТОВКИ К ПРАКТИЧЕСКОМУ
(СЕМИНАРСКОМУ) ЗАНЯТИЮ

Учебная дисциплина	Хирургическая стоматология
Модуль №	3
Содержательный модуль №	3
Тема занятия	Предраковые заболевания кожи лица, слизистой оболочки полости рта и языка: гистологическое строение, клинические формы, диагностика, лечение, осложнения и профилактика.
Курс	IV
Факультет	Стоматологический

1. АКТУАЛЬНОСТЬ ТЕМЫ.

Опасность предраковых заболеваний заключается в том, что они могут долгое время существовать не беспокоя больного, например некоторые формы лейкоплакии. Злокачественное перерождение этих заболеваний сначала тоже не вызывает существенных изменений состояния пациента. Невнимательное отношение к своему здоровью нередко оборачивается слишком поздним обращением за медицинской помощью. Своевременное выявление и лечение предраковых заболеваний составляет ответственную задачу врача-стоматолога, особенно если учесть современную тенденцию к росту этих патологических состояний.

2. КОНКРЕТНЫЕ ЦЕЛИ:

- 2.1. Анализировать результаты клинических обследований больных с предраковыми заболеваниями.
- 2.2. Объяснять результаты дополнительных исследований.
- 2.3. Предложить планы лечения больных с различными предраковыми состояниями.
- 2.4. Классифицировать все предраковые заболевания челюстно-лицевой области.
- 2.5. Трактовать этиологию и клинические проявления предраковых заболеваний кожи лица и слизистой оболочки рта, раннюю симптоматику их перерождения в злокачественную опухоль.
- 2.6. Рисовать схему факторов, способствующих возникновению предраковых заболеваний.
- 2.7. Проанализировать основные принципы диагностики и лечения этих болезней.
- 2.8. Составить план диагностики и дифференциальной диагностики, предраковых заболеваний челюстно-лицевой области, выявить и объяснить процесс малигнизации предраковые, провести курацию больного, установить диагноз, провести дифференциальную диагностику, составить план обследования и лечения больного с предраковыми заболеваниями.

3. БАЗОВЫЕ ЗНАНИЯ, УМЕНИЯ, НАВЫКИ, НЕОБХОДИМЫЕ ДЛЯ ИЗУЧЕНИЯ ТЕМЫ (междисциплинарная интеграция).

Названия предыдущих дисциплин	Приобретённые навыки
1. Топографическая анатомия.	Определить участок поражения челюстно-лицевой локализации.
2. Гистология.	Описывать морфологическое строение слизистых оболочек полости рта и языка, кожи лица.
3. Пропедевтика хирургической стоматологии.	Владеть методами забора материала для гистологического или цитологического исследования.
4. Патологическая анатомия.	Идентифицировать гистологическое и цитологическое картину при предраковых состояниях.
5. Патологическая физиология.	Описувати етіологію та патогенез передракових станів. писувати етіологію і патогенез предракових состояний.
6. Пропедевтика внутренних болезней.	Застосовувати схему обстеження хворого, описувати історію хвороби.

4. ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ ВО ВРЕМЯ ПОДГОТОВКИ К ЗАНЯТИЮ.

4.1. Перечень основных терминов, параметров, характеристик, которые должен освоить студент во время подготовки к занятию:

Термин	Определение
1. Цитология.	Это наука о клетке.
2. Биопсия.	Это прижизненное взятий кусочка ткани для гистологического исследования.
3. Малигнизация.	Это приобретение клетками организма нормальной или патологически измененной ткани свойств злокачественной опухоли.

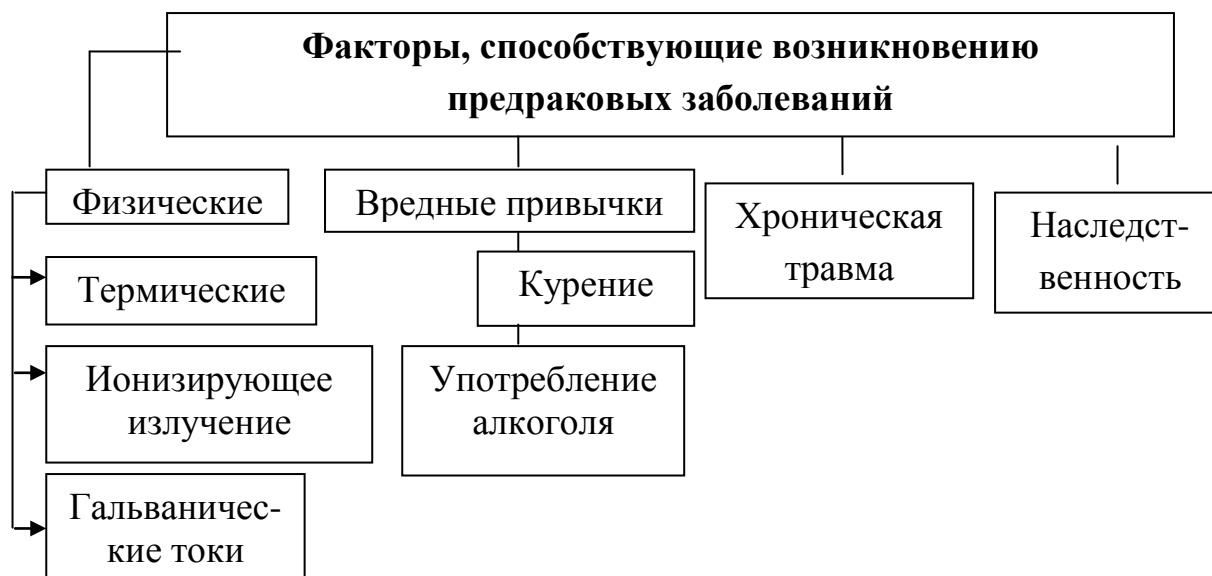
4.2. Теоретические вопросы к занятию:

1. Что такое предрак?
2. Что такое факультативные предраковые заболевания?
3. Что такое облигатные предраковые заболевания?
4. Перечислить факторы, способствующие возникновению предраковых заболеваний.
5. Провести классификацию предраковых заболеваний кожи лица и слизистой оболочки полости рта.
6. Описать клиническую картину предраковых заболеваний слизистой оболочки рта.
7. Описать клиническую картину предраковых заболеваний красной каймы губ.
8. Описать клиническую картину предраковых заболеваний кожи лица.
9. Гистологические особенности, этиология при предраковых состояниях.
10. Методы диагностики, дополнительные методы исследования при подозрении на предраковое заболевание.
11. Дифференциальная диагностика предраковых заболеваний.
12. Профилактика возникновения предраковых заболеваний полости рта.
13. Методы лечения предраковых заболеваний.
14. Осложнения предраковых заболеваний кожи лица, губ и слизистой оболочки полости рта.

4.3. Практические работы (задания), которые выполняются на занятии:

1. Выбрать необходимый инструментарий для забора материала на цитологическое исследование.
2. Провести забор материала для цитологического исследования, заполнить направление в цитологическую лабораторию.
3. Выбрать необходимый инструментарий для проведения биопсии.
4. Выполнить биопсию для гистологического исследования; заполнить направление в гистологическую лабораторию.
5. Заполнить медицинскую документацию больных предопухолевыми заболеваниями.

5. ОДЕРЖАНИЕ ТЕМЫ:



Предраки - патологические состояния, которые длительное время предшествуют появлению злокачественных опухолей, но не всегда превращаются в них и является стадией канцерогенеза. Термин «предрак» (praecancer) было предложено М.В.Дюбрейлем в 1986 году на Международном конгрессе дерматологов в Лондоне. Он поставил вопрос о кератоз, как состояниях, предшествующих возникновению злокачественных опухолей кожи. С тех пор термин «предрак» широко применяется в клинической медицине, но, следует отметить, что еще задолго до этого были известны случаи возникновения рака на месте различных патологических состояний. Несмотря на это, до сих пор нет единого мнения о значении патологических процессов в развитии злокачественных опухолей. Некоторые специалисты считают, что понятие «предрак» необходимо сузить и не считать его обязательным фазой в развитии опухолей. Другие

авторы считают, что каждый рак имеет свой предрак, но не каждый предрак обязательно превращается в рак.

Экспериментально и клинически доказано, что развитие опухолей предшествуют определенные патологические процессы.

Мельников А.В., один из ведущих онкоморфологов Украине, дает такое определение предрака: предрак это местное (наследственное, рожденный или приобретенное) доброкачественное заболевание эпителия кожи, слизистой оболочки или паренхимы органа, которое, располагаясь в типичных местах, подвергаясь постоянному раздражению (неспецифическом) и, будучи запущенным, при наложении ряда эндогенных причин, переходит в злокачественную опухоль.

А.В.Мельников условно выделил четыре стадии преобразования предрака в рак:

а) гиперплазия и перестройка ткани;

б) очаговая гиперплазия;

в) появление доброкачественной опухоли;

г) превращение доброкачественной опухоли в злокачественную с характерным инфильтративным и деструктивным ростом.

Л.М.Шабод выделяет 4 стадии в развитии рака:

1. Неравномерная диффузная гиперплазия, изменена морфологически и функционально.

2. Очаговые разрастания на фоне диффузной гиперплазии с мультицентрическим зачатком; признаки незрелости, атипии.

3. Очаговые пролифераты, сливаясь, образуют узел отделен от окружающих тканей (доброкачественная опухоль).

4. Малигнизация.

Некоторые авторы выделяют три гистологические степени предраковых состояний: стадия А - соответствует I стадии развития рака за Шабодом, характеризуется только диффузной или множественной гиперплазией эпителия; стадия В - отвечает II и III стадиям за Шабодом, характеризуется очаговой пролиферацией, с начальными признаками атипии (базофилия, полиморфизм цитоплазмы и ядер) стадия С - представляет резкое атипии и фактически уже начальный рак.

Большинство авторов считают непосредственно предраковыми 2 и 3 стадии, то есть очаговые пролифераты и доброкачественные опухоли. Они предлагают отделить предраки от фоновых заболеваний.

Практически перечисленные стадии переходят из одной в другую без четких границ; возможно возникновение злокачественной опухоли без 3 стадии.

Таким образом, предрак - это динамическое состояние, которое может перейти в рак за счет постоянного изменения свойств клеток в сторону злокачественности. Предрак превращается в рак не столько за счет количественных изменений (время, масса), сколько в результате биологических изменений клеток, накопление в них качеств, которые характерны злокачественным клеткам.

Предраковым состоянием хватает одного или нескольких признаков, видящих его от рака. Биологической особенностью клеток предраковых очагов велика их чувствительность к действию факторов, вызывающих клеточное размножение.

Динамика предраковых состояний может быть разной:

- Прогрессия и развитие рака;

- Возникновение доброкачественной опухоли;

- Регрессия.

Причины этих изменений до сих пор неизвестны, но они напрямую зависят от иммуно-биологического состояния организма, продолжительности и интенсивности онкогенных факторов.

Венкеи и Шугар, сопоставляя свою клиническую классификацию с гистологическими стадиями, пришли к выводу, что большинство изменений, которые относятся к факультативной группы предрака в широком смысле слова, гистологически относятся к стадии А предрака, большинство изменений, которые относятся к факультативному предрака в более узком смысле, гистологически «втискиваются» в стадию В предрака, и, наконец, изменения, которые относятся к облигатному предрака, гистологически соответствуют группе С.

Особенно показательным значение предрака определяется при локализации процесса на слизистых оболочках красной каймы губ и полости рта. Это связано с доступностью наблюдения за больным и, очевидно, с тем, что большинство раковых опухолей этой локализации возникают вследствие действия внешних канцерогенных факторов.

По разным статистическим данным, рака полости рта и губы предшествуют предраковые изменения от 92% случаев (Л.А.Епштейн) до 26% (В.А.Гремилон). Все же большинство ученых (Н.Н.

Петров, И.Т. Шевченко и др.). Считают, что большинство раков челюстно-лицевой локализации возникающих вследствие прогрессирования предраковых состояний.

КЛАССИФИКАЦИЯ ПРЕДРАКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

В последнее время широкое внедрение в практику получила классификация предраковые, предложенная венгерскими авторами - Венкеи и Шугар, согласно которой все предраки делятся на облигатные (обязательные) и факультативные. Факультативные предраки в свою очередь делятся на факультативные предраки в широком смысле слова и факультативные предраки в узком смысле.

Классификация предраковых заболеваний за Т.Ванкеи и Я.Шугаром

I. Факультативные предраковые состояния

- 1). Факультативные предраковые процессы в широком смысле (основные заболевания).
- 2). Факультативные предраковые процессы в узком смысле (кератопреканцерозы).

II. Облигатные предраковые состояния или интрадермально рака.

Предраковые состояния в широком смысле характеризуются тем, что вероятность их малигнизации ниже 10% случаев. К ним относятся старческая атрофия кожи, хронические рентгеновские, радиационные дерматиты; дерматиты, вызванные действием дегтя, мышьяка; рубцы, хронические воспалительные процессы, в том числе красная волчанка, доброкачественные опухоли и другие.

К факультативным предраковые в узком смысле относятся так называемые кератопреканцерозы (старческий кератоз, кератоакантома, кожный рог, трофические язвы). Вероятность малигнизации около 20-30% случаев.

К облигатных предраковые кожи относятся пигментная ксеродерма, болезнь Боуэна, эритроплазия Кейра, болезнь Педжета. Подобные принципы в распределении предраковые губы и слизистой оболочки полости рта положены в основу классификации, созданной А.Л.Машкиллейсоном (1970), которой придерживаются как стоматологи, так и онкологи.

Различают следующие формы предраковые слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ.

Классификация предраковых заболеваний по А.Л. Машкиллейсону

I. Облигатные предраковые заболевания:

- 1) болезнь Боуэна и эритроплазия Кейра;
- 2) бородавчатый или узелковый, предрак красной каймы губ;
- 3) абразивный преинвазивный хейлит Манганотти;
- 4) ограничен предраковое гиперкератоз красной каймы губ.

II. Факультативные предраковые заболевания с большой потенциальной злокачественностью:

- 1) лейкоплакия эрозивная и веррукозная;
- 2) папиллома и папилломатоз гортани;
- 3) кожный рог;
- 4) кератокантома.

III. Факультативные предраковые заболевания с меньшей потенциальной злокачественности:

- 1) лейкоплакия плоская;
- 2) хронические язвы слизистой оболочки полости рта;
- 3) эрозивные и гиперкератотические формы красной волчанки и красного плоского лишая красной каймы губ;
- 4) хронические трещины губ;
- 5) послелучевой хейлит и стоматит;
- 6) метеорологический и актиничный хейлиты.

Облигатные предраки - процессы, которые с наибольшей частотой превращаются в злокачественные новообразования в относительно короткое время. Факультативные предраки с меньшей вероятностью превращаются в рак при более длительной экспозиции.

Таким образом, все предраковые изменения слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ разделены на три группы: облигатные предраковые состояния, факультативные предраковые состояния с большей потенциальной злокачественностью, для которых характерна трансформация в рак в 15-30% случаев, и на факультативные предраковые состояния с меньшей потенциальной злокачественностью, при которых малигнизация возникает не более, чем 6-10% больных. В

гистологическом отношении первая и вторая группы заболеваний относятся к очаговым пролифератив или так называемых доброкачественных опухолей (по терминологии Л.А.Шабата), в то время как заболевания, которые отнесены к третьей группе, патоморфологические представлены в виде диффузной, патологически неравномерной гиперплазии. В первую группу включены заболевания, гистологическая структура которых соответствует состоянию, что обозначается как *cancer in situ*, так называемый "компенсирован" рак, который согласно международной гистологической классификации предраковые относится к предраковые (болезнь Боуэна, эритроплазия Кейра).

Сопоставляя классификацию Машкиллейсон А.Л. с классификацией Венкеи и Шугара, заметно, что выделены три группы предраковых состояний за Машкиллейсон почти полностью соответствуют трем патоморфологических фазам А, В и С. Например, заболевания, входящие в первую группу, отвечает гистологическая картина, характерная для фазы А; заболеванием второй группы - фаза В, заболевания третьей группы соответствует стадия В-С или С.

ОБЛИГАТНЫЕ ПРЕДРАКИ

Болезнь Боуэна впервые была описана в 1912 году. Этиология и патогенез не выяснены.

Облигатные предраки; морфологические и клинические процессы очень похожи и могут быть расценены как одно заболевание, гистологически их можно отнести к *cancer in situ*. Клиническая картина разнообразна; чаще локализуется в задних отделах слизистой оболочки полости рта (небные дужки, корень языка, мягкое небо), редко в ретромолярных и передних отделах, на красной кайме губ. Очаг поражения неправильной формы. Может проявляться пятнисто-узловым поражениями, медленно увеличиваются в размере, могут иметь дрибнобугорковую поверхность и сосочковые разрастания. При длительном существовании наблюдается легкая атрофия, очаг слегка западает, возможна его эрозия, очаги могут сливаться, образуя бляшки полициклических очертаний, размеры бляшек от 0,1 до 1,0 см. Поверхность участка гиперемирована, гладкая или бархатистая с мелкими сосочкового разрастания, возможен небольшой шелушение и зуд. По клиническим проявлениям выделяют четыре формы болезни Боуэна: 1) папуло-лусочковая, 2) папуло-кирочковая, 3) атрофический, 4) мокнущая. Дифференцировать следует с лейкоплакией, красным плоским лишаем, сифилисом. Диагноз устанавливают только по результатам гистологического исследования.

Гистологически наблюдаются гигантские клетки в шиповидном слое с скоплением ядер в виде комков. Может наблюдаться кератинизация отдельных клеток в мальпигиевых слое, в строме - инфильтрат, состоящий из плазматических клеток и лимфоцитов.

Лечение. Электрохирургического широкое удаление очага или криогенная деструкция. При невозможности хирургического лечения - близкофокусная рентгенотерапия доступных участков. Если обнаружен инвазивный рост, показано комбинированный метод лечения.

Эритроплазия Кейра была описана в 1921 году. Гистологическая картина соответствует болезни Боуэна (вкладывается в понятие «рак на месте»), поэтому болезнь Боуэна некоторые авторы трактуют, как дальнейшую стадию развития эритроплазии Кейра. Другие исследователи не видят необходимости разделять болезнь Боуэна и эритроплазию Кейра.

Болезнь начинается с появления на слизистой оболочке губ, щек четко ограниченных алых очагов с малозаметным уплотнением в основании. Очаги слегка возвышаются над поверхностью слизистой оболочки. Поверхность очагов гладкая, гиперемирована, несколько бархатистая. Постепенно на поверхности очаги появляются язвы и болезнь переходит в рак, возможны метастазы в лимфатические узлы. Для этого заболевания характерно медленное течение, лечение только радикально-хирургическое; лучевой метод лечения малоэффективен, консервативные методы - совершенно неэффективны.

Абразивный преинвазивный хейлит Манганотти - относится к облигатным предраковым губ.

В 1933 г. Манганотти выделил из многочисленной группы хейлит одну форму, особенностью которой является очень частая трансформация в рак.

Многими онкологами эта форма часто описывалась под названием "деструктивный дискератоз". Клиника хейлита Манганотти отличается некоторой разнообразием. Заболевание поражает только нижнюю губу, проявляя себя в виде одной или нескольких эрозий овальной или неправильной формы, размерами 0,5-1,0 см, часто с гладкой, будто полированной поверхностью имеет насыщенный красный цвет. У некоторых больных поверхность эрозии частично покрыта прозрачным тонким эпителием. Довольно часто на поверхности эрозии возникают корки (кровянистые потому серозные), которые достаточно прочно удерживаются на поверхности.

Снятие корок вызывает незначительное кровотечение, в то время как незначительная травматизация эрозивные поверхности без корок кровотечения не вызывает. Часто наблюдается эпителизация эрозии, а потом рецидив. Эрозии чаще расположены на боковой части губы, иногда - в центре. В некоторых случаях эрозия расположена на несколько инфильтрированном и гиперемированной основе, причем воспалительная реакция наблюдается в 1,0-1,5 см за пределами эрозии. Малигнизация возможна в сроки от нескольких месяцев до нескольких лет - с образованием плоскоклеточного рака. Признаки малигнизации: потеря тенденции эпителизации, разрастание на фоне эрозии образований, похожих на грануляции, повышение в виде валика краев эрозии, появление кровотечения из эрозий, уплотнение в основании эрозии, появление значительного ороговения непосредственно вокруг эрозии. Окончательно вопрос о возможной малигнизации процесса может быть решен морфологическим исследованием. Следует отметить, что иногда, даже при отсутствии указанных клинических признаков малигнизации, при гистологическом исследовании выявляется картина спиноцелюлярного (плоскоклеточного) рака.

Дифференциальная диагностика хейлита Манганотти следует проводить с пузырчаткой, Гермесом, афтозным стоматитом, красным плоским лишаем, красной волчанкой, эрозивно лейкоплакией, экземой губ, язвенной формой рака губ.

Лечение абразивного преинвазивного хейлит Манганотти заключается в применении средств, стимулирующих эпителизацию эрозии - ретинол, тиамин хлорид, рибофлавин, никотиновая кислота. Лечение следует начинать после устранения раздражающих факторов, санации полости рта, лечения патологии желудочно-кишечного тракта. Если процесс не поддается консервативному лечению, или когда появляются признаки малигнизации, то следует применять хирургическое вмешательство - удаление очага поражения в пределах здоровых тканей с обязательным гистологическим послойным исследованием. Диспансерное наблюдение за такими больными осуществляется как стоматологами, так и онкологами (это касается всех больных с облигатными предраками).

Бородавчатый или узелковый предрак красной каймы губ. Заболевание описано А.Л.Машкиллейсоном в 1970 г. По сравнению с хейлитом Манганотти встречается чаще у более молодых людей. Как правило, образование локализуется сбоку от центра губы, преимущественно нижней, в пределах красной каймы, не выходя ни на кожу, ни в зону Клейна.

Клинически образования схоже с папилломы или бородавкой, имея четко очерченные границы. Элемент размером от 4 мм до 1,0 см, напиквулеподибной формы, выступающий над уровнем окружающей красной каймы на 3-5 мм, имеет плотную консистенцию. Окраска меняется от цвета нормальной красной каймы к застойно-красного. У большинства больных поверхность узелка обычно покрыта небольшим количеством чешуек, которые прочно держатся на поверхности, не снимаясь при зшкрябуванні. В таких случаях поверхность приобретает серовато-красного цвета. Пальпация узелка обычно безболезненна. Чаще этот элемент расположен на внешне неизменной кайме, иногда - на фоне незначительного воспаления.

Течение бородавчатого предрака достаточно быстро. Малигнизация процесса может состояться уже через 1-2 месяца после начала заболевания, хотя у некоторых больных этот процесс продолжается и до 1-3 лет.

Дифференциальная диагностика бородавчатого предрака следует проводить с обычной бородавкой, папилломы, кератоакантома, пиогенной гранулемы.

В признаков малигнизации бородавчатого предрака следует относить ускорение темпов роста, усиление процессов ороговения на поверхности узелка. Большое значение следует уделять появлению уплотнения в основе элемента и появление болезненности. Но следует указать на относительность этих признаков, которые иногда могут отсутствовать в процессе малигнизации.

Лечение бородавчатого предрака красной каймы губ заключается в полном хирургическом удалении участка поражения с последующим обязательным морфологическим исследованием. Удаление лучше делать электроножом в пределах здоровых тканей. Электрокоагуляцию и криодеструкцию в чистом виде никогда делать не следует, так как они лишают возможности проведения морфологического верификации процесса.

Диспансерное наблюдение осуществляется как врачом-стоматологом, так и онкологом, потому что существует высокая вероятность малигнизации, как своевременно не выполнить удаление очага поражения в пределах здоровых тканей.

Профилактические мероприятия. Защита от воздействия неблагоприятных метеорологических факторов и, прежде всего, инсоляции. Избегать травматизации красной каймы губ. Своевременное лечение хронических воспалительных процессов на губах, систематическая санация полости рта. Запрет курения.

Ограниченный предраковое гиперкератоз красной каймы губ. Описанный А.Л.Машкиллейсоном в 1965 г. До этого клиницисты трактовали это заболевание как лейкоплакию. Но от лейкоплакии Ограниченный предраковое гиперкератоз отличается не только клинически, но и по сути течения процесса, потому что он имеет большую потенциальную злокачественность по сравнению с лейкоплакией, и относится к облигатным предрак. В отличие от других предрака и этой группе преобладают лица молодого и среднего возраста. Процесс также локализуется преимущественно на нижней губе, чаще - примерно по середине между центром губы и углом рта.

Клинически ограничен гиперкератоз проявляется в виде ограниченного участка, которая часто имеет полигональную форму, размером от 0,2 до 1,5 см. У большинства больных поверхность очага не возвышается над уровнем окружающей красной каймы, а часто наоборот кажется несколько сниженной, впалой, окруженной тоненьким белесым валиком. Поверхность такого участка покрыта скоплением плотно-расположенных чешуек серовато-коричневого цвета. При пальпации очаг безболезненное, мягкое.

Течение ограниченного предракового гиперкератоза медленнее по сравнению с узелковой формой предрака. Участки поражения могут существовать без малигнизации протяжении нескольких лет, но иногда малигнизация может возникнуть в течение первого года заболевания и даже в течение первых месяцев. Большое количество случаев малигнизации ограниченного предракового гиперкератоза является основанием для отнесения этой формы к группе облигатных предрак.

Дифференциальная диагностика ограниченного предракового гиперкератоза следует проводить с лейкоплакией, эксфолиативный хейлитом, красным плоским лишаем и красной волчанкой. При осмотре больного ограниченным предраковым гиперкератозом красной каймы губ самым сложным является решение вопроса, не состоялась уже малигнизация процесса. Из клинических признаков, которые хотя бы частично помогли решению этого вопроса, Машкиллейсон называет три: усиление процесса ороговения, появление эрозий на поверхности и появление уплотнений в основе образования. Поэтому единственным надежным средством диагностики является биопсия, которую рекомендуется проводить как можно раньше.

Лечение ограниченного предракового гиперкератоза заключается в хирургическом удалении очага поражения в пределах здоровых тканей. Лучше проводить электроэксцизия. Удаленная ткань обязательно подлежит гистологическому исследованию, от результатов которого зависит дальнейшая терапия.

ФАКУЛЬТАТИВНЫЕ ПРЕДРАКОВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ С БОЛЬШЕЙ ПОТЕНЦИАЛЬНОЙ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОСТЬЮ

Лейкоплакия верукозна. Локализация: слизистая оболочка щек, дна полости рта, язык, губа. Выражен процесс ороговения. Имеет две формы. Бородавчатая форма - плотноватые, бугристые, серовато-белого иногда молочного цвета образования с бородавчатыми разрастаниями на поверхности. Бляшковидных форма-гладкие, резко ограничены бляшки неправильной формы, возвышающиеся над окружающей слизистой оболочкой молочно-белого цвета, с шероховатой поверхностью.

Лечение. Хирургическое удаление очага.

Профилактические мероприятия. Отказ от курения, устранение хронической травматизации слизистой оболочки полости рта острыми краями зубов, при неправильном

прикусе некачественно сделанными протезами, устранение раздражающей пищи, алкоголя. Протезирование однородным металлом для предупреждения возникновения гальванизации.

Лейкоплакия эрозивная. Возникает, как следствие плоской или верукозной лейкоплакии. На фоне очагов поражения плоской или верукозной лейкоплакией возникают трещины или эрозии, которые сопровождаются болями, изжогой и др., Особенно во время приема пищи. Трещины периодически то увеличивается, то эпителизируются.

Лечение. Терапевтическое медикаментозными препаратами, которые ускоряют эпителизацию (гель «Солкосерил»), при безуспешности - удаление хирургическим путем.

Профилактические мероприятия. Избегать инсоляции, смазывать губы кремом, жиром, периодически принимать концентрат витамина А по 10 кап., 3 раза в день в течение 2 месяцев, отказ от курения.

Папиллома. Опухоль на ножке или на широкой основе, может напоминать бородавку или цветную капусту, иногда на поверхности могут быть ворсинки. Различают ороговевающий папилломы серовато-белого цвета и неороговевающие - по цвету не отличаются от цвета той ткани, на который она расположена. Локализуется на коже, губах, слизистых оболочках полости рта и языка.

Лечение. Удаление хирургическим путем.

Профилактические мероприятия. Избегать травматизации.

Папилломатоз. Множественное разрастание папиллом на отдельном участке кожи, губ или слизистой оболочки полости рта и языка. Выявляются плотные узелки, хорошо контурируются, застойно-красного цвета, возвышающиеся над окружающей поверхностью, полушаровидной формы, размером 0,2 - 0,4 см. Иногда узелки сливаются. Поверхность их вследствие ороговения может принимать серовато-белый цвет. Излюбленная локализация - слизистая оболочка твердого и мягкого неба.

Лечение. Удаление хирургическим путем.

Профилактические мероприятия. Санация полости рта с рациональным протезированием. Щадящая диета. Запрет курения и употребления алкоголя.

Кератоакантома. Плотный узелок округлой формы серовато-красного цвета, размером до 1 - 1,5 см в диаметре, с уплотненными краями и характерным воронкообразным углублением в центре, заполненным роговыми массами, свободно удаляются.

Лечение. Удаление хирургическим путем.

Кожный рог имеет вид четко ограниченного очага диаметром 0,3 - 0,5 см в основании, от которого отходит образования конусообразной формы, высотой 0,5 - 1 см сероватого цвета, плотно сросшее с основой. Чаще развивается один очаг, но может быть и больше. Локализация: кожа или красная кайма губ. Поражает людей пожилого возраста.

Лечение. Удаление хирургическим путем.

Профилактические мероприятия. Своевременное лечение воспалительных процессов на красной кайме губ и коже.

ФАКУЛЬТАТИВНЫЕ ПРЕДРАКОВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ С НАИМЕНЬШЕЙ ПОТЕНЦИАЛЬНОЙ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОСТЬЮ

Лейкоплакия плоская наблюдается в виде ограниченных очагов ороговения, разной формы и размера, не возвышается над поверхностью слизистой оболочки, поверхность может быть складчатой, цвет серовато-белый, матовый, иногда, вокруг очага, может быть воспаление. Частая локализация: слизистая оболочка щеки, ретро-молярной области, реже - дна полости рта, языка, слизистой губ.

Лечение. Консервативное, медикаментозными средствами (масло облепихи, шиповника, «Аекол», «Аевит»).

Профилактические мероприятия. Отказ от курения, устранение хронической травматизации слизистой оболочки полости рта острыми краями зубов, при неправильном прикусе некачественно сделанными протезами, устранение раздражающей пищи, алкоголя. Протезирование однородным металлом для предупреждения возникновения гальванизации.

Эрозивно-язвенная и гиперкарототична формы красной волчанки и красного плоского лишая. Проявления красной волчанки чаще бывают на открытых участках кожи, а также на красной кайме губ и слизистых оболочках полости рта. При эрозивно-язвенной форме красной волчанки на фоне гиперемии с четкими контурами расположены эрозии, легко кровоточат, не подвержены эпителизации, с уплотнением в основании.

Лечение. Синтетические антималярийные препараты с небольшими дозами ГКС (преднизолон, дексаметазон) и витаминами группы В, в первую очередь, никотиновой кислоты. Местно - аппликации мазями с кортикостероидами.

Профилактические мероприятия. Избегать чрезмерной инсоляции. С целью защиты от УФ-лучей применяют мази, содержащие фотозащитные средства, 10% фенилсалицилата, 5% хинин. С целью профилактики эти мази следует применять в осенне-весенне-летний период независимо от наличия или отсутствия очагов гиперемий.

При красном плоском лишае локализация патологических очагов наблюдается на слизистой оболочке щек в области последних моляров по линии смыкания зубов и на языке, губы и неба поражаются редко.

При эрозивной форме красного плоского лишая - эрозии и язвы покрытые фибринозным налетом, по удалению которого кровоточат. Вокруг эрозий и язв на гиперемизированной и отечной основе является типичны папулезные высыпания в виде сетки. При гиперкератических форме красного плоского лишая - на застойном фоне гиперкератоз, возвышающейся над уровнем красной каймы губ, в виде бляшек, напоминающих лейкоплакию.

Лечение. Прием преднизолона с далагиллом внутрь. При наличии противопоказаний к назначению ГКС внутрь, можно применять инъекции гидрокортизона в слизистую оболочку под очаги поражения, применение мазей «Холисал», «Солкосерил» и преднизолоновой. При безуспешности терапии - хирургическое удаление очага.

Профилактические мероприятия. Своевременное лечение красного плоского лишая, избегать травм, чрезмерной инсоляции, отказ от курения, рациональное протезирование.

Послепроменевый хейлит. Гиперемия губ, сухость, трещины, эрозии, атрофии. На поверхности могут быть гиперкератоз или бородавчатые разрастания эпителия.

Лечение. Мази с ГКС, метилурацилова, иногда внутрь назначают препараты хинолинового ряда.

Профилактические мероприятия. Избегать чрезмерного воздействия УФ-инсоляции.

Послепроменевый стоматит. На слизистых оболочках полости рта и языка возникает влажный мукозит, возможно эрозивно-язвенного характера. Эпителиальный покров в зоне излучения может подвергаться ороговению.

Лечение. Аппликации с маслом шиповника, облепихи и других жировых веществ. Полоскание растворами антисептиков, включая раствор метацил, хлорофиллипта.

Хейлит актиничный и метеорологический - повреждение красной каймы губ, возникающее под длительным воздействием солнечного излучения. Клинически выделяют две формы: экссудативную, которая характеризуется отеком и гиперемией, возникновением на этом фоне пухирькив, эрозий, корочек, чешуек, трещин; и сухую (ксерозную). При этой форме красная кайма имеет ярко красный цвет, покрыта серовато-белыми чешуйками, которые после их снятия появляются вновь. Затем красная кайма становится сухой, шероховатый, легко ранимой, у больных появляется чувство жжения, зуда, боли. Для этого заболевания характерны рецидивы в весенне-летний период.

Лечение. Терапевтическое с использованием медикаментозных средств: защитные кремы, масло шиповника, облепихи, солкосерил.

Профилактические мероприятия. Защита губ от чрезмерного воздействия солнечного излучения, применение фотозащитных мазей.

ПРЕДРАКОВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ КОЖИ ЛИЦА ОБЛИГАТНЫЕ ПРЕДРАКИ

Пигментная ксеродерма. Тип наследования заболевания - аутосомно-рецессивный. В возникновении заболевания большое значение имеет кровное родство родителей и врожденная повышенная чувствительность к солнечному излучению. Кожа больных крайне чувствительна к солнечному излучению и изменения в ней приводят к малигнизации.

Клиника. В 2-3-летних детей на открытых участках (кожа лица, шеи, кистей) в весенне-летний период появляются гиперемия, шелушение, сухость. После пребывания на солнце остаются разбухшие нечетко отграниченные эритематозно участка. После разрешения эритемы остается пигментация в виде лентиго и веснушек. Кроме пигментации возникают поверхностная атрофия белого цвета, телеангиэктазии, кератоз. Количество пигментных пятен увеличивается, кожа становится пестрой, а участки атрофии могут привести к атрезии ротового отверстия, эктропион. Кроме того, поражение кожи сопровождается конъюнктивитами и светобоязнью. Атрофические изменения приводят к истончению ушей и кончика носа, выпадение ресниц. С кератоз развивающихся бородавчатые разрастания, которые со временем трансформируются в эпителиомы, а иногда, в саркомы и меланомы. Новообразование затем метастазируют к внутренним органам. Кроме того, у этих больных отмечают костную дистрофию,

микроцефалии, отставания в физическом и психическом развитии. Большинство больных умирает до 15-летнего возраста.

Лечение. Общеукрепляющая терапия.

Профилактические мероприятия. Максимальное воздержание от солнечной и УФ-инсоляции.

Болезнь Боуэна. Предраковое дерматоз, который по своей сути внутришноэпидермальным раком. Редко локализуется на лице. Характерно неравномерный рост очага поражения по периферии, его пестрота из-за наличия эрозивных участков, поверхностной атрофии, очагов гиперкератоза и повышенного периферического валика. Центральная зона выглядит впалой, неровной, несколько бородавчатой, покрытой чешуйками и корочками, под которым открывается неровная, папилломатозные поверхность с эрозиями. Язва распадается редко. Приподнятый край имеет интенсивнее окраска. Если в пределах очага формируется плотная опухоль, склонная к язвы, болезнь Боуэна превращается в плескатоцитинный рак.

Лечение. Широкое иссечение, диатермокоагуляция, криодеструкция, рентгено-и лазеротерапия. Одновременно назначают этретинат в дозе 1 мг/кг массы тела.

Профилактические мероприятия. Избегать травматизации.

Интрадермально опухоль. Обычно один очаг поражения: бляшка округлой или овальной формы, розового или коричневого цвета, гладкая или бородавчатая, блестящая или покрыта чешуйками, отслаиваются. Если появляются язвы, обычно озлокачествляются. Дифференцировать необходимо с псориазом, невусом, папилломы.

Лечение. Хирургическое удаление.

ФАКУЛЬТАТИВНЫЕ ПРЕДРАКОВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ КОЖИ

Кератома (старческая атрофия). Кожа становится сухой, тонкой, морщинистой. На ней появляются желтовато-бурые пятна, которые повышаются, покрытые плотными корками, трудно снимаются. При длительном травмировании старческая кератома может малигнизироваться.

Лечение. Хирургическое, электроинцизия, лазерное удаление, около фокусное рентгенотерапия

Актинични кератоз - это разновидность себорейных (старческих) кератоз на дистрофически измененной коже лица (у моряков и лиц, длительно работающих на открытом воздухе).

Лечение. Электрокоагуляция или криодеструкция очагов кератоза. Вит. А.

Профилактические мероприятия. Исключить неблагоприятные метеорологические действия.

Поздние лучевые язвы. Язвы кожи, трудно заживающих с очагами атрофии и телеангиоэктазии вокруг места лучевого воздействия (через много лет после него).

Лечение. Нераздражающим местное противовоспалительное и эпителизирующие лечение, витаминотерапия. При показаниях - хирургическое удаление.

Профилактические мероприятия. Исключить повторную лучевую действие и УФ-инсоляцию.

Трихоэпителиома. Доброкачественная опухоль придатков кожи. Обычно это наследственное врожденное заболевание. Возникает на коже лица, реже на волосистой части головы в виде множественных, плотных, опухолевидных узелков величиной 0,3-0,5 см, округлой формы, цвет от светло-розового до желтого, с телеангиэктазиями на всей поверхности. Трихоэпителиома существует длительное время, растет медленно и может трансформироваться в базалиом.

Лечение хирургическое: широкое иссечение элементов высыпания, электрокоагуляция, криодеструкция, лазерное удаление, дермабразия.

Профилактические мероприятия. Избегать травматических повреждений.

ожный рог. Доброкачественные эпителиальные новообразования, которое преимущественно располагается на лице, волосистой части головы. Обычно, в летних человек развивается из старческой кератомы, но может возникать на рубцах, папилломах, очагах туберкулезной волчанки, после хронических рентгеновских поражений кожи. Опухоль является конусовидным образованием длиной несколько сантиметров с роговых масс желтовато-коричневого или темного цвета. Основа опухоли плотная, поверхность покрыта продольными и поперечными бороздами. Воспалительных явлений нет. В старческом возрасте нередко трансформируется в рак кожи.

Лечение. Наилучший результат дает применение жидкого азота с кюретажем; кюретажа должны предупреждать аппликация 70%-ной гликолевой кислоты на 3-5 минут. Можно использовать диатермокоагуляцию, лазеротерапию.

Профилактические мероприятия. Своевременное лечение кератом, папиллом и др. заболеваний, предшествующих возникновению кожного рога.

Папиллома. Доброкачественный опухоль кожи лица. Развивается из покровного эпителия. Папилломы диагностируются как солитарные (единичные) и множественные (папилломатоз). Примерно в 20% случаев у больных папилломы малигнизуются. Папилломы локализуются на разных участках лица. Их клиническая симптоматика разнообразна: на тонкой или толстой ножке, округлой или овальной формы, поверхность гладкая

или морщинистая с сосочковых разрастаний с зроговившим или незроговившим эпителием, различных размеров (0,5-2,0). Наличие множественных папиллом определяют, как папилломатоз кожи лица. Папилломы с гиперкератозными изменениями часто становятся злокачественными.

Лечение. Криодеструкция, иссечение, лазерное удаление.

Профилактические мероприятия. Воздержание от повреждений, своевременное лечение.

Неvus. Пигментные образования на коже нейроэктодермального происхождения, в состав которого входят невусные клетки, имеющие меланин.

Наиболее полной классификацией пигментных невусов является классификация

М.З. Сигала, что приведенная в диссертации А.С.Абдуллина (1967), в которой новообразования распределены следующим образом.

1. По внешнему виду:

- а) плоские;
- б) приплюснuto-бугристые;
- в) папилломатозные;
- г) узловатые;
- д) на ножке;
- е) бородавчатые.

2. По размерам:

- а) точечные;
- б) средние;
- в) большие;
- г) гигантски.

3. По цвету:

- а) серо-бурые;
- б) коричневые;
- в) черные;
- г) темно-синие.

4. По наличию волосяного покрова:

- а) с волосяным покровом;
- б) без волосяного покрова.

1. По клиническому течению:

- а) те, которые покоятся;
- б) затруднены.

А.И. Пачес (1983) отмечал, что размеры и цвет невусов крайне разнообразны, они не являются факторами, которые обуславливают характер процесса и вряд ли могут быть основой классификации.

В практической работе А.И.Пачес (1983) предложил выделить следующие клинико-анатомические формы невуса:

1. Плоский невус - немного возвышается над уровнем кожи, поверхность его гладкая, цвет черный или коричневый, иногда есть волосяной покров.

2. Бугорчастый невус - также с четкими границами, но поверхность бугристая. цвет, чаще, бурый, часто является волосяной покров.

3. Папилломатозные невус - форма разнообразна, имеются множественные сосочковые выступления, цвет разнообразный, часто выступления не имеют пигмента, консистенция мягкая, волосы, обычно, нет.

4. Узловатый невус - узел гладкий, плотный, цвет бурый, коричневый или синий, иногда узел имеет ножку, напоминающую гриб, волос нет.

5. Бородавчатый невус - новообразования с бороздками различной глубины, часто черного цвета, имеет волосяной покров.

На лице чаще наблюдаются плоские и бугорчасты невусы; папилломатозные оказываются на красной кайме губ, иногда у внешнего угла глазницы. Согласно данным литературы, чаще малигнизируются пограничный невус, реже - усложненный и еще реже - голубой.

Врожденные пигментные невусы обычно увеличиваются медленно, у детей до периода половой зрелости их рост может остановиться. У больных с врожденными невусами редко бывает их озлокачествления. Невусы, которые появились в внеутробной периоде развития ребенка, имеют тенденцию к злокачественному перерождению.

Лечение. Удалять необходимо те невусы, которые находятся в городах, что подвергнуты постоянному раздражению, травматизации или косметическим показаниям.

Профилактические мероприятия. Избегать травмирующих и раздражающих факторов, чрезмерного воздействия солнечной инсоляции.

Ограниченный предопухоловое меланоз Дюбрея. Заболевание преимущественно пожилого и старческого возраста. Основная локализация - лицо. Обычно - один очаг неравномерного нарушения пигментации, шелушение, иногда - эрозия.

Лечение. Полное удаление в пределах здоровых тканей. Профилактические мероприятия. Избегать травм и воздействия солнечных лучей.

6. МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЯ:

А. Задания для самоконтроля:

№ п/п	Основные задачи. Изучить.	Задания
1.	Этиология и патогенез предраковых заболеваний.	Перечислите факторы, способствующие возникновению и развитию предраковых состояний.
2.	Классификация предраковых заболеваний челюстно-лицевой области.	Привести классификацию Машкиллейсон.
3.	Гистологическое строение кожи и слизистой оболочки при поражении предраковыми заболеваниями.	Назвать гистологическую картину, что соответствует различным формам предраковых состояний.
4.	Клинические формы предраковых состояний.	Назвать клинические проявления, сопровождающие предраковые заболевания кожи, губ, слизистой оболочки полости рта и языка.
5.	Дифференциальная диагностика предраковых заболеваний.	Провести внутри-и внегрупповую дифференциальную диагностику предраковых заболеваний челюстно-лицевой области.
6.	Лечение предраковых заболеваний.	Перечислить методы лечения предраковых заболеваний челюстно-лицевой области.
7.	Осложнения предраковых заболеваний.	Назвать клинические проявления малигнизации предраковых заболеваний.
8.	Профилактика возникновения предраковых заболеваний.	Назвать схему профилактических мероприятий предраковых заболеваний.

Б. Задачи для самоконтроля:

1. При осмотре полости рта выявлен очаг измененной слизистой оболочки щеки в виде беловатой пятна, четко очерченной, безболезненной, гладкой, расположенной вдоль линии смыкания зубов.

Какой предварительный диагноз можно поставить?

(Ответ: лейкоплакия)

2. У больного пожилого возраста на красной кайме губы в течение 1 месяца является эрозия овальной формы около 1 см с гладким красноватым дном, не кровоточит, безболезненное. По краям эпителий при поднятом в виде валика. Местами покрыта кожей, удаление которой сопровождалось кровотечением

Какой предварительный диагноз можно поставить?

(Ответ: хейлиты Манганотти)

3. У больного молодого возраста на красной кайме губы является ограниченное образование пивкулеподобной формы диаметром до 0,5 см, плотной консистенции. Поверхность серовато-розового цвета с небольшим количеством плотно сидящих билисுவатих чешуек. Эпителий вокруг не изменено.

Вероятный диагноз?

(Ответ: бородавчатый предрак красной каймы)

В. Материалы для тестового контроля. Тестовые задания с одним правильным ответом (α=Π):

1. Какое заболевание относится к облигатным предраковым?

- A. Лейкоплакия.
- B. Болезнь Боуэна.
- C. Папилломатоз.
- D. Постлучевой стоматит.
- E. Эрозивно-язвенная форма красной волчанки.

(Правильный ответ: B)

2. Какое из заболеваний относится к облигатному предраку красной каймы губ?

- A. Лейкоплакия.
- B. Кератоакантома.
- C. Кожный рог.
- D. Папиллома.
- E. Бородавчатый предрак.

(Правильный ответ: E)

3. Какое из заболеваний следует отнести к облигатному предраку красной каймы губ?

- A. Лейкоплакия.
- B. Кератоакантома.
- C. Кожный рог.
- D. Папиллома.
- E. Ограниченный гиперкератоз.

(Правильный ответ: E)

Г. Учебные задачи 3-го уровня (нетипичные задачи):

1. На слизистой оболочке нижней губы у больного имеется ограниченный участок ярко-красного цвета с бархатной поверхностью, который слегка покрыт чешуйками. Микроскопически: выявлены полиморфные клетки многослойного плоской эпителия, явления очагов дискератоза отсутствуют.

 Диагноз заболевания?

 (Ответ: эритроплазия Кейра)

2. Заболевание началось с появления на коже щеки плотного, приподнятого над кожей узла с участком западения в центре, заполненного роговыми массами. Через 3 - 4 недели это образование достигло 2 см в диаметре. Характерной морфологическому признаком был очаг акантоза, наличие «роговой чаши».

 Какое заболевание обнаружено у больного?

 (Ответ: кератоакантома)

3. У больного на коже губы имеется единичный роговой выступ, коническо суженный к вершине. Ширина образования около 0,4 см, в длину до 0,6 см, безболезненный, серого цвета. Образование имеет слоистое строение.

 Какое заболевание обнаружено у больного?

 (Ответ: кожный рог)

7. ЛИТЕРАТУРА:

Основная литература:

1. Пачес А.И. Опухоли головы и шеи. – М.: Медицина, 1983.
2. Дунаевский В.А., Шеломенцев Ю.А. Предопухолевые заболевания и злокачественные опухоли слизистых оболочек полости рта. – М.: Медицина, 1986.
3. Колесов А.А., Воробьев Ю.И., Каспарова Н.Н. Новообразования мягких тканей и костей лица у детей и подростков. – М.: Медицина, 1989.

Дополнительная литература:

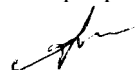
1. Солнцев А.М., Колесов В.С. Доброкачественные опухоли лица, челюстей и органов полости рта. – К.: Здоров'я, 1985. – 150 с.
2. Соловьев М.М. Онкологические аспекты в стоматологии. – М.: Медицина, 1983.

Министерство здравоохранения Украины
Высшее государственное учебное заведение Украины
«Украинская медицинская стоматологическая академия»

«Утверждено»
на заседании кафедры
хирургической стоматологии
и челюстно-лицевой хирургии
с пластической и реконструктивной
хирургией головы и шеи

Заведующий кафедрой

д. мед. н. Аветиков Д.С.



МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ
ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ
ВО ВРЕМЯ ПОДГОТОВКИ К ПРАКТИЧЕСКОМУ
(СЕМИНАРСКОМУ) ЗАНЯТИЮ

Учебная дисциплина	Хирургическая стоматология
Модуль №	3
Содержательный модуль №	3
Тема занятия	Эпителиальные опухоли мягких тканей. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.
Курс	IV
Факультет	Стоматологический

1. АКТУАЛЬНОСТЬ ТЕМЫ.

Эпителиальные опухоли мягких тканей, особенно такие как папиллома и невус наблюдаются на амбулаторном приеме очень часто. Обычно они не представляют угрозы здоровью больного, но при определенных условиях способны переродиться в злокачественную опухоль. К тому же некоторые злокачественные опухоли могут появляться под видом этих новообразований, в первую очередь такая опасная опухоль как меланома. Четкое знание клинических проявлений этой группы опухолей поможет врачу избежать грубых диагностических ошибок.

2. КОНКРЕТНЫЕ ЦЕЛИ:

- 2.1. Анализировать этиологию и патогенез эпителиальных опухолей мягких тканей челюстно-лицевого участка.
- 2.2. Объяснить, что такое опухолевый процесс.
- 2.3. Предложить план обследования больного с опухолью мягких тканей челюстно-лицевого участка.
- 2.4. Классифицировать опухоли мягких тканей.
- 2.5. Трактовать клинические признаки эпителиальных опухолей мягких тканей челюстно-лицевого участка.
- 2.6. Рисовать схемы обследования и лечения больных с эпителиальными опухолями мягких тканей челюстно-лицевого участка.
- 2.7. Проанализировать заключение дополнительных методов обследования больных с эпителиальными опухолями мягких тканей челюстно-лицевого участка.
- 2.8. Составить план лечения и диспансерного присмотра больных с эпителиальными опухолями мягких тканей челюстно-лицевого участка.

3. БАЗОВЫЕ ЗНАНИЯ, УМЕНИЯ, НАВЫКИ, НЕОБХОДИМЫЕ ДЛЯ ИЗУЧЕНИЯ ТЕМЫ (междисциплинарная интеграция).

Названия предыдущих дисциплин	Приобретённые навыки
1. Этика и деонтология.	Установить психологический контакт с больным.
2. Патоморфология.	Описывать гистологическое строение эпителиальных опухолей мягких тканей.
3. Внутренние болезни.	Применять методы обследования больного с эпителиальными опухолями мягких тканей челюстно-лицевого участка.
4. Пропедевтика хирургической стоматологии.	Владеть методами дополнительных обследований больных с эпителиальными опухолями мягких тканей челюстно-лицевого участка.

4. ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ ВО ВРЕМЯ ПОДГОТОВКИ К ЗАНЯТИЮ.

4.1. Перечень основных терминов, параметров, характеристик, которые должен усвоить студент при подготовке к занятию:

Термин	Определение
1. Канцерогенез.	Это (лат. cancerogenesis; cancer — рак) — сложный патофизиологический процесс зарождения и развития опухоли.
2. Опухоль.	Это (син.: новообразование, неоплазия, неоплазма) — патологический процесс, представленный новообразованной тканью, в которой изменения генетического аппарата клеток приводят к нарушению регуляции их роста и дифференцировки.
3. Эпителиома.	Это опухоль, которая образуется из клеток эпителия, которые укрывают поверхность тела или поражают внутренние органы. Раньше эту опухоль называли карциномой.

4.2. Теоретические вопросы к занятию:

1. Перечислить эпителиальные опухоли мягких тканей челюстно-лицевого участка.
2. Дать клиническую характеристику папилломы.
3. Дать клиническую характеристику кератоакантомы.
4. Дать клиническую характеристику кожного рога.
5. Дать клиническую характеристику невусов.
6. Что такое эпителиомы? Назвать их.
7. Назвать клинические проявления злокачественного перерождения эпителиальных опухолей мягких опухолей.
8. Провести дифференциальную диагностику эпителиальных опухолей мягких опухолей лица и полости рта.
9. Какие методы диагностики применяют для верификации опухолей.
10. Какие методы применяют для лечения эпителиальных опухолей мягких опухолей и разных видов эпителиом.

4.3. Практические работы (задания), которые выполняются на занятии:

1. Обследовать больного.
2. Описать историю болезни или амбулаторную карточку больного.
3. Назначить план обследования больного.
4. Выполнить биопсию.
5. Провести забор материалу для цитологического исследования.
6. Составить план лечения больного.

5. СОДЕРЖАНИЕ ТЕМЫ:

Папиллома. Развивается из покровного эпителия. Развивается из покровного эпителия. Папилломы диагностируются как солитарные (одиночные) и множественные (папилломатоз). Приблизительно в 20% случаях у больных папилломы малигнизируются. Папилломы локализуются на разных областях лица. Их клиническая симптоматика разнообразна: на тонкой или толстой ножке, округлой или овальной формы, поверхность гладкая или морщинистая, сосочковые разрастания из ороговевающим или неороговевающим эпителием, разных размеров (0,5-2,0). Наличие множественных папиллом определяют, как папилломатоз. Папилломы с гиперкератозными изменениями часто становятся злокачественными.

Локализуется на коже, губах, слизистых оболочках полости рта и языка.

Лечение. Удаление хирургическим путем.

Профилактические меры. Избегать травматизации.

Кератоакантома. Плотный узелок округлой формы серовато-красного цвета, размером к 1 - 1,5см в диаметре, с уплотняющими краями и характерным воронкообразным углублением в центре, заполненным роговыми массами, которые свободно удаляются.

Лечение. Удаление хирургическим путем.

Кожный рог. Доброкачественное эпителиальное новообразование, которое преимущественно располагается на лице, волосистой части преддверия. Обычно, у пожилых лиц развивается из старческой кератомы, но может возникать на рубцах, папилломах, очагах туберкулезной волчанки, после хронических рентгеновских поражений кожи. Опухоль является конусовидным образованием диаметром 0,3 - 0,5 см в основе длиной несколько сантиметров из роговых масс желтовато-коричневого или темного (сероватого) цвета. Основа опухоли плотная, поверхность покрыта продольными и поперечными бороздами. Зажигательных явлений нет. В старческом возрасте нередко трансформируется в рак кожи.

Лечение. Наилучший результат дает применение жидкого азота с кюретажем; кюретажу должна предшествовать аппликация 70% гликолевой кислоты на 3-5 минут. Можно использовать диатермокоагуляцию, лазеротерапию.

Профилактические меры. Своевременное лечение кератом, папиллом и др. заболеваний, которые предшествуют возникновению кожного рога.

Невус. Пигментное образование на коже нейроэктодермального происхождения, в состав которого входят невусные клетки, которые имеют меланин.

Наиболее полной классификацией пигментных невусов является классификация

М. И. Сигала, что приведена в диссертации А.С.Абдуллина (1967), в который новообразования распределены следующим образом.

1. За внешним видом:

- б) приплюснутые;
 - б) приплюснуто-бугристые;
 - в) папилломатозные;
 - г) узловатые;
 - д) на ножке;
 - е) бородавчатые.
2. За размерами:
- д) крапчатые;
 - е) средние;
 - ж) большие;
 - з) гигантские.
3. По цвету:
- д) серо-бурые;
 - е) коричневые;
 - ж) черные;
 - з) темно-синие.
4. За наличием волосяного покрова :
- в) с волосяным покровом;
 - г) без волосяного покрова.
4. За клиническим ходом:
- в) те, которые покоятся;
 - г) усложненные.

А.И. Пачес (1983) отмечал, что размеры и цвет невусов крайне разнообразны, они не являются факторами, которые обуславливают характер процесса и вряд ли могут быть основой классификации.

В практической работе А.И. Пачес (1983) предложил выделить следующие клинико-анатомические формы невуса :

1. Приплюснутый невус - немного повышается над уровнем кожи, поверхность его гладка, цвет черный или коричневый, иногда есть волосяной покров.

2. Бугорковый невус - также с четкими пределами, но поверхность бугристая. цвет, чаще, бурый, часто есть волосяной покров.

3. Папилломатозный невус - форма разнообразная, есть множественные сосочковые выступления, цвет разнообразный, часто выступления не имеют пигмента, консистенция мягкая, волосы, обычно, нет.

4. Узловатый невус - узел гладкий, плотный, цвет бурый, коричневый или синий, иногда узел имеет ножку, которая напоминает гриб, волос нет.

5. Бородавчатый невус - новообразование из бороздками разной глубины, часто черного цвета, имеет волосяной покров.

На коже лица более частое наблюдаются приплюснутые и бугорковые невусы; папилломатозные оказываются на красном обрамлении губ, иногда около внешнего угла глазницы. Согласно данным литературы, чаще всего малигнизируются пограничный невус, реже - усложненный и еще реже - голубой.

Врожденные пигментные невусы обычно увеличиваются медленно, у детей к периоду половой зрелости их рост может остановиться. У больных с врожденными невусами редко бывает их малигнизация. Невусы, которые появились в внеутробном периоде развития ребенка, имеют тенденцию к злокачественному перерождению.

Лечение. Удалять необходимо те невусы, которые находятся на городах, что подвержены постоянному раздражению, травматизации или по косметическим показателям.

Профилактические меры. Избегать травмирующих и раздражительных факторов, чрезмерного действия солнечной инсоляции.

Ограниченный предопухольевый меланоз Дюбрея. Заболевание преимущественно пожилого и старческого возраста. Основная локализация - лицо. Обычно - один очаг неравномерного нарушения пигментации, лущения, иногда - эрозия.

Лечение. Полное удаление в пределах здоровых тканей.

Профилактические меры. Избегать травм и действий солнечных лучей.

Эпителиома - общий срок для определения доброкачественных и злокачественных опухолей поверхностного эпителия, преимущественно кожи и ее придатков.

Эпителиома Малерба (кожи) - редко встречается, доброкачественная опухоль. Какая состоит из частично пропитанных известью слоев некротизированного эпидермиса с гигантоклеточной реакцией по периферии. Клинически проявляется одиночным безболезненным

инкапсулированным узлом округлой формы, плотной консистенции с диаметром от 0,5 до 4,5 см, который располагается в нижней части дермы. На вскрытии - серо-желтого цвета, слоистого строения, имеет участки некрозу.

Лечение хирургическое.

Трихоэпителиома. Доброкачественная опухоль придатков кожи. Обычно это наследственное уrogenное заболевание. Возникает на коже лица, реже на волосистой части предплечья в виде множественных, плотных, опухолевидных узелков величиной 0,3-0,5 см, округлой формы, цвет от светлорозового к желтоватому, из телеангиectазиями на всей поверхности. Трихоэпителиома существует длительное время, растет медленно и может трансформироваться в базалиому.

Лечение хирургическое: широкая высечка элементов высыпания, электрокоагуляция, криодеструкция, лазерное удаление, дермабразия.

Профилактические меры. Избегать травматических повреждений.

Болезнь Боуена. Предраковый дерматоз, который по своей сути является внутриэпидермальным раком. Редко локализуется на лице. Характерным является неравномерный рост очага поражения по периферии, его пестрота через наличие эрозийных участков, поверхностной атрофии, очагов гиперкератоза и повышенное периферическое валику. Центральная зона выглядит впалой, неравной, несколько бородавчатой, покрытой чешуйками и корочками, под которым открывается неравная, папилломатозная поверхность с эрозиями. Язва распадается редко. Подведенный край имеет более интенсивную расцветку. Если в пределах очага формируется плотная опухоль, склонная к изъязвлению, болезнь Боуена превращается в плоскоклеточный рак.

Лечение. Широкая высечка, диатермокоагуляция, криодеструкция, рентгено- но лазеротерапия. Одновременно назначают этретинат в дозе 1 мг/кг массы тела.

Профилактические меры. Избегать травматизации.

Эпителиома Барета-Ядассона. Поражает людей преклонных лет. Интрадермальная опухоль. Обычно один очаг поражения : бляшка округлой или овальной формы, розового или коричневого цвета, гладкая или бородавчатая, блестящая или покрытая чешуйками, которые отслаиваются. Если появляются язвы, обычно малигнизируются. Дифференцировать необходимо с псориазом, невусом, папилломой.

Лечение. Хирургическое удаление.

Эритроплазия Кейра была описана в 1921 году. Гистологическая картина отвечает болезни Боуена (укладывается в понятие «рак на месте»), потому болезнь Боуена некоторые авторы трактуют, как дальнейшую стадию развития эритроплазии Кейра. Другие исследователи не видят необходимости разделять болезнь Боуена и эритроплазию Кейра.

Болезнь начинается с появления на слизистой оболочке губ, щек четко ограниченных ярко-красных очагов с малозаметным уплотнением в основе. Очаги слегка повышаются над поверхностью слизистой оболочки. Поверхность очагов гладкая, гиперемирована, несколько бархатистая. Постепенно на поверхности очага появляются язвы и болезнь превращается в рак, возможные метастазы в лимфатические узлы. Для этого заболевания характерный медленный ход. Лечение только радикально-хирургическое; лучевой метод лечения малоэффективен, консервативные методы - совсем неэффективные.

Базалиома (базоцеллюлярная эпителиома) - происходит из клеток базального слоя эпидермиса, встречается у 60% случаев рака кожи одинаково у мужчин и женщин среднего и преклонных лет, чаще возникает на лице.

Занимает промежуточное положение между злокачественными и доброкачественными опухолями. Эту опухоль выделяют инфильтративный рост, способность к рецидиву при отсутствии явлений метастазирования. На вид это бляшка серо-розового цвета, плотной консистенции, покрыта коркой. Поверхность опухоли шелушится, ей присуще выражение ковки, которая с ростом опухоли углубляется. В запущенных случаях зона деструкции занимает большие участки. При размещении на голове и шее местное разрушение тканей захватывает жизненно важные органы, сосуды, нервы, а также костные элементы. Базальный клеточный рак подлежит хирургическому удалению. Добрый клинический эффект дает лучевое лечение - близко фокусная рентгенотерапия. Разработаны методики криогенной деструкции опухолей.

Плоскоклеточный рак (спиноцеллюлярная эпителиома) происходит из клеток шиповатого слоя. Локализуется в большинстве на лице, шее, волосистой коже предплечья, слизистых оболочках. Болеют чаще мужчины в возрасте 40 - 50 лет. Отличается выраженной злокачественностью, быстро увеличивается, часто дает метастазы в регионарные лимфатические узлы.

Различают поверхностную. Глубоко проникающую и папиллярную формы рака кожи.

Поверхностная форма проявляется сначала небольшой серо-желтой бляшкой, которая выступает над поверхностью кожи. Впоследствии по периферии образуется плотный валик, края опухоли становятся кружевными, а в центре появляется размягчение. Спустя некоторое время в месте размягчения образуется язва, покрытая коркой. Прилегающие участки кожи краснеют, появляются признаки воспалительного процесса. Характерной чертой для развития опухоли является отсутствие болевого синдрома даже в случае язв значительного размера.

При глубоко проникающей форме опухоль распространяется в прилегающие ткани. Язва углубляется, ее края уплотняются, становятся валикообразными, подрытыми и неподвижными при пальпации. Дно язвы покрыто некротической пленкой.

Значительно реже случается папиллярная форма. Она имеет вид узла с четкими контурами, который выделяется над уровнем здоровой кожи. Его поверхность покрыта неглубокими язвами, которые часто кровоточат. Для больших раковых язв характерны плотные безболезненные метастазы в регионарных лимфатических узлах.

Лечения применяют хирургическое, лучевое и цитологическое, которые на ранних стадиях равноценные, однако лучевое чаще как более косметическое. Выбор способа лечения определяется стадией болезни и локализацией опухолей.

Меланома (меланобластома) принадлежит к наиболее злокачественным опухолям человека. Опухоль возникает из пигментных клеток меланоцита. Для нее характерно наличие пигмента меланина, хотя могут случаться и без пигментные формы. Меланома может развиваться как из предрака (невуса), так и из нормальной кожи. Признаки, которые указывают на возможную малигнизацию невуса, : 1) изменение формы; 2) увеличения размеров; 3) изменение расцветки; 4) выражение ковки поверхности; 5) кровотечение; 6) изменение чувствительности; 7) диаметр больше чем 5 мм; 8) присоединение заживительных явлений (боль, уплотнение, гиперемия кожи, зуд, изжога и др.).

Клинически поверхностно ползучая меланома оказывается как асимметричное с неправильными краями плоское образование или пятно, окрашенные в разные оттенки серого, коричневого и красного цветов. Случается где пигментированные участки. Опухоль может расти медленно в горизонтальном направлении на протяжении многих лет.

Узловая меланома - это образование узловой формы с четкими краями, однотонное, темное черно-синего или сине-красного цвета; характерный вертикальный тип роста.

Злокачественная лентигозная меланома развивается в меланому Дюбрея. Она располагается на незащищенных от солнца участках кожи у лиц преклонных лет и имеет вид большого плоского образования рыжевато-коричневого цвета.

Размеры меланомы редко превышают 2 - 2,5 см в диаметре. Меланома имеет склонность к раннему лимфо-генного и гематогенного метастазирования. Опухоль часто окружают вторичные метастатические узлы. Образования, расположенные на расстоянии до 3 см, называют самелитами, а узловые образования, расположенные в коже или в подкожно-жировой клетчатке между первичной опухолью и зонами регионарного метастазирования - транзиторными метастазами. Чаще всего отдаленные метастазы обнаруживают в коже, легких, печени, головном мозге, костях.

Основным методом лечения хирургический.

Меланома принадлежит к радио резистентных опухолей. Однако поражение слизистых оболочек бывает иногда чувствительным к облучению.

Лимфоэпителиома (опухоль Шминке, переходно-клеточный рак) - злокачественная опухоль глотки.

Как правило, лимфоэпителиома возникает в ротовой и носовой частях глотки, богатых на лимфоидную ткань. Она чаще встречается в возрасте 30 - 40 лет, но может быть и у детей.

Макроскопически лимфоэпителиома имеет форму узла или крупнобугристого образования плотно эластичной консистенции покрытого первоначально неизменной слизистой оболочкой, бледно-серого цвета на разрезе.

Микроскопически лимфоэпителиома построена из больших пластиночных тканей, которые могут лежать разрозненно или образовывать компактные гнезда и рыхло связанные тяжи. Опухолевые ткани имеют разнообразную форму, контуры их нечеткие. В ткани лимфоэпителиома иногда встречается очаги плоскоклеточной дифференциации вплоть к ороговению отдельных клеток и образованию так называемых раковых жемчужин. Строма опухоли построена из нежно

волокнуистой соединительной ткани, инфильтрированной лимфоидными клетками и пронизанной многочисленными капиллярами.

Выделяют тип Шминке, который характеризуется ретикулярным роз положением эпителиальных и многим лимфоидных клеток, и тип Рого с компактным размещением эпителиальных клеток, и небольшим количеством лимфоцитов в виде отдельных очагов.

Клиническое течение лимфоэпителиомы обусловлено инфильтративным ростом опухоли, склонностью к раннему метастазированию в глубокие лимфатические узлы шеи и быстрой генерацией процесса. Особенности клинической симптоматики зависят от локализации и распространенности лимфоэпителиомы (например, начальный симптом лимфоэпителиомы в носовом участке глотки - затруднено носовое дыхание; при поражении задней поверхности мягкого неба - затрудненное глотание и изменение тембра голоса). С помощью обычной задней риноскопии или фиброриноскопии чаще на боковой стенке носовой части глотки или в ее своде наблюдается крупно-бугристое образование плотно-эластичной консистенции (в отличие от мягких образований аденоидов. По мере увеличения опухоль выпячивает мягкое небо, может распространяться в полость рта, околоносовые пазухи и глазницу.

Иногда лимфоэпителиома прорастает кости основы черепа и инфильтрирует среднюю черепную ямку, поражая при этом много черепных нервов.

При локализации опухоли в участке ротовой части глотки, главным образом, небных миндалин, первыми симптомами являются ощущение инородного тела и небольшая боль при глотании.

Небная миндалина увеличена в размерах, плотной консистенции, слизистая оболочка растянута и гиперемирована. Устья лакун почти не видны. Прорастание лимфоэпителиомы в ткани глотки и корень языка сопровождается появлением язвы. При этом увеличивается боль, появляется слюнотечение, гнилостный запах из рта, утрудняется жевание, глотание, дыхание.

Метастазы лимфоэпителиомы в регионарные лимфатические узлы (чаще верхние участки шеи) наблюдаются в 80 - 95% случаях; у 20 - 25% случаев увеличения лимфатических узлов шеи является первым симптомом лимфоэпителиомы. И увеличение метастазов в дальнейшем может значительно опережать развитие первичной опухоли. Двусторонняя локализация метастазов под верхнюю треть грудино-ключично-сосцевидной мышцы характерная для лимфоэпителиомы носовой части глотки, наличие метастатических узлов позади и ниже угла нижней челюсти - для лимфоэпителиомы ротового участка глотки. Отдаленные метастазы возникают рано, наблюдаются в лимфатических узлах разных областей, в легких, печени, желудочно-кишечном тракте. Диагноз ставят на основе данных клинических и морфологических исследований первичной опухоли и увеличенных плотных лимфатических узлов шеи.

Лечение. Лучевая терапия, при генерализованных формах лимфоэпителиомы назначают сарколизин или циклофосфамид.

Прогноз неблагоприятный, зависит от локализации и клинической стадии заболевания.

6. МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЯ:

А. Задания для самоконтроля:

**Доброкачественные эпителиальные опухоли мягких тканей
челюстно-лицевой области**

Клиничес-кие характерис- тики	Название опухоли			
	Папиллома	Кератоакан- тома	Кожный рог	Невус
Локализация	Кожа, слизистая оболочка	Кожа, лицо	Кожа, лицо	Кожа, слизистая оболочка
Форма	Округлая	Округлая, блюдцевидная	Конусоподобная	Округлая или неправильная
Размер	От 1-2мм к 1см и больше	2-3см в диаметре	От несколько мм до нескольких см	Может достичь большой площади
Подвижная	Подвижная, если имеет ножку	Неподвижная	Малоподвижный	Неподвижный
Консистен-ция	Случайно как мягкой, так и плотной	Плотная	Твердый	Мягкая
Цвет	На коже темный, на слизистой оболочке розовый	Окружающих тканей	Темный к черному	От розового к красному
Характер поверхности	Ворсинчатая	Имеет кратероподобное углубление	Ровная или бугристая	Может быть гладким или бородавчатым
Наличие ножки	Бывает на широкой основе или на ножке	На широкой основе	На широкой основе	Нет
Рост	Медленный	Быстрый	Медленный	Медленный
Другое		Может самостоятельно исчезнуть		На поверхности невуса могут расти волосы

Б. Задачи для самоконтроля:

1. Больной преклонных лет жалуется на наличие на нижней губе безболезненного, твердого новообразования, которое существует уже несколько месяцев, медленно увеличиваясь. Объективно: на коже нижней губы определяется конусообразное образование до 1 см длиной, твердое, безболезненное, темно-коричневого цвета на широкой основе.

Какой диагноз наиболее достоверен?

(Ответ: кожный рог)

2. Больной жалуется на наличие безболезненного новообразования на коже щеки, которое быстро растет. Объективно: на коже левой щеки новообразования 1 x 1,5 см, блюдцевидной формы с гладкой поверхностью и западением в центре в виде кратера, что заполнено роговой массой.

Какой диагноз наиболее достоверен?

(Ответ: кератоакантома)

3. Удалив папиллому языка, врач направил материал на гистологическое исследование, поместив его в 70% этиловый спирт.

Являются ли действия врача верными?

(Ответ: нет, этиловый спирт резко изменяет гистологическую картину материала)

В. Материалы для тестового контроля. Тестовые задания с одним правильным ответом (α=II):

1. Найдите описание невуса кожи:

- A. Выступающие над поверхностью кожи безболезненные сосочковые разрастания. Покрываются волосами, темно-коричневого цвета, есть трещины, покрытые чешуйками, не кровоточат, границы четки.
- B. Одиночное, плотное, безболезненное образование размером в несколько миллиметров коричневого цвета, покрытое морщинистой кожей, располагается на ножке.
- C. Одиночное, безболезненное образование размером до 0,5 см, ярко-красного цвета с гладкой поверхностью, расположенное на ножке.
- D. Плоская папула коричневого цвета размером до нескольких миллиметров, округлой формы, безболезненная, с гладкой поверхностью.
- E. Опухолевидное образование черного цвета, размером до 0,5 см, неподвижное, безболезненное, быстро увеличивается.

(Правильный ответ: D)

2. Признаком озлокачествления невуса не является:

- A. Резкое увеличение его размеров.
- B. Изменение степени пигментации.
- C. Появление застойных заживательных явлений по периферии невуса.
- D. Появление язвы.
- E. Появление волос на невусе.

(Правильный ответ: E)

3. Трихоэпителиома - это:

- A. Доброкачественное новообразование, что развивается из волосяных фолликулов и что содержит железистые кисты.
- B. Доброкачественная опухоль волосяных фолликулов, которая состоит из высоко дифференцированных клеточных элементов.
- C. Доброкачественная опухоль, гистогенетически связана с лейкой волосяного фолликула.
- D. Доброкачественная опухоль, которая возникает из эпителия сальных желез и что хранит структурные сходства с исходной железой.
- E. Доброкачественное новообразование, что развивается из выводных проливов потовых желез.

(Правильный ответ: A)

Г. Учебные задачи 3-го уровня (нетипичные задачи):

1. Язва обнаруженная в полости рта при осмотре больного имеет такой вид: края плотные, вывернутые в виде кратера, основа уплотняющая, дно покрыто мелкозернистой тканью, которая легко кровоточит при дотрагивании. Язва безболезненна.

Какой диагноз более достоверен?

(Ответ: раковая язва)

2. На коже в участке левой щеки полгода назад появился узелок напоминающий зерно, выступающее над поверхностью кожи. Опухоль плотной консистенции, матово-белого цвета, расположена на бляшке. После удаления опухоли обнаружено, что структурной единицей опухоли является базалиома.

Какой диагноз более достоверен?

(Ответ: базалиома)

3. У больного на слизистой оболочке нижней губы есть пухлино подобное образование шаровидной формы, размером до 0,5 см, мягкой консистенции, с четкими контурами, подвижное, безболезненное; слизистая оболочка над образованием без патологических изменений.

О каком заболевании можно думать?

(Ответ: папиллома)

7. ЛИТЕРАТУРА:

Основная литература:

1. Пачес А.И. Опухоли головы и шеи. - М.: Медицина, 1983.
2. Дунаевский В.А., Шеломенцев Ю.А. Предопухолевые заболевания и злокачественные опухоли слизистых оболочек полости рта. - М.: Медицина, 1986.
3. Колесов А.А., Воробьев Ю.И., Каспарова Н.Н. Новообразования мягких тканей и костищ лица в детей и подростков. - М.: Медицина, 1989.

Дополнительная литература:

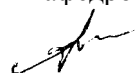
1. Солнцев А.М., Колесов В.С. Доброкачественные опухоли лица, челюстей и органов полости рта. - К.: Здоровье, 1985. - 150 с.
2. Соловьев М. М. Онкологические аспекты в стоматологии. - М.: Медицина, 1983.
3. Рибалов О. В., Одабаш'ян А.Л., Соколова Н.П., Саяпина Л. М. Онкология челюстно-лицевого участка / Учебное пособие для студентов и врачей-интернов стоматологов.- Полтава; АСМІ, 1999. - 114 с.
4. Травматология и онкология челюстно-лицевого участка / Сборник тестовых вопросов для студентов стоматологического факультета //О. В.Рибалов, Л. М. Саяпина, І.В.Яценко, О. О. Розколупа : АСМІ, 2002. - 197 с.

Министерство здравоохранения Украины
Высшее государственное учебное заведение Украины
«Украинская медицинская стоматологическая академия»

«Утверждено»
на заседании кафедры
хирургической стоматологии
и челюстно-лицевой хирургии
с пластической и реконструктивной
хирургией головы и шеи

Заведующий кафедрой

д. мед. н. Аветиков Д.С.



МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ
ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ
ВО ВРЕМЯ ПОДГОТОВКИ К ПРАКТИЧЕСКОМУ
(СЕМИНАРСКОМУ) ЗАНЯТИЮ

Учебная дисциплина	Хирургическая стоматология
Модуль №	3
Содержательный модуль №	3
Тема занятия	Опухолевидные образования мягких тканей: атерома, ринофима, кератоакантома, кератолитическая папиллома (кожный рог). Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.
Курс	IV
Факультет	Стоматологический

1. АКТУАЛЬНОСТЬ ТЕМЫ.

Опухолевидные новообразования мягких тканей, особенно такие, как атерома, наблюдаются на амбулаторном приеме у хирурга-стоматолога достаточно часто. Обычно они не представляют угрозы жизни и здоровью больного, но при определенных условиях некоторые из них, например, кератоакантома способны переродиться в злокачественную опухоль. Четкое знание клинических проявлений этой группы новообразований поможет врачу установить правильный диагноз и избежать грубых ошибок.

2. КОНКРЕТНЫЕ ЦЕЛИ:

- 2.1. Анализировать клинические проявления атеромы, ринофимы, кератоакантомы, кожного рога.
- 2.2. Объяснить этиологические и патогенетические факторы развития опухолевидных образований мягких тканей.
- 2.3. Предложить план обследования больного с диагнозом атерома, ринофима, кератоакантома, кожный рог.
- 2.4. Классифицировать опухолевидные образования мягких тканей.
- 2.5. Трактовать принципы диагностики и лечения опухолевидных образований мягких тканей.
- 2.6. Рисовать графологическую схему занятия.
- 2.7. Проанализировать результаты лабораторных и инструментальных обследований.
- 2.8. Составить схему лечения больных с атеромой, ринофимой, кератоакантомой или кожным рогом.

3. БАЗОВЫЕ ЗНАНИЯ, УМЕНИЯ, НАВЫКИ, НЕОБХОДИМЫЕ ДЛЯ ИЗУЧЕНИЯ ТЕМЫ (междисциплинарная интеграция).

Названия предыдущих дисциплин	Приобретённые навыки
1. Топографическая анатомия.	Определить топографо-анатомические области головы и шеи.
2. Гистология.	Приготовить материал для гистологического исследования.
3. Патологическая анатомия.	Описать гистологическую картину опухолевидных образований мягких тканей.
4. Патологическая физиология.	Трактовать этиологию и патогенез опухолей.
5. Пропедевтика хирургической стоматологии.	Провести курацию больного с опухолью челюстно-лицевого участка.
6. Общая онкология.	Определить схему обследования онкобольного.

4. ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ ВО ВРЕМЯ ПОДГОТОВКИ К ЗАНЯТИЮ.

4.1. Перечень основных терминов, параметров, характеристик, которые должен усвоить студент при подготовке к занятию:

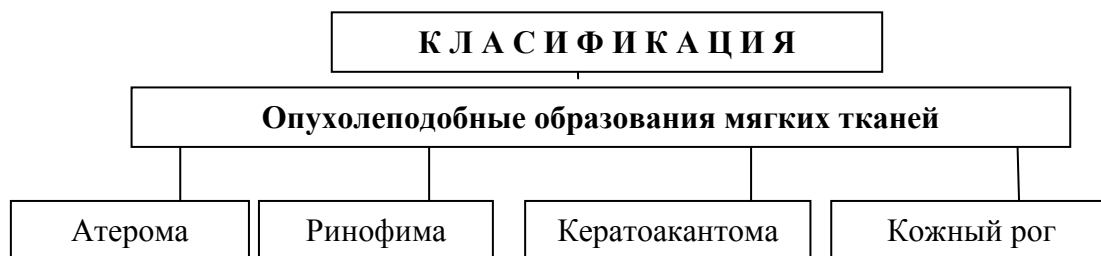
Термин	Определение
1. Биопсия.	Это прижизненное получение материала для гистологического исследования.
2. Аутопсия.	Это посмертное получение материала для гистологического исследования.
3. Пункционная биопсия.	Это получение материала для гистологического исследования путем пункции новообразования иглой большого диаметра.
4. Инцизионная биопсия.	Это получение материала для гистологического исследования путем вырезания кусочка опухоли на границе здоровых тканей.

4.2. Теоретические вопросы к занятию:

1. Перечислить факторы, которые способствуют возникновению опухолевидных образований мягких тканей.
2. Описать клиническую картину атеромы.
3. Описать клиническую картину ринофимы.
4. Описать клиническую картину кератоакантомы.
5. Описать клиническую картину кожного рога.
6. Методы диагностики и дополнительные методы исследования больных.
7. Дифференциальная диагностика опухолевидных образований мягких тканей.
8. Профилактика возникновения опухолевидных образований мягких тканей.
9. Дифференциальная диагностика опухолевидных образований мягких тканей.
10. Клинические проявления злокачественного перерождения опухолевидных образований мягких тканей.
11. Методы лечения опухолевидных образований мягких тканей.

4.3. Практические работы (задания), которые выполняются на занятии (не предусмотрены рабочей учебной программой с дисциплины).

5. СОДЕРЖАНИЕ ТЕМЫ:



КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ

Атерома - это ретенционная киста сальной железы кожи, которая образуется после закупорки выводного протока железы. Чаще всего это имеет место при травматическом повреждении кожи во время бритья, выдавливания угрей и т. п. Атеромы чаще одиночные но могут быть и множественные (атероматоз). Растут медленно и безболезненно, наблюдаются в любом участке кожи лица и председателя. Клинически атерома имеет шаровидную форму, кожа над ней не изменена в цвете, подвижна. Только в одном месте кожа спаяна с оболочкой кисты, а именно в участке устья выводного протока сальной железы. Здесь, если попробовать собрать кожу в складку, наблюдается симптом «лимонной корки». Атерома подвижна, безболезненна при пальпации, имеет плотно-эластичную консистенцию, поверхность ее гладкая, границы четкие. Размер от нескольких миллиметров до нескольких сантиметров в диаметре.

Атеромы достаточно часто могут будут нагнаиваться. В таких случаях она теряет подвижность, кожа над ней краснеет, возникает отек окружающих тканей, формируется абсцесс. Капсула атеромы сформирована из соединительной ткани, внутри покрыта плоским эпителием.

Лечение атеромы хирургическое, заключается в удалении капсулы вместе с полоской кожи, сросшейся с верхним полюсом кисты. В случае нагноения атеромы ее лечат как обычный абсцесс, а оболочку удаляют после полной ликвидации воспалительных явлений.

Ринофима - это хроническое воспаление кожи носа с поражением всех ее элементов и гиперплазией сальных желез и сосудов. Чаще встречается у мужчин преклонного возраста, злоупотребляющих алкоголем.

Заболевание развивается медленно и обнаруживает себя в виде безболезненного узловатого образования в области кончика носа и его крыльев багрово-синюшного цвета. На поверхности кожи видны расширенные сосуды - телеагиоэктазии. Ринофима приводит к деформации носа и обезображиванию лица.

Различают две формы этого заболевания - фиброзную и железистую (узловатую). Фиброзная форма характеризуется равномерным увеличением носа, при этом нос не теряет своей конфигурации. При железистой форме на крыльях и кончике носа образуются узлы, которые в дальнейшем сливаются между собой.

Хирургическое лечение ринофимы заключается в иссечении патологических разрастаний с одномоментной кожной пластикой.

Кератоакантома представляет собой образование блюдцеобразной формы, локализуется на коже лица. Поверхность образования гладкая, имеет кратерообразное вдавление в центре, заполненное роговыми массами, которые легко можно удалить. Образование плотно-эластичной консистенции, безболезненное, на широком основании. Растет быстро, достигая за 2 - 3 недели до 2 - 3 см в диаметре. В отличие от других образований, кератоакантома часто исчезает самопроизвольно на протяжении 1,5 - 3 месяцев, оставляя после себя на коже рубец. В других случаях ее удаляют хирургическим путем.

Кожный рог (кератолитическая папиллома) имеет вид образования конической формы в виде рога, на широком основании, серого или темно-коричневого цвета. Может иметь вид полушария. Новообразование безболезненное, имеет гладкую или слоистую поверхность, роговую твердость. Размеры от нескольких миллиметров до нескольких сантиметров в длину. Границы четкие.

Лечение хирургическое - иссечение в пределах неизмененных тканей.

Дифференциальная диагностика опухолевидных образований мягких тканей

Клиническая характеристика	Название образования			
	Атерома	Ринофима	Кератоакантома	Кожный рог
Локализация	Кожа лица или волосистой части головы	Кожа крыльев и кончика носа	Кожа лица или красной каймы губ	Кожа лица или волосистой части головы
Форма	Шаровидная	В виде узлов или диффузного утолщения носа	Блюдцеобразная с вдавлением в центре	В виде конуса
Размер	От нескольких мм до нескольких см	Узлы до 1,5-2 см в диаметре	До 2-3 см в диаметре	От несколько мм до нескольких см
Подвижность	Подвижная	Неподвижная	Неподвижная	Неподвижный
Консистенция	Плотно-эластичная	Плотная или плотно-эластичная	Плотная	Твердый

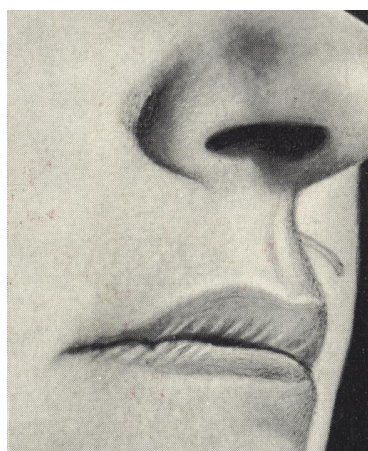
Клиническая характеристика	Название образования			
	Атерома	Ринофима	Кератоакантома	Кожный рог
Цвет	Кожа над атеромой не изменена в цвете	Красно-синий	Цвета окружающей кожи	Серый, коричневый или черный
Характер поверхности	Гладкая	Узловатая	Гладкая	Гладкий
Наличие ножки	Отсутствует	Узлы на широком основании	На широком основании	На широком основании
Рост	Медленный	Медленный	Быстрый	Медленный
Другое	Безболезненная, сросшаяся с кожей в участке верхнего полюса	Кожа над узлами имеет расширенные сосуды и поры, пальпация безболезненна	Нередко исчезает сама по себе, безболезненна	Пальпация безболезненна

6. МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЯ:

А. Задания для самоконтроля:



Кератоакантома нижней губы.



Кожный рог верхней губы.

Б. Задачи для самоконтроля:

1. Больной преклонного возраста жалуется на наличие на нижней губе безболезненного, твердого новообразования, которое существует уже несколько месяцев, медленно увеличиваясь.

Объективно: на коже нижней губы определяется конусообразное образование до 1 см длиной, твердое, безболезненное, темно-коричневого цвета на широком основании.

Какой диагноз наиболее вероятен?

(Ответ: кожный рог)

2. Больной жалуется на наличие безболезненного новообразования на коже щеки, которое быстро растет. Объективно: на коже левой щеки новообразование 1, x1, 5 см, блюдцеобразной формы с гладкой поверхностью и вдавлением в центре в виде кратера, заполненном роговой массой.

Какой диагноз у этого больного?

(Ответ: кератоакантома)

3. У больного под неизменной кожей лба определяется подвижное образование шаровидной формы 2x2 см, эластичной консистенции, с гладкой поверхностью, безболезненное. При попытке собрать кожу над образованием в складку, кожа приобретает вид «лимонной корки». Со слов больного образования появилось несколько лет назад в виде маленького «шарика» под кожей.

Какой диагноз имеет место в данном случае?

(Ответ: атерома)

В. Материалы для тестового контроля. Тестовые задания с одним правильным ответом ($\alpha=II$):

1. Атерома - это:

- A. Опухоль жировой ткани.
- B. Эпителиальная опухоль.
- C. Опухоль из мышечной ткани.
- D. Ретенционная киста сальной железы.
- E. Опухоль кожи.

(Правильный ответ: D)

2. Ринофима - это:

- A. Ретенционная киста сальной железы.
- B. Опухоль кожи носа.
- C. Гипертрофия кожи носа.
- D. Гиперплазия сальных желез кожи носа.
- E. Опухоль нервной ткани.

(Правильный ответ: D)

3. Кератоакантома - это:

- A. Опухоль из костной ткани.
- B. Опухоль из мышечной ткани.
- C. Опухоль из нервной ткани.
- D. Опухоль из соединительной ткани.
- E. Опухоль эпителиального происхождения.

(Правильный ответ: E)

Г. Учебные задачи 3-го уровня (нетипичные задачи):

1. Больной жалуется на наличие безболезненного быстро растущего новообразования на коже щеки. Объективно: на коже левой щеки новообразование 1, x1, 5 см, блюдцеобразной формы с гладкой поверхностью и вдавлением в центре в виде кратера, заполненного роговой массой.

Определите диагноз, проведите дифференциальную диагностику, назначьте лечение.

(Ответ: кератоакантома; иссечение в пределах здоровых тканей)

2. Больной преклонного возраста, злоупотребляющий алкоголем жалуется на искажение формы носа. Объективно: деформация кончика и крыльев носа за счет наличия узловатых безболезненных разрастаний кожи, которые с трудом смещаются при пальпации. Кожа носа синюшно-красного цвета с расширенными порами и телеангиэктазиями.

Какой диагноз наиболее вероятен, проведите дифференциальную диагностику, назначьте лечение.

(Ответ: ринофима, иссечение в пределах здоровых тканей с последующей кожной пластикой)

3. У больного под неизменной кожей лба определяется подвижное образование шаровидной формы 2x2 см, эластичной консистенции, с гладкой поверхностью, безболезненное. При попытке

собрать кожу над образованием в складку, кожа приобретает вид «лимонной корки». Со слов больного образования появилось несколько лет назад в виде маленького «шарика» под кожей.

Какой диагноз имеет место в данном случае, проведите дифференциальную диагностику, назначьте лечение.

(Ответ: атерома, удаление капсулы с участком прилегающей кожи)

7. ЛИТЕРАТУРА:

Основная литература:

1. Пачес А.И. Опухоли головы и шеи. – М.: Медицина, 1983.
2. Дунаевский В.А., Шеломенцев Ю.А. Предопухольные заболевания и злокачественные опухоли слизистых оболочек полости рта. – М.: Медицина, 1986.
3. Колесов А.А., Воробьев Ю.И., Каспарова Н.Н. Новообразования мягких тканей и костей лица у детей и подростков. – М.: Медицина, 1989.

Дополнительная литература:

1. Солнцев А.М., Колесов В.С. Доброкачественные опухоли лица, челюстей и органов полости рта. – К.: Здоров'я, 1985. – 150 с.
2. Соловьёв М.М. Онкологические аспекты в стоматологии. – М.: Медицина, 1983.
3. Рибалов О.В., Одабаш'ян А.Л., Соколова Н.П., Саяпина Л.М. Онкологія щелепно-лицевої ділянки / Навчальний посібник для студентів та лікарів-інтернів стоматологів.- Полтава; АСМІ, 1999. – 114 с.
4. Травматологія та онкологія щелепно-лицевої ділянки / Збірник тестових запитань для студентів стоматологічного факультету //О.В.Рибалов, Л.М.Саяпіна, І.В.Яценко, О.О.Розколупа: АСМІ, 2002. – 197 с.

Министерство здравоохранения Украины
Высшее государственное учебное заведение Украины
«Украинская медицинская стоматологическая академия»

«Утверждено»
на заседании кафедры
хирургической стоматологии
и челюстно-лицевой хирургии
с пластической и реконструктивной
хирургией головы и шеи

Заведующий кафедрой

д. мед. н. Аветиков Д.С. 

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ
ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ
ВО ВРЕМЯ ПОДГОТОВКИ К ПРАКТИЧЕСКОМУ
(СЕМИНАРСКОМУ) ЗАНЯТИЮ

Учебная дисциплина	Хирургическая стоматология
Модуль №	3
Содержательный модуль №	3
Тема занятия	Опухоли и опухолевидные образования фиброзной ткани. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.
Курс	IV
Факультет	Стоматологический

1. АКТУАЛЬНОСТЬ ТЕМЫ.

Опухоли и опухолевидные образования из фиброзной ткани, такие, как фиброма и эпюлид, наблюдаются на амбулаторном приеме у хирурга-стоматолога сравнительно чаще других доброкачественных новообразований полости рта. Поэтому, четкое знание клинических проявлений этой группы новообразований необходимо врачу для установления верного диагноза и предотвращению диагностических ошибок.

2. КОНКРЕТНЫЕ ЦЕЛИ:

- 2.1. Анализировать клинические проявления фибромы, фиброматоза десен, эпюлида.
- 2.2. Объяснять этиологические и патогенетические факторы развития опухолей и опухолевидных образований фиброзной ткани.
- 2.3. Предложить план обследования больного с фибромой, фиброматозом десен, эпюлидом.
- 2.4. Классифицировать опухолевидные образования фиброзной ткани.
- 2.5. Трактовать принципы диагностики и лечения опухолей и опухолевидных образований фиброзной ткани.
- 2.6. Рисовать графологическую схему темы.
- 2.7. Проанализировать результаты лабораторных и инструментальных обследований.
- 2.8. Составить схему лечения больных с фибромой, фиброматозом десен, эпюлидом.

3. БАЗОВЫЕ ЗНАНИЯ, УМЕНИЯ, НАВЫКИ, НЕОБХОДИМЫЕ ДЛЯ ИЗУЧЕНИЯ ТЕМЫ (междисциплинарная интеграция).

Названия предыдущих дисциплин	Приобретённые навыки
1. Топографическая анатомия.	Определить топографо-анатомические области головы и шеи.
2. Гистология.	Приготовить материал для гистологического исследования.
3. Патологическая анатомия.	Описать гистологическую картину опухолей и опухолевидных образований фиброзной ткани.
4. Патологическая физиология.	Трактовать этиологию и патогенез опухолей.
5. Пропедевтика хирургической стоматологии.	Провести курацию больного с опухолью челюстно-лицевого участка.
6. Общая онкология.	Составить схему обследования онкобольного.

4. ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ ВО ВРЕМЯ ПОДГОТОВКИ К ЗАНЯТИЮ.

4.1. Перечень основных терминов, параметров, характеристик, которые должен усвоить студент при подготовке к занятию:

Термин	Определение
1. Десмоид.	Это разновидность фибромы, которая развивается из фасций и сухожилий.
2. Гистиоцитома.	Это разновидность фибромы, которая содержит в своем составе гистиоциты.

4.2. Теоретические вопросы к занятию:

1. Перечислить факторы, которые способствуют возникновению опухолей и опухолевидных образований из фиброзной ткани.
2. Описать клиническую картину фибромы.
3. Описать клиническую картину фиброматоза десен.
4. Описать клиническую картину фиброзного эпюлида.
5. Описать клиническую картину ангиоматозного эпюлида.
6. Методы диагностики и дополнительные методы исследования больных.
7. Дифференциальная диагностика опухолей и опухолевидных образований из фиброзной ткани.
8. Профилактика возникновения опухолей и опухолевидных образований из фиброзной ткани.

9. Дифференциальная диагностика опухолей и опухолевидных образований из фиброзной ткани.
 10. Клинические проявления злокачественного перерождения опухолей и опухолевидных образований из фиброзной ткани.
 11. Методы лечения опухолей и опухолевидных образований из фиброзной ткани.

4.3. Практические работы (задания), которые выполняются на занятии:

Провести пальпацию регионарных лимфатических узлов челюстно-лицевой области и шеи.

5. СОДЕРЖАНИЕ ТЕМЫ:



Клиника, диагностика, лечение

Фиброма - доброкачественная опухоль, которая развивается из волокнистой соединительной ткани. Может локализоваться как на коже любого участка головы и шеи, так и в полости рта на слизистой оболочке.

Различают фиброму твердую (не содержит жировую ткань) и мягкую (включает в себя элементы жировой ткани).

Фиброма кожи представляет собой безболезненное образование плотно-эластичной или мягкой консистенции, которое расположено в толще кожи или выступает над ее поверхностью в виде полушария. Она ограниченно подвижная, имеет широкое основание и цвет нормальной кожи (может быть розового или коричневого цвета). Поверхность фибромы бывает гладкой (твердая фиброма) или в морщинах (мягкая фиброма).

Мягкая фиброма, которая имеет тонкую ножку и ковбасоподібну форму носит название фибропапиллома.

Фиброма может быть расположена и в толще мягких тканей в виде узла с четкими границами, имеющего капсулу.

Разновидностью фибромы является гистиоцитома (дерматофиброма), которая включает в себе фибробласты, фиброциты и гистиоциты, а также десмоидная фиброма (десмоид). Обе формы склонны к инфильтрирующему росту.

В полости рта фиброма локализуется чаще на слизистой оболочке щек, альвеолярного отростка и языка. Встречается симметричное расположение фибромы в виде веретенообразных образований с язычной или небной стороны альвеолярного отростка - так называемая симметричная фиброма.

Фиброматоз ясен - это разрастание десен от десневого края до уровня переходной складки в виде диффузного утолщения десен или в виде долек в области нескольких зубов, иногда на протяжении всего альвеолярного отростка. Разрастания могут быть мягкими или плотными, безболезненные.

Эпулид - опухолевидное образование десен, расположенное в участке шейки зуба, безболезненное, имеет широкое основание и грибовидную форму. Своим основанием может входить между зубами, распространяясь на язычную поверхность альвеолярного отростка. Клинически различают фиброзную и ангиоматозную формы эпулида. Фиброзный эпулид имеет гладкую поверхность, плотную или плотно-эластичную консистенцию, бледно-розовый цвет,

безболезненный, не кровоточит. Ангиоматозный эпюлид мягкий, красного цвета, легко кровоточит. Лечение фибром заключается в иссечении их в пределах неизмененных тканей.

Лечение эпюлида хирургическое - иссечение в пределах здоровых тканей. При удалении эпюлидов ряд авторов рекомендует выскабливать и коагулировать костное ложе эпюлада для предупреждения рецидива.

Дифференциальная диагностика опухолей и опухолевидных образований из фиброзной ткани

Клиническая характеристика	Название образования			
	Фиброма	Фиброматоз дёсен	Фиброзный эпюлид	Ангиоматозный эпюлид
Локализация	На коже лица или слизистой оболочки полости рта или в толще тканей	Альвеоляр-ный отросток от переходной складки до шейки зуба	Альвеоляр-ный отросток в участке шейки зуба	Альвеоляр-ный отросток в участке шейки зуба
Форма	Полусферическая	Диффузное разрастание десен вдоль альвеолярного отростка	Грибовидная	Грибовидная
Размер	От нескольких мм до нескольких см	В области нескольких зубов или вдоль всего отростка	От нескольких мм до нескольких см	От нескольких мм до нескольких см
Подвижность	Ограниченно подвижная	Значительно подвижный	Ограниченно подвижный	Ограниченно подвижный
Консистенция	Плотная или мягкая	Плотная или плотно-эластичная	Плотный или плотно-эластичный	Мягкий
Цвет	Цвета окружающих тканей	Цвета окружающих тканей	Цвета окружающих тканей	Ярко-красный
Характер поверхности	Гладкая	Гладкая или дольчатая	Гладкая	Гладкая или бугристая
Наличие ножки	Толстая ножка или широкое основание	Широкое основание	Широкое основание	Широкое основание

Клиническая характеристика	Название образования			
	Фиброма	Фиброматоз дёсен	Фиброзный эпюлид	Ангиоматозный эпюлид
Рост	Медленный	Медленный	Медленный	Медленный
Другое	Безболезненная	Разрастается до переходной складки, безболезненный	Чаще растет с вестибулярной стороны, безболезненный	Часто наблюдается у беременных, легко кровоточит, безболезненный

6. МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЯ:

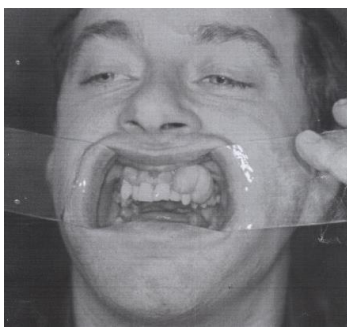
А. Задания для самоконтроля:



Гигантоклеточный эпюлид нижней челюсти.



Ангиоматозный эпюлид нижней челюсти.



Фиброзный эпюлид верхней челюсти.

Б. Задачи для самоконтроля:

1. Больной жалуется на наличие на слизистой оболочке щеки безболезненного новообразования, которое существует несколько лет, медленно увеличиваясь. Объективно: на слизистой оболочке левой щеки определяется полусферической формы образование на широкой основе до 1 см в диаметре, плотное, безболезненное, с четкими границами, бледно-розового цвета.

Какой диагноз наиболее вероятен?

(Ответ: фиброма)

2. Больной жалуется на наличие разрастания десен верхней челюсти. Объективно: десны верхней челюсти диффузно утолщены на протяжении всего альвеолярного отростка с вестибулярной

стороны. Разрастание распространяется до переходной складки, безболезненное, плотно-эластичной консистенции, закрывает вестибулярную поверхность коронок зубов.

Какой диагноз у данного больного?

(Ответ: фиброматоз ясен)

3. У больного в области шейки моляра нижней челюсти справа с вестибулярной стороны альвеолярного отростка определяется новообразование грибовидной формы с гладкой поверхностью на широком основании. Образование безболезненное, плотной консистенции, ограниченно-подвижное, бледно-розового цвета.

Какой диагноз имеет место в данном случае?

(Ответ: фиброзный эпюлид)

В. Материалы для тестового контроля. Тестовые задания с одним правильным ответом ($\alpha=\Pi$):

1. Фиброма - это:

- A. Опухоль жировой ткани.
- B. Эпителиальная опухоль.
- C. Опухоль из мышечной ткани.
- D. Ретенционная киста сальной железы.
- E. Опухоль из соединительной ткани.

(Правильный ответ: E)

2. Какая опухоль не относится к фибромам:

- A. Твердая фиброма.
- B. Мягкая фиброма.
- C. Десмоид.
- D. Гистиоцитома.
- E. Атерома.

(Правильный ответ: E)

3. Эпулид - это:

- A. Доброкачественная опухоль.
- B. Злокачественная опухоль.
- C. Воспалительное заболевание.
- D. Дистрофическое заболевание.
- E. Опухолевидное образование.

(Правильный ответ: E)

Г. Учебные задачи 3-го уровня (нетипичные задачи):

1. Во время профилактического осмотра у больной с вестибулярной стороны альвеолярного отростка верхней челюсти в участке передних зубов обнаружено новообразование десен округлой формы, ярко-красного цвета, которое кровоточит при дотрагивании. Новообразование безболезненно, расположено на широкой ножке в участке десневого края.

Установите диагноз, проведите дифференциальную диагностику, назначьте лечение.

(Ответ: ангиоматозный эпюлид, иссечение в пределах здоровых тканей, диатермокоагуляция костного ложа)

2. У больного в области шейки моляра нижней челюсти справа с вестибулярной стороны альвеолярного отростка определяется новообразование грибовидной формы с гладкой поверхностью на широком основании. Образование безболезненно, плотной консистенции, ограниченно-подвижное, бледно-розового цвета.

Установите диагноз, проведите дифференциальную диагностику, назначьте лечение.

(Ответ: фиброзный эпюлид, иссечение в пределах здоровых тканей, коагуляция костного ложа)

3. Больной жалуется на наличие разрастания десен верхней челюсти. Объективно: десны верхней челюсти диффузно утолщены на протяжении всего альвеолярного отростка с вестибулярной стороны. Разрастания распространяются до переходной складки, безболезненные, плотно-эластичной консистенции, закрывают вестибулярную поверхность коронок зубов.

Установите диагноз, проведите дифференциальную диагностику, назначьте лечение.

(Ответ: фиброматоз десен, иссечение в пределах неизмененных десен вместе с надкостницей)

7. ЛИТЕРАТУРА:

Основная литература:

1. Пачес А.И. Опухоли головы и шеи. – М.: Медицина, 1983.
2. Дунаевский В.А., Шеломенцев Ю.А. Предопухолевые заболевания и злокачественные опухоли слизистых оболочек полости рта. – М.: Медицина, 1986.
3. Колесов А.А., Воробьев Ю.И., Каспарова Н.Н. Новообразования мягких тканей и костей лица у детей и подростков. – М.: Медицина, 1989.

Дополнительная литература:

1. Солнцев А.М., Колесов В.С. Доброкачественные опухоли лица, челюстей и органов полости рта. – К.: Здоров'я, 1985. – 150 с.
2. Соловьев М.М. Онкологические аспекты в стоматологии. – М.: Медицина, 1983.
3. Рибалов О.В., Одабаш'ян А.Л., Соколова Н.П., Саяпина Л.М. Онкологія щелепно-лицевої ділянки / Навчальний посібник для студентів та лікарів-інтернів стоматологів.- Полтава; АСМІ, 1999. – 114 с.
4. Травматологія та онкологія щелепно-лицевої ділянки / Збірник тестових запитань для студентів стоматологічного факультету //О.В.Рибалов, Л.М.Саяпіна, І.В.Яценко, О.О.Розколупа: АСМІ, 2002. – 197 с.

Министерство здравоохранения Украины
Высшее государственное учебное заведение Украины
«Украинская медицинская стоматологическая академия»

«Утверждено»
на заседании кафедры
хирургической стоматологии
и челюстно-лицевой хирургии
с пластической и реконструктивной
хирургией головы и шеи

Заведующий кафедрой

д. мед. н. Аветиков Д.С.



МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ
ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ
ВО ВРЕМЯ ПОДГОТОВКИ К ПРАКТИЧЕСКОМУ
(СЕМИНАРСКОМУ) ЗАНЯТИЮ

Учебная дисциплина	Хирургическая стоматология
Модуль №	3
Содержательный модуль №	3
Тема занятия	Опухоли и опухолевидные образования мышечной и жировой ткани. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.
Курс	IV
Факультет	Стоматологический

1. АКТУАЛЬНОСТЬ ТЕМЫ.

Опухоли мышечной и жировой ткани, не часто наблюдаются на амбулаторном приеме, но осведомленность в их клинических проявлениях необходима хирургу-стоматологу для предотвращения диагностических ошибок, поскольку симптомы, которые сопровождают эти новообразования нередко схожи с клиникой других опухолей. Кроме того, некоторые из опухолей мышечной и жировой ткани способны малигнизироваться и знание признаков злокачественного перерождения крайне необходимо практическому врачу-стоматологу.

2. КОНКРЕТНЫЕ ЦЕЛИ:

- 2.1. Анализировать клинические проявления разных форм миомы и липомы.
- 2.2. Объяснить этиологические и патогенетические факторы развития опухолевидных образований мышечной и жировой ткани.
- 2.3. Предложить план обследования больного с диагнозом миома и липома.
- 2.4. Классифицировать опухолевидные образования мышечной и жировой ткани.
- 2.5. Трактовать принципы диагностики и лечения мышечной и жировой ткани.
- 2.6. Рисовать графологическую схему темы.
- 2.7. Проанализировать результаты лабораторных и инструментальных обследований.
- 2.8. Составить схему лечения больных с миомой и липомой.

3. БАЗОВЫЕ ЗНАНИЯ, УМЕНИЯ, НАВЫКИ, НЕОБХОДИМЫЕ ДЛЯ ИЗУЧЕНИЯ ТЕМЫ (междисциплинарная интеграция).

Названия предыдущих дисциплин	Приобретённые навыки
1. Топографическая анатомия.	Определить топографо-анатомические области головы и шеи.
2. Гистология.	Приготовить материал для гистологического исследования.
3. Патологическая анатомия.	Описать гистологическую картину опухолевидных образований мягких тканей.
4. Патологическая физиология.	Трактовать этиологию и патогенез опухолей.
5. Пропедевтика хирургической стоматологии.	Провести курацию больного с опухолью челюстно-лицевого участка.
6. Общая онкология.	Определить схему обследования онкобольного.

4. ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ ВО ВРЕМЯ ПОДГОТОВКИ К ЗАНЯТИЮ.

4.1. Перечень основных терминов, параметров, характеристик, которые должен усвоить студент при подготовке к занятию:

Термин	Определение
1. Миобластома.	Это опухоль, которая происходит из миобластов поперечно-полосатой мускулатуры.
2. Рабдомиома.	Это опухоль, которая происходит из поперечно-полосатой мускулатуры.
3. Лейомиома.	Это опухоль, которая происходит из гладкой мускулатуры.
4. Липома.	Это опухоль, которая происходит из зрелой жировой ткани.
5. Липоматоз.	Это диффузное разрастание зрелой жировой ткани.

4.2. Теоретические вопросы к занятию:

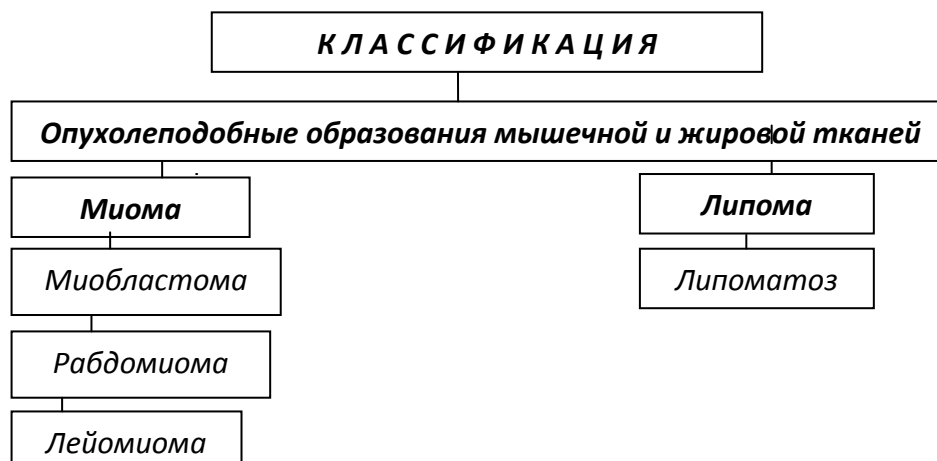
1. Перечислить факторы, которые способствуют возникновению миомы и липомы.
2. Описать клиническую картину миобластомы.
3. Описать клиническую картину рабдомиомы.
4. Описать клиническую картину лейомиомы.
5. Описать клиническую картину липомы.
6. Описать клиническую картину липоматоза.
7. Методы диагностики и дополнительные методы исследования больных.

8. Дифференциальная диагностика опухолей мышечной и жировой ткани.
9. Профилактика возникновения опухолей мышечной и жировой ткани.
10. Дифференциальная диагностика опухолей мышечной и жировой ткани.
11. Клинические проявления злокачественного перерождения опухолей мышечной и жировой ткани.
12. Методы лечения опухолей мышечной и жировой ткани.

4.3. Практические работы (задания), которые выполняются на занятии:

1. Провести пальпацию опухоли челюстно-лицевой области.
2. Провести диагностическую пункцию.

5. СОДЕРЖАНИЕ ТЕМЫ:



Клиника, диагностика, лечение

Миома - это общее название доброкачественной опухоли, растущей из мышечной ткани. Существует несколько ее разновидностей.

Миобластома - доброкачественная опухоль, которая развивается из миобластов поперечно-полосатой мускулатуры. Чаще всего наблюдается в толще языка и деснах. Растет медленно и безболезненно, но ей присущ инфильтративный рост (опухоль не имеет капсулы). Клинически выглядит как узел с относительно четкими границами, безболезненный, эластичной консистенции. Если опухоль локализуется в толще языка, она может приводить к его деформации и нарушению движений. Опухоль на разрезе розового цвета, бедна кровеносными сосудами. Миобластома способна перерождаться в злокачественную опухоль.

Лечение заключается в иссечении в пределах здоровых тканей. После удаления способна давать рецидивы.

Рабдомиома - это опухоль, которая развивается как и миобластома из поперечно-полосатой мускулатуры. Встречается редко, расположена чаще всего в толще языка. Клинически ничем не отличается от миобластомы. Растет медленно безболезненно. В отличие от миобластомы ей не присущ инфильтрирующий рост, на разрезе ткань опухоли коричневого цвета. Рабдомиома имеет четко определенную капсулу. Изредка может перерождаться в рабдомиосаркому. Лечение оперативно: иссечение в пределах здоровых тканей.

Лейомиома - доброкачественная опухоль, которая растет из гладкой мышечной ткани. Может развиваться из гладких мышц кожи и сосудов. Растет медленно и безболезненно. Клинически выглядит как узел с четкими пределами, мягкий и безболезненный при пальпации. Поверхность опухоли гладкая. Лейомиома способна перерождаться в лейомиосаркому. Лечение хирургическое: иссечение в пределах неизмененных тканей.

Липома - доброкачественная опухоль, которая развивается из зрелой жировой ткани. Локализуется в разных областях лица и шеи. Клиническая картина зависит от глубины залегания опухоли. Поверхностно расположенная липома обычно выглядит как узел с достаточно четкими границами или как диффузное утолщение без четких границ. Кожа над ней не изменена, растет липома медленно, может быть мягкой или плотной в зависимости от соотношения жировой и

фиброзной ткани. При пальпации безболезненна имеет дольчатую поверхность. Липома имеет тонкую капсулу. Подвижность липомы зависит от глубины ее залегания.

Иногда наблюдается диффузное разрастание жировой ткани на шее в виде передника - болезнь Маделунга или липоматоз шеи.

Липома способна перерождаться в злокачественную опухоль - липосаркому.

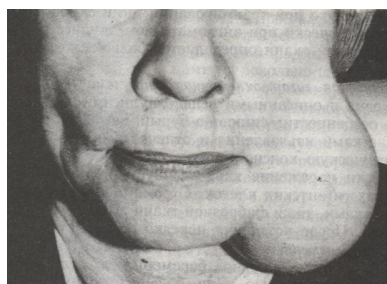
Лечение липомы хирургическое, нередко связанное с техническими трудностями (в случае распространения опухоли по межмышечным и межфасциальным пространствам).

Дифференциальная диагностика опухолей мышечной и жировой ткани

Клиническая характеристика	Название образования			
	Миобластома	Раβδοмиома	Лейомиома	Липома
Локализация	Толща языка или десны	Толща языка или десны	Толща языка или десны	В любой области лица и шеи
Форма	Шаровидная	Шаровидная	Шаровидная	В виде узла или диффузного утолщения
Размер	От нескольких мм до нескольких см	От нескольких мм до нескольких см	От нескольких мм до нескольких см	От нескольких мм до нескольких см
Подвижность	Неподвижная или ограниченно подвижная	Неподвижная или ограниченно подвижная	Неподвижная или ограниченно подвижная	Неподвижная или ограниченно подвижная
Консистенция	Плотно-эластичная	Плотно-эластичная	Плотно-эластичная	Мягкая или плотно-эластичная
Цвет опухоли на разрезе	Бледно-розовая	Коричневая	Розовый	Желтая
Характер поверхности	Гладкая	Гладкая	Гладкая	Дольчатая
Наличие ножки	Не имеют	Не имеют	Не имеют	Может быть на широком основании
Рост	Медленный	Медленный	Медленный	Медленный
Наличие капсулы	Не имеет	Имеет капсулу	Имеет капсулу	Имеет тонкую капсулу

6. МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЯ:

А. Задания для самоконтроля:



Липома щеки.

Б. Задачи для самоконтроля:

1. Больной преклонного возраста жалуется на наличие в толще языка безболезненного уплотнения, которое мешает языку и существует уже несколько месяцев, медленно увеличиваясь. Объективно: в толще тела языка пальпируется безболезненный узел с нечеткими границами. Образование до 2 см в диаметре. Слизистая оболочка языка не изменена.

Какой диагноз наиболее достоверен?

(Ответ: миома)

2. Больной жалуется на косметический дефект вследствие деформации шеи. Объективно: в участке передней поверхности шеи наблюдается диффузное утолщение тканей в виде передника, который распространяется от нижнего края челюсти до ключиц. Кожа в цвете не изменена, разрастания подвижные, безболезненные, при пальпации определяется дольчатая поверхность.

Какое заболевание имеет место в данном случае?

(Ответ: болезнь Маделунга)

3. К врачу обратился пациент с жалобами на наличие новообразования под нижней челюстью, которое существует на протяжении нескольких лет, медленно увеличиваясь. Объективно: в подчелюстном участке слева определяется новообразование в виде узла размером 3 - 5 см, с четкими границами, безболезненное, тестоватой консистенции, умеренно подвижное, покрытое неизменной кожей. Поверхность новообразования при пальпации дольчатая.

С каким заболеванием обратился больной?

(Верный ответ: липома)

В. Материалы для тестового контроля. Тестовые задания с одним правильным ответом ($\alpha=II$):

1. Миома - это:

- A. Опухоль из жировой ткани.
- B. Эпителиальная опухоль.
- C. Опухоль из мышечной ткани.
- D. Ретенционная киста сальной железы.
- E. Опухоль из нервной ткани.

(Правильный ответ: C)

2. Липома - это:

- A. Опухоль жировой ткани.
- B. Опухоль из нервной ткани.
- C. Эпителиальная опухоль.
- D. Опухоль из мышечной ткани.
- E. Ретенционная киста сальной железы.

(Правильный ответ: A)

3. Рабдомиома - это:

- A. Опухоль из костной ткани.
- B. Опухоль из поперечно-полосатой мышечной ткани.
- C. Опухоль из нервной ткани.
- D. Опухоль из соединительной ткани.
- E. Опухоль эпителиального происхождения.

(Правильный ответ: B)

Г. Учебные задачи 3-го уровня (нетипичные задачи):

1. Во время осмотра пациента врач обнаружил новообразование под нижней челюстью, которое существует уже несколько лет, медленно увеличиваясь. Объективно: в подчелюстном участке справа имеет место новообразование размером 4 - 6 см, с четкими границами, безболезненное, тестоватой консистенции, умеренно подвижное, покрытое неизменной кожей. Поверхность новообразования при пальпации дольчатая.

Определите диагноз, проведите дифференциальную диагностику, назначьте лечение.

(Ответ: липома, удаление вместе с капсулой)

2. На прием к врачу обратился больной преклонного возраста, который жалуется на наличие безболезненного уплотнения в толще языка, которое мешает языку и существует уже несколько месяцев, медленно увеличиваясь. Объективно: в толще тела языка пальпируется безболезненный

узел с четкими границами. Образование до 3 см в диаметре. Слизистая оболочка языка не изменена.

Определите диагноз, проведите дифференциальную диагностику, назначьте лечение.

(Ответ: миома, иссечение в пределах здоровых тканей)

3. Больной жалуется на косметический дефект в результате деформации шеи. Объективно: передняя поверхность шеи искажена диффузным утолщением тканей в виде передника, который распространяется от нижнего края челюсти к ключицам. Кожа в цвете не изменена, разрастания подвижные, безболезненные, при пальпации определяется дольчатая поверхность.

Определите диагноз, проведите дифференциальную диагностику, назначьте лечение.

(Ответ: липоматоз шеи, иссечение в пределах здоровых тканей)

7. ЛИТЕРАТУРА:

Основная литература:

1. Пачес А.И. Опухоли головы и шеи. – М.: Медицина, 1983.
2. Дунаевский В.А., Шеломенцев Ю.А. Предопухолевые заболевания и злокачественные опухоли слизистых оболочек полости рта. – М.: Медицина, 1986.
3. Колесов А.А., Воробьев Ю.И., Каспарова Н.Н. Новообразования мягких тканей и костей лица у детей и подростков. – М.: Медицина, 1989.

Дополнительная литература:

1. Солнцев А.М., Колесов В.С. Доброкачественные опухоли лица, челюстей и органов полости рта. – К.: Здоров'я, 1985. – 150 с.
2. Соловьев М.М. Онкологические аспекты в стоматологии. – М.: Медицина, 1983.
3. Рибалов О.В., Одабаш'ян А.Л., Соколова Н.П., Саяпина Л.М. Онкологія щелепно-лицевої ділянки / Навчальний посібник для студентів та лікарів-інтернів стоматологів.- Полтава; АСМІ, 1999. – 114 с.
4. Травматологія та онкологія щелепно-лицевої ділянки / Збірник тестових запитань для студентів стоматологічного факультету //О.В.Рибалов, Л.М.Саяпіна, І.В.Яценко, О.О.Розколупа: АСМІ, 2002. – 197 с.

Министерство здравоохранения Украины
Высшее государственное учебное заведение Украины
«Украинская медицинская стоматологическая академия»

«Утверждено»
на заседании кафедры
хирургической стоматологии
и челюстно-лицевой хирургии
с пластической и реконструктивной
хирургией головы и шеи

Заведующий кафедрой

д. мед. н. Аветиков Д.С. 

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ
ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ
ВО ВРЕМЯ ПОДГОТОВКИ К ПРАКТИЧЕСКОМУ
(СЕМИНАРСКОМУ) ЗАНЯТИЮ

Учебная дисциплина	Хирургическая стоматология
Модуль №	3
Содержательный модуль №	3
Тема занятия	Опухоли кровеносных и лимфатических сосудов мягких тканей и челюстей. Клиника, диагностика, лечение.
Курс	IV
Факультет	Стоматологический

1. АКТУАЛЬНОСТЬ ТЕМЫ.

Врачам-стоматологам любого профиля в определенной степени выпадает необходимость обследования и лечения больных с опухолями кровеносных и лимфатических сосудов мягких тканей и челюстей. Важным моментом является проведение дифференциальной диагностики между добро- и злокачественными образованиями, что требует от врача теоретических знаний и практических умений относительно клинического и параклинического обследования больного, умения интерпретировать данные дополнительных методов обследования и назначить адекватное лечение каждому конкретному пациенту, ведь от этого зависит качество жизни больной в дальнейшем.

2. КОНКРЕТНЫЕ ЦЕЛИ:

- 2.1. Анализировать этиологию и патогенез опухолей кровеносных и лимфатических сосудов челюстно-лицевой области.
- 2.2. Объяснять факторы, которые способствуют возникновению опухолей кровеносных и лимфатических сосудов челюстно-лицевой области.
- 2.3. Предложить новые подходы в диагностике опухолей кровеносных и лимфатических сосудов челюстно-лицевой области.
- 2.4. Классифицировать опухоли кровеносных и лимфатических сосудов челюстно-лицевой области.
- 2.5. Трактовать дополнительные методы обследования в диагностике опухолей кровеносных и лимфатических опухолей челюстно-лицевой области.
- 2.6. Рисовать схемы рентгенологической картины опухолей кровеносных и лимфатических опухолей костей лицевого скелету.
- 2.7. Проанализировать данные дополнительных методов обследования при опухолях кровеносных и лимфатических сосудов челюстно-лицевой области.
- 2.8. Составить план лечения больных с опухолями кровеносных и лимфатических сосудов челюстно-лицевой области.

3. БАЗОВЫЕ ЗНАНИЯ, УМЕНИЯ, НАВЫКИ, НЕОБХОДИМЫЕ ДЛЯ ИЗУЧЕНИЯ ТЕМЫ (междисциплинарная интеграция).

Названия предыдущих дисциплин	Приобретённые навыки
1. Анатомия.	Знать строение костей лицевого черепа, мышц и нервов лица, анатомо-физиологические особенности челюстно-лицевой области. Уметь определить локализацию опухолей кровеносных и лимфатических сосудов мягких тканей и челюстей.
2. Оперативная хирургия и топографическая анатомия.	Знать методику проведения разрезов на лице. Методику наложения швов. Методику проведения разрезов на лице. Методику наложения швов. Уметь проводить разрезы в зависимости от места расположения опухоли. Накладывать разные виды швов, которые используются при удалении опухолей кровеносных и лимфатических сосудов.
3. Внутренние болезни.	Знать методику обследования общего статуса больного. Нормальные значения основных констант человека (система крови, мочи и др.). Уметь провести обследования больного. Интерпретировать данные лабораторных исследований.
4. Лучевая диагностика.	Знать основные методы проведения лучевой диагностики при опухолях кровеносных и лимфатических сосудов. Уметь интерпретировать данные рентгенологических исследований, компьютерной томографии и МРТ.
5. Реаниматология.	Знать этиологию и патогенез кровотечений, как осложнений при проведении операций по поводу удаления опухолей кровеносных и лимфатических сосудов. Принципы реанимационных мероприятий и предоставления

	неотложной помощи при геморрагическому шоке, острой дыхательной и сердечной недостаточности, нарушениях почечной и печеночной функций и др. Уметь оказать неотложную помощь при кровотечениях, геморрагическому шоке, которые представляют угрозу жизни больного.
6. Фармакология	Знать фармакокинетику, фармакодинамику и механизм действия основных групп препаратов, которые назначаются больным с опухолями кровеносных и лимфатических сосудов мягких тканей и челюстей. Показание и противопоказание к назначению этих препаратов. Уметь назначить адекватную фармакотерапию.

4. ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ ВО ВРЕМЯ ПОДГОТОВКИ К ЗАНЯТИЮ.

4.1. Перечень основных терминов, параметров, характеристик, которые должен усвоить студент при подготовке к занятию:

Термин	Определение
1. Гемангиома.	Это сосудистое новообразование.
2. Лимфангиома.	Это новообразование из лимфатических сосудов.
3. Склерозирующая терапия.	Это введение в полость сосудистого новообразования агрессивного химического вещества (этиловый спирт, формалин и др.).

4.2. Теоретические вопросы к занятию:

1. Статистика опухолей кровеносных и лимфатических сосудов мягких тканей и челюстей.
2. Кровеносная система лица.
3. Лимфатическая система лица.
4. Классификация опухолей кровеносных и лимфатических сосудов мягких тканей и челюстей.
5. Клиника опухолей кровеносных и лимфатических сосудов мягких тканей и челюстей.
6. Особенности диагностики опухолей кровеносных и лимфатических сосудов мягких тканей и челюстей.
7. Статистика послеоперационных осложнений при опухолях кровеносных и лимфатических сосудов мягких тканей и челюстей.

4.3. Практические работы (задания), которые выполняются на занятии:

1. Отработка алгоритма обследования и назначения лечения пациентам с сосудистыми опухолями лица.
2. Трактовка данных дополнительных методов обследования больных с сосудистыми опухолями лица (рентгенограммы, данные цитологического и гистологического исследования).

5. СОДЕРЖАНИЕ ТЕМЫ:

ГЕМАНГИОМА – доброкачественная опухоль кровеносных сосудов. Происхождение этого новообразования до настоящего времени точно не установлено. По современным представлениям, она возникает при нарушении закладки сосудов и регуляции ангиогенеза в эмбриональном периоде, перенесенными травмами, нарушениями системы иммунитета (возможно после вакцинации в детском возрасте).

Международная гистологическая классификация опухолей и опухолеподобных поражений сосудов

1. Доброкачественная гемангиоэндотелиома.
2. Капиллярная гемангиома.
3. Кавернозная гемангиома.
4. Венозная гемангиома.
5. Гроздевидная (ветвистая) гемангиома (артериальная, венозная, артериовенозная).

6. Внутримышечная гемангиома (капиллярная, кавернозная, артериовенозная).
7. Системный гемангиоматоз.
8. Гемангиоматоз с врожденным артерио-венозным свищом или без него.
9. Гломусная опухоль (гиомангиома).
10. Ангиомиома (сосудистая лейомиома).
11. Гемангиома грануляционного типа (пиогенная гранулема).

Классификация сосудистых опухолей (П.М.Горбушина, 1978)

1. Кавернозные или пещеристые:
 - а) инкапсулированные
 - б) диффузные
2. Капиллярные или простые:
 - а) поверхностные
 - б) глубокие
3. Гроздевидные или ветвистые:
 - а) артериальные
 - б) венозные
4. Фиброангиомы
 - 4.1. капиллярные
 - 4.2. кавернозные
 - 4.3. ветвистые:
 - а) быстрорастущие
 - б) медленно растущие

Основные типы гемангиом

Капилляр-ные	Ветвистые	Кавернозные	Смешанные	Комбинирован- ные
локализация: на слизистой оболочке полости рта, на коже лица	локализация: в ЧЛЮ крайне редко.	локализация: мягкие ткани лица, язык, слизистая оболочка полости рта, шея, челюсти	сочетание капиллярных, ветвистых и кавернозных гемангиом	ангиофиброма, ангиолипома, нейроангиома, ангиомиома и др.
клиника: плоский, пятнистый, розово- красный или синюшно- багровый участок ткани, положитель- ный симптом «надавлива- ния»	состоит из артериаль-ных сосудов, пульсирует, выслушива- ется систо- лический шум (арте- риовенозные анастомозы), увеличение при наклоне головы вниз	клиника: признак «сжатия» и «наливания», может иметь капсулу, наличие флеболитов		

Дифференциальная диагностика:

аневризмы, лимфангиома, невус, меланома, лимфосаркома

Методы лечения:

Диспансерное наблюдение, оперативное, эмболизация, электрокоагуляция, криодеструкция, лучевая терапия, склерозирующая терапия, системная терапия гормональными препаратами и др.

Гемангиомы и гемангиоэндотелиома относятся к неостеогенным опухолям челюстей.

Изолированные гемангиомы челюстей встречаются сравнительно редко. Чаще имеет место сочетание 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

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.

Диагноз

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 повторными инъекциями в опухоль 1-2 мл 95% этилового спирта или 2% раствора салициловой кислоты на 80% спирте, раствора хинина гидрохлорида с уретаном и др. Последний раствор выписывают по прописи: уретана — 6.5, хинина гидрохлорида — 12.5, дистиллированной воды — 100.0. Количество

одноразово вводимого хининуретанового раствора — от 3 до 5 мл. Вводят его с интервалами в 3-5 дней до 12-20 раз (в зависимости от размеров опухоли).

В результате введения склерозирующих растворов происходит свертывание крови в полостях гемангиомы, фибротизация и запустение их.

При костных гемангиомах челюстей у детей костная полость пломбируется с помощью полимерного адгезива КЛ-3, характеризующегося высокой эластичностью; он является полиуретаном, который имеет определенное соотношение открытых и закрытых пор. Вводится КЛ-3 через иглу с помощью шприца. Метод обладает следующими преимуществами:

1) удается добиться остановки кровотечения из костной полости за счет большой поверхности полимера; 2) постепенно рассасываясь, адгезив замещается соединительной тканью, а затем костью; 3) способ атравматичен и быстро осуществляется технически; 4) метод высокоэффективен (Л. В. Харьков и соавт., 1995).

Наиболее обширные гемангиомы челюсти обычно подвергаются хирургическому лечению. Если гемангиома локализуется на верхней челюсти, производят резекцию ее. При локализации гемангиомы в толще тела нижней челюсти можно произвести (через экстраоральный доступ) резекцию наружной кортикальной пластинки челюсти, при этом широко раскрыть гемангиому, перевязать приводящие к ней сосуды, затампонировать дно костной раны лоскутом жевательной мышцы. После этого наружную рану сообщать с полостью рта (путем разреза по переходной складке), на наружную рану наложить послойные швы, а со стороны полости рта рану тампонировать йодоформной марлей на 7-10 дней. Еще до начала операции необходимо в гемостатических целях произвести двустороннюю перевязку наружных сонных артерий, а во время операции следить за адекватным восполнением кровопотери. При наличии противопоказаний к операции необходимо провести курс глубокой рентгенотерапии.

Прогноз благоприятный лишь при условии раннего выявления и лечения гемангиомы в челюсти. В противном случае возможны переломы кости, обильные профузные кровотечения.

ГЕМАНГИОЭНДОТЕЛИОМА

Общие сведения

Эта опухоль встречается в челюстных костях исключительно редко. А. А. Колосовым (1964) отмечено лишь 2 случая из 1034 опухолей челюстей.

Патогенез

Опухоль исходит из эндотелия кровеносных сосудов челюсти. По степени зрелости занимает промежуточное положение между гемангиомой и гемангиосаркомой.

Клиника

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.

Локализуясь за нижним зубом мудрости, гемангиоэндотелиома способна прорасти кзади и кнутри — в толщу мягкого неба; при этом экстраоральная часть опухоли приобретает бугристый рельеф, она слегка болезненна, имеет мягко-эластическую консистенцию. Регионарные лимфатические узлы при этой опухоли не увеличены. Если происходит перерождение опухоли в гемангиосаркому, при этом на рентгенограмме определяется обширная зона деструкции челюстной кости.

Патологическая анатомия. Макроскопически опухоль имеет вид довольно плотных узлов, на разрезе — пористая, красновато-серого цвета. Возможно наличие в ней мелких полостей. Микроскопически гемангиоэндотелиома сходна с гемангиомой, но отличается от нее тем, что пролиферирующий эндотелий сосудов характеризуется резким полиморфизмом и может расти сплошной клеточной массой, затушевывая сосудистый рисунок опухоли. Разрастания эндотелия кровеносных сосудов могут иметь также вид тяжей и трубок, заполненных кровью.

Лечение

Глубокая рентгенотерапия с последующим радикальным удалением опухоли в пределах здоровых тканей. Некоторые хирурги предпринимают только хирургическое радикальное удаление опухоли, что вряд ли можно считать оправданным.

Прогноз благоприятный лишь при условии раннего выявления и комплексного лечения.

ЛИМФАНГИОМА – доброкачественная опухолевая гиперплазия лимфатических сосудов, связана с нарушением их закладки в эмбриональном периоде.

Лимфангиомы:

Капиллярные
Кавернозные
Кистозные

Клиника:

Медленный прогрессирующий
рост, пальпация
безболезненная, диффузное
увеличение органов,
флюктуация, наличие плотных
включений

Дифференциальная
диагностика:

Гемангиома, болезнь
Микулича, лимфосаркома

Лечение – хирургическое

6. МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЯ:

А. Задания для самоконтроля:

1. Рентгенограммы больных с гемангиомами костей лицевого скелета.
2. Фото больных с сосудистыми опухолями лица.

Б. Задачи для самоконтроля:

1. У больного 20 лет асимметрия лица за счет опухоли верхней губы слева. Кожа над ней синюшного оттенка, позитивный симптом "сжатия" и "наполнения".

Какой самый вероятный диагноз?

(Ответ: кавернозная гемангиома)

2. Больной 17 лет, жалуется на наличие опухоли на нижней губе. Из анамнеза выяснено, что опухоль была выявлена сразу после рождения, рола медленно, но за последний год резко увеличилась в размере. При обзоре на нижней губе есть опухоль красного цвета, мягкая, при нажатии пустеет и бледнеет.

Какой предыдущий диагноз?

(Ответ: гемангиома нижней губы)

3. К хирургу обратился больной 20 лет с опухолью на левой щеке. Наличие образования отмечает из рождения. При обзоре на коже левой щеки плоская округлой формы пятно, до 1,5 см в диаметре, розово-красного цвета. При нажатии на опухоль пальцем или инструментом образование бледнеет.

Поставьте предыдущий диагноз.

(Ответ: гемангиома)

В. Материалы для тестового контроля. Тестовые задания с одним правильным ответом ($\alpha=II$):

1. Основным клиническим признаком ветвистой гемангиомы является:

- А. Пульсация.
- В. Наличие флеболита.
- С. Боль при пальпации.
- Д. Болезненный инфильтрат.
- Е. Симптом Венсана.

(Ответ: А)

2. Основными методами лечения капиллярной гемангиомы являются:

- А. Склерозирующая терапия.
- В. Прошивка.
- С. Электрокоагуляция.
- Д. Лучевая терапия.
- Е. Иссечение опухоли.

(Ответ: А)

3. Клинически лимфангиома характеризуется разновидностями.

- А. Ноздреватая, кистозная, литическая.
- В. Полиморфная, мономорфная, пролиферативная.

- С. Капиллярная, кистозные, кавернозная.
 - Д. Рассеяна, локализованная.
 - Е. Солидная, мономорфная.
- (Ответ: С)

Г. Учебные задачи 3-го уровня (нетипичные задачи):

1. В клинику обратился больной с жалобами на значительное увеличение размеров нижней губы. Имеет место увеличение нижней губы (макрохейлия), ткани губы безболезненные при пальпации, бледно-розового цвета, плотно-эластичные.

Поставьте диагноз. Составьте план лечения.

(Ответ: лимфангиома нижней губы, оперативное лечение)

2. Больная, 25 лет, обратилась в районную поликлинику с жалобами на наличие припухлости в левой околоушно-жевательной области. При наклоне головы вниз определяется симптом "наполнения" в левой околоушно-жевательной области. В полости рта слизистая оболочка этого участка в цвете не изменена.

Поставьте диагноз. Какие методы исследования необходимо провести для его обоснования? Составьте план лечения. Где проводится лечение этой группы больных?

(Ответ: кавернозная гемангиома лево-околоушно-жевательной области; диагностическая пункция, контрастная ангиография для определения распространенности образования, рентгенография при наличии ангиолитов; склерозирующая терапия со следующим оперативным вмешательством; отделение челюстно-лицевой хирургии, отделения головы и шеи в онкодиспансерах)

7. ЛИТЕРАТУРА:

Основная литература:

1. Бернадский Ю.И. Основы хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. – Минск: Белкнига, 1998.
2. Гнатышак А.И. Общая клиническая онкология. – Львов, 1988.
3. Карапетян И.С., Цегельник Е.Я. Предраковые состояния, опухоли, опухолеподобные поражения и кисты лица, органов полости рта и шеи. – М.: МИА, 2004.
4. Клиническая оперативная челюстно-лицевая хирургия / Под ред. Проф. Н.А.Александрова. – Л.: Медицина, 1985.
5. Рузин Г.П. Краткий курс лекций по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. – К., «Книга плюс», 2006.
6. Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии / Под ред. В.М.Безрукова, Т.Г.Робустовой. – М.: Медицина, 2000. – в 2-х томах.
7. Пачес А.И. Опухоли головы и шеи. – М.: Медицина, 1983
8. Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. – К., 2004.

Дополнительная литература:

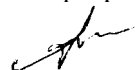
1. Атлас пластической хирургии лица и шеи / Под ред. проф. Хитрова Ф.М. – М.: Медицина, 1984
2. Виссарионов В.А. Некоторые аспекты косметической хирургии лица. – Екатеринбург, 1992.
3. Дунаевский В.А. Пластические операции при хирургическом лечении опухолей лица и челюстей. – М.: Медицина, 1976.
4. Колесов А.А., Воробьев И.Ю. Новообразования мягких тканей. – К., 1991.
5. Краевский Н.А., Смольяников А.В. Руководство по патологоанатомической диагностике опухолей человека. – М., 1989.
6. Рузин Г.П., Григорчук Ю.Ф. Онконастороженность в практике врача-стоматолога // Дент. технологии. – 2004. – № 5. – С. 56-61.
7. Солнцев А.М., Колесов В.С. Доброкачественные опухоли лица, челюстей и органов полости рта. – К.: «Здоровье», 1985.
8. Соловьев М.М. Онкологические аспекты в стоматологии. – Л., 1983.
9. Шаргородский А.Г. Атлас опухолей мягких тканей и костей лица. – М.: ВУНЗ, 1998.

Министерство здравоохранения Украины
Высшее государственное учебное заведение Украины
«Украинская медицинская стоматологическая академия»

«Утверждено»
на заседании кафедры
хирургической стоматологии
и челюстно-лицевой хирургии
с пластической и реконструктивной
хирургией головы и шеи

Заведующий кафедрой

д. мед. н. Аветиков Д.С.



МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ
ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ
ВО ВРЕМЯ ПОДГОТОВКИ К ПРАКТИЧЕСКОМУ
(СЕМИНАРСКОМУ) ЗАНЯТИЮ

Учебная дисциплина	Хирургическая стоматология
Модуль №	3
Содержательный модуль №	3
Тема занятия	Опухоли меланогенной системы: невус, меланома. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.
Курс	IV
Факультет	Стоматологический

1. АКТУАЛЬНОСТЬ ТЕМЫ.

Эпителиальные опухоли мягких тканей, особенно, такие как невус наблюдаются на амбулаторном приеме очень часто. Обычно они не представляют угрозы здоровью больного, но при определенных условиях способны перерождаться в злокачественную опухоль. К тому же некоторые злокачественные опухоли могут появляться под видом этих новообразований, в первую очередь такая опасная опухоль как меланома. Четкое знание клинических проявлений этой группы опухолей поможет врачу избежать грубых диагностических ошибок.

2. КОНКРЕТНЫЕ ЦЕЛИ:

- 2.1. Анализировать распространенность опухолей меланогенной системы.
- 2.2. Объяснить действие неблагоприятных факторов окружающей среды на течение опухолей меланогенной системы.
- 2.3. Предложить тактику деонтологического подхода к больным с опухолями меланогенной системы.
- 2.4. Классифицировать невусы.
- 2.5. Трактовать данные цитологических и гистологических исследований при опухолях меланогенной системы.
- 2.6. Рисовать схемы плана дополнительных методов исследования при опухолях меланогенной системы.
- 2.7. Проанализировать признаки малигнизации невуса.
- 2.8. Составить план обследования и лечения больных с опухолями меланогенной системы.

3. БАЗОВЫЕ ЗНАНИЯ, УМЕНИЯ, НАВЫКИ, НЕОБХОДИМЫЕ ДЛЯ ИЗУЧЕНИЯ ТЕМЫ (междисциплинарная интеграция).

Названия предыдущих дисциплин	Приобретённые навыки
1. Нормальная анатомия.	Строение челюстно-лицевой области.
2. Топографическая анатомия и оперативная хирургия.	Анатомо-хирургические особенности челюстно-лицевой области и методы оперативных вмешательств на лице.
3. Патологическая физиология.	Етиопатогенетические аспекты возникновения опухолей челюстно-лицевой области.
4. Пропедевтика хирургической стоматологии.	Обследование хирургических стоматологических больных. Методы обезболивания при оперативных вмешательствах в челюстно-лицевой области.

4. ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ ВО ВРЕМЯ ПОДГОТОВКИ К ЗАНЯТИЮ.

4.1. Перечень основных терминов, параметров, характеристик, которые должен усвоить студент при подготовке к занятию:

Термин	Определение
1. Меланин.	Это пигмент кожи человека.
2. Меланоциты.	Это пигментные клетки.
3. Невус.	Это новообразование из пигментных клеток.

4.2. Теоретические вопросы к занятию:

1. Классификация невусов.
2. Клиническая картина невусов лица и шеи.
3. Признаки малигнизации невусу.
4. Особенности лечения невусов и диспансерного надзора за больными с этой патологией.
5. Клиническая картина меланомы.
6. Методы диагностики и дифференциальной диагностики меланомы.
7. Лечение и прогноз при меланоме.

4.3. Практические работы (задания), которые выполняются на занятии:

1. Курация больных с образованиями меланогенной системы кожи лица и шеи.
2. Отработка методик забора материала для цитологического и гистологического исследования.

5. СОДЕРЖАНИЕ ТЕМЫ:

Невус. Это доброкачественное образование развивается из меланоцитов эпидермиса или дермы, бывает врожденным и приобретенным, часто множественным.

Клинически невус проявляется в виде плоского, приподнятого, гладкого или бородавчатого безболезненного образования. Он локализуется чаще на коже лица и шеи, может самостоятельно исчезать, а также озлокачествляться.

Гистологически различают следующие разновидности невусов: пограничный, сложный, внутридермальный, эпителиоидный, внутриклеточный, из баллонообразных клеток, галоневус, гигантский пигментированный, инволюционный, голубой и клеточный голубой.

Пограничный невус встречается редко (до 3,9%) и может переходить в сложный. Сложный невус имеет бородавчатый вид и иногда содержит волосы. Чаще (до 85%) наблюдается внутридермальный невус.

Эпителиоидный, или верстеноклеточный невус (юношеская меланома). Это куполообразное новообразование на коже лица, встречается редко (1%). в основном у детей. Гистологическая картина такого невуса иногда напоминает мела ному, хотя является разновидностью сложного невуса. Невус из баллонообразных клеток клинически проявляется в виде небольшого темно-коричневого узелка с ободком эритемы вокруг него.

Галоневус имеет такое название вследствие наличия депигментированного кольца вокруг узелка красно-коричневого цвета. Обычно это образование не превышает 0,5 см, возможна его спонтанная инволюция.

Гигантский пигментированный невус — врожденное образование, часто поражает лицо, волосистую часть головы (рис. 160). Иногда наблюдаются невусы-сателлиты. Такие невусы представляют собой темнопигментированные волосатые образования, иногда узловатые, наиболее часто озлокачествляются в меланоому.

Инволюционный невус (фиброзная папула носа) является результатом фиброзного перерождения невуса и представляет возвышающееся слабопигментированное образование вблизи крыльев носа.

Голубой невус — это образование в виде ограниченного узла размером до 1,5 см, цвет его соответствует названию. Клеточный голубой невус несколько сходен с голубым, однако может достигать размеров до нескольких сантиметров. Ввиду более тесного расположения многочисленных меланоцитов, что определяется микроскопически, он имеет интенсивную окраску, вплоть до черного цвета,

Невусы в виде плоских пигментированных пятен необходимо дифференцировать от капиллярной гемангиомы. При надавливании на невус изменения ее окраски не происходит, гемангиома кратковременно бледнеет.

Основные признаки озлокачествления невуса: увеличение размера его и степени пигментации, появление воспалительной реакции с гиперемией вокруг «языка пламени», кровоточивость, изъязвление, а также возникновение дочерних образований-сателлитов вокруг пигментированного пятна. Малигнизации часто способствуют травмирование, инсоляция невуса.

Лечение невуса хирургическое, зависит от его размера, локализации и клинических проявлений. Большой невус лица, ведущий к эстетическим нарушениям, иссекают с одномоментной пластикой местными тканями или пересадкой свободного кожного аутоотрансплантата либо применяют поэтапное иссечение.

Невус, даже небольших размеров, подвергающийся постоянной травме (воротником, очками, расческой и др.), удаляют. При появлении признаков активизации роста невуса требуется дополнительная радиоизотопная диагностика, которая позволяет определить доброкачественность или злокачественность процесса. При сохранении доброкачественного характера невуса необходимо провести его иссечение, при этом границы операции должны быть расширены. В последние годы для лечения невусов стали широко использовать криодеструкцию.

Злокачественная меланома. Это высоко злокачественная опухоль, состоящая из аномальных меланоцитов, пигментированных в различной степени. Встречается редко, преимущественно у лиц молодого и среднего возраста. Меланома может возникать первично на

коже или же развивается из предшествующих изменений в виде невуса, предракового меланоза, мсланотического пятна Гетчиисона.

Клиническая картина меланомы разнообразна. Она проявляется в виде пигментированного плоского пятна, грибовидного или папилломатозного разрастания, располагается на узком или широком основании, имеет разные форму и размеры. Поверхность ее гладкая или шероховатая, нередко изъязвляется, консистенция от мягкой до плотноэластичной, отмечается различная степень пигментации, включая беспигментные образования. Меланома обычно не достигает большого размера, так как в ранние сроки метастазирует по лимфатическим и кровеносным путям в кожу, сердце, легкие, приводя к генерализации процесса. Она обладает цикличностью течения. При появлении метастаза процесс как бы затихает, затем через определенный промежуток времени наступает следующая волна метастазирования. Травмирование меланомы способствует быстрому распространению процесса, что обусловлено особенностями гистологической структуры опухоли: меланоциты характеризуются слабым сцеплением между собой (сепарация или сегрегация мсланоцитов), и даже при незначительной травме происходит отрыв клеток (А. И. Пачес).

Меланому диагностируют на основании анамнеза и клинических данных. Однако установить окончательный диагноз не всегда возможно.

В диагностике широко используют радиоизотопное исследование с помощью радиоактивного ^{32}P , а также реакцию лучевой меланурии. Для определения последней проводят исследование мочи после 2—3-кратного облучения опухоли. Возможно также применение термовизнографии.

Для морфологической верификации используют цитологическое изучение мазка или отпечатков с поверхности изъязвившейся опухоли. Не рекомендуется производить соскоб с язвенной поверхности, пункцию и биопсию опухоли, так как незначительная травма ведет к генерализации процесса.

Лечение. В настоящее время применяют комбинированное лечение, заключающееся в предоперационной лучевой терапии с последующим широким иссечением пораженных тканей, отступая не менее чем на 3 см от границ опухоли. Удаление регионарных метастазов осуществляют в виде операции Крайля или фасциально-футлярного иссечения клетчатки шеи в едином блоке с первичным очагом. В последние годы используют метод криодеструкции, а также имеются попытки применения химио- и иммунотерапии.

Прогноз неблагоприятный. Результат лечения зависит от степени инвазивности меланомы. Если опухоль не распространяется за пределы эпидермиса кожи, эффект лучше, чем при инвазии опухолью дермы. Наихудший прогноз отмечается при распространении меланомы в подкожную жировую клетчатку.

6. МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЯ:

А. Задания для самоконтроля:

1. Схемы обследования онкологических больных.
2. Фото пациентов с новообразованиями меланогенной системы кожи головы и шеи.

Б. Задачи для самоконтроля:

1. Больной, 38 лет, обратился к врачу с жалобами на новообразование на грани волосяного покрова и кожи шеи, его постоянную травму одеждой. Объективно: образование до 2 см в диаметре, темнокоричневого цвету, бугристое, признаки воспаления отсутствуют, при пальпации безболезненное, региональные лимфатические узлы не пальпируются.

Какая тактика врача.

(Ответ: удаление невуса в плановом порядке. Диспансерный присмотр на протяжении года)

2. Больная, 24 годов. Обратилась в клинику челюстно-лицевой хирургии с жалобами на "родимое пятно" на боковой поверхности шеи и требованием удалить образование. Объективно: на боковой поверхности шеи слева имеет место образование до 0,5 см в диаметре, плоское, светло-коричневого цвета, безболезненное.

Какие действия врача?

(Ответ: убедить пациентку отказаться от удаления новообразования)

3. Пациент, 57 лет. Жалобы на новообразование правой щеки, боль, кровоточивость. Объективно: в правом щечном участке новообразования бледно-коричневого цвета мягко-эластичной

консистенции с признаками воспаления около основы, слегка болезненное при пальпации, подчелюстные лимфатические узлы справа увеличены безболезненные.

Какая тактика хирурга-стоматолога.

(Ответ: придерживаясь правил врачебной этики и деонтологии направить пациента на консультацию к онкологу)

В. Материалы для тестового контроля. Тестовые задания с одним правильным ответом ($\alpha=II$):

1. Больной 49-ти лет обратился к хирургу-стоматологу с жалобами на наличие "родимого пятна", которое увеличивается в размерах, его лущения, ощущения зуда. Со слов больного, измененная в цвете и размерах участок кожи появился 1 год назад, после травмы ее в момент бритья. При объективном обследовании в подглазничной области слева определяется интенсивно пигментированное пятно коричневого цвета размером до 2 см, с мелкими узлами на поверхности; овальной формы, выступающая над кожей, с признаками лущения, безболезненная при пальпации. Регионарные лимфоузлы увеличены, спаянные с кожей, безболезненные.

Поставьте предыдущий диагноз.

- A . Меланома.
- B. Невус пигментированный.
- C. Невус бородавчатый.
- D. Плоскоклеточный рак.
- E. Папилломатоз.

(Правильный ответ: A)

2. Больной обратился с жалобами на усиление роста опухоли из врожденного невуса на щеке, который достаточно часто травмировался во время бритья. Выявлено бородавчатую пигментированную опухоль размером 1,5 на 1 см. Регионарные лимфатические узлы не увеличены.

Установите предыдущий диагноз.

- A . Плоскоклеточный рак.
- B. Базалиома.
- C. Меланома.
- D. Бородавчатый прерорак.
- E. Воспаление невуса.

(Правильный ответ: C)

3. Больной 47-ми лет обратился к врачу с жалобами на наличие опухоли в правом щечном участке, которая чешется и значительно увеличилась за последнее время. При осмотре выявленная опухоль неправильной формы, размером до 1,5 см, черного цвета, блестящая.

Какой предыдущий диагноз можно установить у больной?

- A . Меланома кожи.
- B. Пигментный невус.
- C. Базалиома кожи.
- D. Рак кожи.
- E. Кожный рог.

(Правильный ответ: A)

Г. Учебные задачи 3-го уровня (нетипичные задачи):

1. Больной, 48 лет, на волосистой части председателя пол года назад заметил увеличение родинки, за помощью обратился впервые. Последние три недели отмечает боль в правом подреберье, снижение массы тела, быстрое наступление усталости на протяжении дня.

Какой патологический процесс можно заподозрить у пациента?

(Ответ: метастазирование меланомы в печенку)

2. Пациентка, 30 лет, заметила, что последний год на коже шеи увеличилось количество родинок. Из анамнеза выяснено, что больная злоупотребляет посещением солярия.

Какая тактика врача?

(Ответ: провести беседу с соблюдением этики и деонтології о возможных осложнениях от данного вида процедур)

3. У пациента, 53 годов, врач заподозрил меланому кожи лица.

Как убедить больного без вреда для его душевного состояния обратиться в онкологическую клинику.

(Ответ: объяснить эту необходимость наличием в онкологической клинике "самого современного оборудования" для проведения дополнительного обследования)

7. ЛИТЕРАТУРА:

Основная литература:

1. Колесов А.А., Воробьев И.Ю. Новообразования мягких тканей. – К., Здоровья, 1991 - 312 с.
2. Маланчук В.О., Копчак А.В. Доброякісні пухлини та пухлиноподібні ураження щелепно-лицевої ділянки та шиї / Навчальний посібник. – К.: Видавничий дім «Асканія», 2008. – 320 с.
3. Пачес А.И. Опухоли головы и шеи. - М.: Медицина, 1997. - 450 с.
4. Сагатбаев Д.С. Опухоли челюстно-лицевой области, 1998. – 206
5. Солнцев А.М., Колесов В.С. Доброкачественные опухоли лица, челюстей и органов полости рта. - Кмев: Здоровья, 1985. - 150 с.
6. Шаргородский А.Г. Атлас опухолей мягких тканей и костей лица. Москва, 1998.-221 с.

Дополнительная литература:

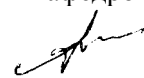
1. Губайдулина Е.Я., Цегельник Л.Н. Опухоли, опухолеподобные поражения и кисты лица, органов полости рта, челюстей и шеи // Хирургическая стоматология . - М.: Медицина, 1996. – С.512-624.
2. Кабаков Б.Д., Ермолаев И.И. и др. Лечение злокачественных опухолей челюстно-лицевой области УМ.: Медицина, 1978. -342 с.
3. Кривопляс А.И., Коломенчук Б.Я. Актуальные вопросы диагностики и лечения злокачественных опухолей челюстно-лицевой области//Вестник стоматологии. - 1994. - №1. - с. 36.
4. Рибалов О.В., Одабашьян А.Я. Онкологія щелепно-лицьової ділянки. – Полтава: АСМІ, 1999. - 114 с.
5. Соловьев М.М. Онкологические аспекты в стоматологии. М: Медицина 1983. – 158 с.

Министерство здравоохранения Украины
Высшее государственное учебное заведение Украины
«Украинская медицинская стоматологическая академия»

«Утверждено»
на заседании кафедры
хирургической стоматологии
и челюстно-лицевой хирургии
с пластической и реконструктивной
хирургией головы и шеи

Заведующий кафедрой

д. мед. н. Аветиков Д.С.



МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ
ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ
ВО ВРЕМЯ ПОДГОТОВКИ К ПРАКТИЧЕСКОМУ
(СЕМИНАРСКОМУ) ЗАНЯТИЮ

Учебная дисциплина	Хирургическая стоматология
Модуль №	3
Содержательный модуль №	3
Тема занятия	Опухоли и опухолеподобные поражения периферических нервов лица. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.
Курс	IV
Факультет	Стоматологический

1. АКТУАЛЬНОСТЬ ТЕМЫ.

Опухоли и опухолевидные поражения периферийных нервов лица встречаются достаточно редко (1,5% от всех опухолей лица), но требуют достаточно основательного дифференциального диагностического подхода и выбор оптимальных методов лечения.

2. КОНКРЕТНЫЕ ЦЕЛИ:

- 2.1. Анализировать причины возникновения опухолей периферийных нервов лица.
- 2.2. Объяснять гистологическое строение опухолей периферийных нервов лица.
- 2.3. Предложить новые этико-деонтологические подходы к проблемам онкостоматологии.
- 2.4. Классифицировать опухоли и опухолевидные поражения периферийных нервов лица.
- 2.5. Трактовать результаты цитологических и гистологических исследований при опухолях периферийных нервов лица.
- 2.6. Рисовать схемы иннервации челюстно-лицевой области.
- 2.7. Проанализировать возможные прогнозы при опухолях и опухолеподобных поражениях периферийных нервов лица.
- 2.8. Составить план обследования и лечения больных с опухолями периферийных нервов лица.

3. БАЗОВЫЕ ЗНАНИЯ, УМЕНИЯ, НАВЫКИ, НЕОБХОДИМЫЕ ДЛЯ ИЗУЧЕНИЯ ТЕМЫ (междисциплинарная интеграция).

Названия предыдущих дисциплин	Приобретённые навыки
1. Нормальная анатомия.	Владеть знаниями иннервации челюстно-лицевой области.
2. Патоморфология.	Знать гистологическое строение опухолей и опухолеподобных поражений периферийных нервов лица.
4. Патологическая физиология.	Знать этиопатогенетические аспекты возникновения опухолей периферийных нервов лица.
3. Пропедевтика внутренних болезней.	Придерживаться медицинской этики и деонтологии при общении с онкобольными.

4. ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ ВО ВРЕМЯ ПОДГОТОВКИ К ЗАНЯТИЮ.

4.1. Перечень основных терминов, параметров, характеристик, которые должен усвоить студент при подготовке к занятию:

Термин	Определение
1. Болезнь Реклинхаузена.	Это нейрофиброматоз.
2. Шванома.	Это нейрофиброма.
3. Криодеструкция.	Это замораживание новообразования жидким азотом.

4.2. Теоретические вопросы к занятию:

1. Этиология и патогенез опухолей и опухолевидных поражений периферийных нервов лица.
2. Классификация опухолей и опухолевидных поражений периферийных нервов лица.
3. Клиническая картина нейрофибромы, нейрофиброматоза лица, травматической невромы.
4. Диагностика и дифференциальная диагностика опухолей и опухолевидных поражений периферийных нервов лица.
5. Методы лечения опухолей и опухолевидных поражений периферийных нервов лица.

4.3. Практические работы (задания), которые выполняются на занятии:

1. Обследовать больного с опухолью, установить диагноз и назначить лечение.
2. Уметь провести пункцию или взять материал для цитологического или гистологического исследования.

5. СОДЕРЖАНИЕ ТЕМЫ:

Эти опухоли и опухолеподобные поражения встречаются редко и составляют менее 1,5 % всех опухолей лица и челюстей. К доброкачественным опухолям относят нейрофибром и нейрилемому (шванному), к опухолеподобным поражениям — травматическую неврому и нейрофиброматоз (болезнь Реклингхаузена), к злокачественным — злокачественную шванному (нейрогенная саркома).

Нейрофиброма развивается из оболочек периферических нервов. Существует мнение, что клетки опухоли имеют нейроэктодермальное происхождение, то есть являются производными нейролеммы (шванновской оболочки); в связи с этим опухоль описывается еще и под названием шванномы, леммомы.

Возникновение ее в области лица и полости рта связано с пороком развития зачатков тройничного или лицевого нерва.

Располагается опухоль по отношению к нерву или моноцентрически (в толще нерва определяется один узел), или полицентрически (в толще нерва определяется ряд узлов, частично соединенных между собой). Нейрофибромы и нейрофиброматоз отмечены в нашей клинике у 1,87% больных, госпитализированных по поводу доброкачественных новообразований челюстно-лицевой области.

Локализуются нейрофибромы чаще всего в толще щеки (уходя обычно своим внутренним полюсом под скуловую кость), в области подбородочных отверстий, виска, языка.

Клиника. В начальной стадии заболевания больной является к врачу с жалобой на наличие болезненной (реже — безболезненной) опухоли, вызывающей асимметрию лица. Болезненная опухоль побуждает, естественно, обращаться к врачу в ранние сроки. Пальпаторно определяется под кожей щеки, подбородка, виска, в языке, плотная, а иногда мягкая опухоль размерами от 1 до 10 см и более. Степень плотности опухоли зависит от удельного веса фиброзных разрастаний: если в опухоли их мало, она мягкая и по своей структуре приближается к невrome. Пальпация нередко вызывает значительные болевые ощущения, иррадиирующие по ходу тройничного нерва.

В более поздней стадии нейрофиброма имеет вид свешивающихся на ножке четко образных мягких полиповидных узлов. Иногда развивается громадная плотная опухоль.

Диагноз основывается на медленном росте опухоли, расположенной по ходу ветвей тройничного или лицевого нерва, плотно-эластической консистенции, гладкой поверхности и болезненности опухоли.

Лечение хирургическое: под местной анестезией производят разрез кожи и подкожной основы сообразно с направлением ветвей лицевого нерва. Затем методом тупой отсепок тканей вылушивают нейрофибром, не повреждая прилежащих разветвлений лицевого нерва. Чтобы легче было ориентироваться в ране относительно границ опухоли, некоторые хирурги вводят в опухоль инъекционную иглу и по ней — 0,2-0,3% водный раствор метиленового синего, который быстро распространяется в пределах опухоли и окрашивает ее, четко обрисовывая. После этого производят инфильтрационную анестезию.

Прогноз благоприятный.

Нейрофиброматоз (болезнь Реклингхаузена). Это врожденное системное образование, характеризующееся симптомокомплексом в виде деформации скелета, наличия на теле пятен кофейного цвета и обезображивания лица. Последнее обусловлено разрастанием периферических нервных волокон и фиброзной ткани, ведущим к избытку кожи и подкожной клетчатки, с потерей тургора и отвисанию их. Часто наблюдается одностороннее поражение головы, лица и шеи, при этом увеличивается и смещается вниз вместе со всеми тканями ушная раковина. При пальпации пораженной ткани отмечаются болезненность и наличие в глубине плотных тяжелей, напоминающих вермишель.

Лечение заключается в поэтапном иссечении пораженных тканей. Проводят его с целью устранения обезображивания лица.

Травматическая неврома. Локализуется по переходной складке преддверия полости рта соответственно месту выхода подбородочного нерва. Встречается преимущественно у пожилых лиц с полной адентией и атрофией альвеолярного отростка нижней челюсти, пользующихся съемным зубным протезом. Возникновение невром связано с постоянной травмой краем протеза подбородочного нерва у выхода из подбородочного отверстия.

Клинически определяется округло-овальное образование размером до 0,5 см, болезненное, плотноэластической консистенции, располагающееся под слизистой оболочкой переходной

складки с вестибулярной стороны соответственно малым коренным зубам. Диагностируется на основании анамнеза и клинических данных.

Лечение травматической невромы направлено на устранение постоянного раздражения ее краем протеза путем коррекции последнего или прекращения пользования им. Хирургическое лечение обычно не проводят, так как иссечение невромы ведет к потере чувствительности тканей, иннервируемых подбородочным нервом, которая воспринимается больным не менее тягостно, чем болезненность самой травматической невромы.

6. МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЯ:

А. Задания для самоконтроля:

1. Фото больных с опухолями и опухолевидными образованиями периферийных нервов лица.
2. Схемы обследования онкостоматологических больных.

Б. Задачи для самоконтроля:

1. Больной, 78 лет, обратился в клинику с жалобами на наличие округлого болезненного образования нижней челюсти по переходной складке, что появилось полгода назад. Год назад пациенту изготовили полный съемный протез. Объективно: лицо симметрично, подчелюстные лимфоузлы не пальпируются. Выраженная атрофия альвеолярного отростка нижней челюсти. На участке правого ментального отверстия болезненное, плотно-эластичное округлое образование до 0,5 см в диаметре.

Какой предыдущий диагноз?

(Ответ: травматическая неврома)

2. Больной, 48 лет, жалуется на болезненную припухлость левой щеки. Объективно: лицо асимметрично за счет припухлости левого щечного участка, кожа без изменений, лимфатические узлы не пальпируются. В толще левой щеки определяется болезненное округлое образование плотно-эластичной консистенции до 5 см в диаметре не спаяно с прилегающими тканями.

Поставьте диагноз.

(Ответ: нейрофиброма)

3. У больного, 68 лет, наблюдается искажение лица и шеи слева за счет отвисания кожи, левой ушной раковины. При пальпации отмечается боль, снижение тургора кожи, плотные тяжи в виде вермишели.

Поставьте диагноз.

(Ответ: нейрофиброматоз (болезнь Реклинхаузена))

В. Материалы для тестового контроля. Тестовые задания с одним правильным ответом ($\alpha=II$):

1. Что является причиной развития нейрофибромы?

- А. Врожденный порок нервов.
- В. Перенесенный неврит.
- С. Травма лица.
- Д. Инфекционные заболевания.
- Е. Этиология не выяснена.

(Правильный ответ: А)

2. Где чаще всего локализуется нейрофиброма?

- А. Язык.
- В. Щека.
- С. Подбородок.
- Д. Скуловая кость.
- Е. Губы.

(Правильный ответ: В)

3. Нейрофиброматоз это болезнь:

- А. Енгля-Реклинхаузена.
- В. Таратынова.
- С. Реклинхаузена.
- Д. Боуена.
- Е. Лыхтенштейна.

(Правильный ответ: С)

Г. Учебные задачи 3-го уровня (нетипичные задачи):

1. Больной, 69 лет, обратился с жалобами на нестерпимые боли в левой половине лица, невозможность пользования протезом. Пациент крайне раздражен. По переходной складке на участке левого подбородочного отверстия определяется образование до 1 см в диаметре.

Какая тактика врача?

(Ответ: провести беседу с пациентом и объяснить необходимость срочного оперативного вмешательства по поводу травматической невралгии)

2. Больной, 56 лет, диагностирована нейрофиброма левой щечной и скуловой области. Пациентка убеждена, что у нее злокачественная опухоль, которая составляет угрозу ее жизни.

Что необходимо сделать врачу.

(Ответ: убедить пациентку обратиться к психотерапевту)

3. У пациента, 67 лет, предварительно диагностирован нейрофиброматоз головы (болезнь Реклингхаузена).

Какие дополнительные обследования необходимо провести для постановки окончательного диагноза?

(Ответ: рентгенографию, ортопантографию, гистологическое исследование новообразования, клинические и биохимические исследования крови и мочи)

7. ЛИТЕРАТУРА:

Основная литература:

1. Доброякісні пухлини та пухлиноподібні новоутворення. Ермолов В.Ф., Колесов А.А., Воробьев И.Ю. Новообразования мягких тканей. – К., Здоровья, 1991 - 312 с.

2. Маланчук В.О., Копчак А.В. Доброякісні пухлини та пухлиноподібні ураження щелепно-лицевої ділянки та шиї / Навчальний посібник. – К.: Видавничий дім «Асканія», 2008. – 320 с.

3. Савицкий В.А., Черепанов А.Н. Нейрофиброматоз Реклинггаузена Клиника, диагностика и хирургическое лечение/. - М.: Медицина, 1972.. 250 с

4. Сагатбаев Д.С. Опухоли челюстно-лицевой области, 1998. – 206

5. Солнцев А.М., Колесов В.С. Доброкачественные опухоли лица, челюстей и органов полости рта. - Кмев: Здоровья, 1985. - 150 с.

Дополнительная литература:

1. Губайдулина Е.Я., Цегельник Л.Н. Опухоли, опухолеподобные поражения и кисты лица, органов полости рта, челюстей и шеи // Хирургическая стоматология . - М.: Медицина, 1996. – С.512-624.

2. Доброкачественные новообразования и опухолеподобные образования слизистой оболочки полости рта: Автореф. дис. д - ра. мед. наук -М., 1995. 46 с.

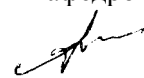
3. Шаргородский А.Г. Атлас опухолей мягких тканей и костей лица. Москва, 1998.-221 с.

Министерство здравоохранения Украины
Высшее государственное учебное заведение Украины
«Украинская медицинская стоматологическая академия»

«Утверждено»
на заседании кафедры
хирургической стоматологии
и челюстно-лицевой хирургии
с пластической и реконструктивной
хирургией головы и шеи

Заведующий кафедрой

д. мед. н. Аветиков Д.С.



МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ
ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ
ВО ВРЕМЯ ПОДГОТОВКИ К ПРАКТИЧЕСКОМУ
(СЕМИНАРСКОМУ) ЗАНЯТИЮ

Учебная дисциплина	Хирургическая стоматология
Модуль №	3
Содержательный модуль №	3
Тема занятия	Эпителиальные и неэпителиальные опухоли слюнных желез. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.
Курс	IV
Факультет	Стоматологический

1. АКТУАЛЬНОСТЬ ТЕМЫ.

Доброкачественные опухоли и кисты слюнных желез являются достаточно сложной патологией челюстно-лицевого участка, которые одинаково часто встречается у мужчин и женщин разного возраста. Даная группа заболеваний имеет разнообразную, часто похожую, клиническую картину, которая нуждается в обстоятельных знаниях у будущих врачей по вопросам этиологии, клиники, диагностики и лечения.

2. КОНКРЕТНЫЕ ЦЕЛИ:

- 2.1.Анализировать клинические проявления эпителиальных и неэпителиальных опухолей слюнных желез.
- 2.2.Этиологические и патогенетические факторы развития опухолевидных образований мягких тканей.
- 2.3.Основные и дополнительные обследования больных с эпителиальными и неэпителиальными опухолями слюнных желез.
- 2.4.Трактовать возникновение и развитие эпителиальных опухолей слюнных желез.
- 2.5.Рисовать схемы, графику классификации эпителиальных опухолей слюнных желез.
- 2.6.Проанализировать классификацию эпителиальных опухолей слюнных желез.
- 2.7.Составить план лечения больных с эпителиальными опухолями слюнных желез.

3. БАЗОВЫЕ ЗНАНИЯ, УМЕНИЯ, НАВЫКИ, НЕОБХОДИМЫЕ ДЛЯ ИЗУЧЕНИЯ ТЕМЫ (междисциплинарная интеграция).

Названия предыдущих дисциплин	Приобретённые навыки
1. Нормальная анатомия.	Выучить анатомическое строение костей лицевого скелета.
2. Гистология.	Приготовить материал для гистологического исследования.
3. Патологическая анатомия.	Описать гистологическую картину опухолевидных образований в костях лицевого скелета.
4. Патологическая физиология.	Знать этиологию и патогенез костей лицевого скелета.
5.Топографическая анатомия и оперативная хирургия.	Определить топографо- анатомическое строение костей лицевого скелета.
6. Пропедевтика хирургической стоматологии.	Провести курацию больных с опухолями костей лицевого скелета.
7. Общая онкология.	Провести дифференциальную диагностику больных с опухолями костей лицевого скелета.

4. ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ ВО ВРЕМЯ ПОДГОТОВКИ К ЗАНЯТИЮ.

4.1. Перечень основных терминов, параметров, характеристик, которые должен усвоить студент при подготовке к занятию:

Термин	Определение
1. Биопсия.	Это прижизненное получение материала для гистологического исследования.
2. Аутопсия.	Это посмертное получение материала для гистологического исследования.

3. Пункционная биопсия.	Это получение материала для гистологического исследования путем пункции новообразования иглой большого диаметра.
4. Инцизионная биопсия.	Это получение материала путем удаления кусочка опухоли в пределах здоровой ткани.
5. Качественное собрание анамнеза заболевания.	Это правильно собранный анамнез жизни и заболевания.

4.2. Теоретические вопросы к занятию:

1. Анатомическое строение зубо-челюстной системы.
2. Эмбриогенез и гистологическое строение слюнных желез.
3. Теории происхождения опухолей слюнных желез.
4. Клиническая картина смешанных опухолей слюнных желез.
5. Диагностика и дифференциальная диагностика смешанных опухолей слюнных желез.
7. Методы лечения смешанных опухолей слюнных желез.
8. Клиническая картина заболевания опухолей слюнных желез.

4.3. Практические работы (задания), которые выполняются на занятии:

1. Овладеть методикой обследования больного с опухолями слюнных желез.
2. Провести курацию больного с полиморфной аденомой.
3. Заполнить амбулаторную медицинскую карточку больного со смешанной опухолью слюнных желез.

5. СОДЕРЖАНИЕ ТЕМЫ:

ПОЛИМОРФНАЯ АДЕНОМА (СМЕШАНА ОПУХОЛЬ)

Клиника. Больные жалуются на постепенное (в течение многих лет) медленное увеличение околоушных или подчелюстных участков, асимметрию лица; реже на появление безболезненной опухоли на небе, губе, щеке. В частных случаях больные отмечают незначительную боль в зоне опухоли. Боль появляется периодически и, как правило, без видимых причин; лишь иногда больные связывают боль с переохлаждением. Объективно: опухоль безболезненна, подвижная, имеет округлую или овально вытянутую форму, холмистую или гладкую поверхность, плотно эластичную консистенцию. Кожа (или слизистая оболочка) над опухолью обычно не изменена. Если опухоль достигла больших размеров, возможно появление язв слизистой оболочки.

МОНОМОРФНЫЕ АДЕНОМЫ

Оксифильная аденома

Клиника оксифильной аденомы. Консистенция опухоли плотная, она медленно растет, безболезненная, имеет гладкую поверхность, хорошо инкапсулированная и не бывает спаянная с близлежащими тканями.

Лечение: Вылущивание опухоли вместе с фиброзной капсулой.

Прогноз благоприятен для жизни.

НЕ ЭПИТЕЛИАЛЬНЫЕ ОПУХОЛИ

Аденолимфома

Клиника. Аденолимфома растет медленно, безболезненно, что приводит к асимметрии околоушных областей. Пальпаторная опухоль мягкоэластичной консистенции, с достаточно четкими контурами. С окружающими тканями не спаянная.

Лечение. Радикальная хирургическая экстирпация опухоли с удалением прилегающей части железы. Рекомендуется не ограничиваться простым вылущиванием опухоли, поскольку он никогда не есть полной уверенности в ее доброкачественном характере.

Прогноз в целом благоприятен, однако описанные случаи малигнизации и метастазирование папиллярной кисто-аденолимфомы в легкие.

Диагноз. Диагноз устанавливают на основании клинических, рентгенологических и гистологических данных заболевания. А в последние годы для постановки диагноза применяют цитологическое и цитохимическое исследование.

Дифференциальная диагностика. Дифференциальную диагностику смешанных опухолей необходимо проводить с саркоматозными и раковыми поражениями слюнных желез, для которых характерно значительно быстрое разрастание.

Лечение. Хорошие результаты дает рентгено-хирургический метод лечения смешанных опухолей (какой заключается в том, что опухоль радикально удаляют и в процессе операции проводят близкофокусное облучение рентгеновскими лучами (из одного или нескольких полей - в зависимости от размеров поля). Современные методы операций по удалению смешанных опухолей околоушных слюнных желез обеспечивают сохранение ветвей лицевого нерва.

Метод Редона, который основан сначала на нахождении основного ствола лицевого нерва (между сосцевидным отростком и задним краем ветви нижней челюсти), а затем отыскивают место разделения ствола на основные ветви; препаровку их ведут от центра к периферии.

Метод Ковтуновича-Мухи более удобен, поскольку, во-первых, для нахождения основного ствола лицевого нерва в железе (по Редону) нет никаких познавательных ориентиров; во-вторых, глубина залегания ствола не меньше чем на 2 см; поэтому во время операции образуется глубокая и узкая рана, в которой хирург может легко пересечь нерв.

Осложнения:

1). Временный или стойкий парез или паралич некоторых или всех мимических мышц; если не состоялось пересечение ветвей лицевого нерва, парез исчезает через 1/2-6 месяцев без всякого лечения.

2). Достаточно частым осложнением субтотальной и тотальной паротидэктомии является нарушение чувствительности мочки ушной раковины, связанное с пересечением большого ушного нерва. В участке чувствительность возобновляется в течение первого года после операции, у последних больных она носит стойкий характер.

3). Появление точечной слюнной фистулы, которая вскоре исчезает самостоятельно или под воздействием приема атропина, белладонны или тугого бинтования.

4). Возможно развитие аурикулотемпорального синдрома Фрея: зуд, боль, гиперестезия и гиперемия околоушно-жевательного отдела.

Прогноз. Результаты комбинированного лечения: рецидивы смешанных опухолей околоушной слюнной железы отмечены в 3% больных (наступают они в течение первого года после лечения); параличи всех ветвей лицевого нерва - около 2%: частичные параличи - в 12%, малигнизация.

6. МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЯ:

А. Задания для самоконтроля:

- 1.Анатомия и физиология слюнных желез человека.
- 2.Эмбриогенез и гистологическое строение больших и малых слюнных желез.
- 3.Теории происхождения доброкачественных опухолей слюнных желез.
- 4.Гистологические и клинические классификации доброкачественных опухолей слюнных желез.
- 5.Клиническая картина доброкачественных опухолей слюнных желез.
- 6.Диагностика и дифференциальная диагностика доброкачественных опухолей слюнных желез.
- 7.Методы лечения доброкачественных опухолей слюнных желез.
- 8.Прогноз и осложнения во время и после лечения доброкачественных опухолей слюнных желез.

Б. Задачи для самоконтроля:

1. К стоматологу-хирургу обратился больной 65 лет с жалобами на припухлость в левой половине лица. При осмотре больного было установлено что: в левом околоушном участке отмечается новообразование размером 3х 4 см. При пальпации новообразование имеет плотный характер, безболезненное, с окружающими тканями не спаяно. После проведения контрастного рентгенологического исследования на сиалограмме обнаружено, что нормальный рисунок разветвлений выводного протока резко обрывается на границе с патологическим процессом.

Для какого заболевания характерна такая сиалографическая картина?

Какие еще дополнительные методы обследования нужно провести?

(Ответ: опухоль слюнной железы)

2. К хирургу-стоматологу обратился больной 57 лет с жалобой на асимметрию лица. Объективно: в участке правой околоушной слюнной железы обнаружена безболезненная, подвижная, округлой

формы с холмистой поверхностью опухоль плотно эластичной консистенции. Опухоль имеет тенденцию к медленному увеличению.

Какой предварительный диагноз можно установить в данном случае?

(Ответ: смешанная опухоль)

В. Материали для тестового контролю. Тестовые задания с одним правильным ответом (а=II):

1. Ретенционная киста – это:

А. Опухолоподобное образование, которое возникает при нарушении оттока слюны из железы.

В. Опухолоподобное образование, которое возникает при воспалении слизистой оболочки полости рта.

С. Ретенция киста слюнной железы.

Д. Опухоль выводного протока слюнной железы.

(Правильный ответ: А)

2. Ретенционная киста возникает:

А. На языке.

В. На губе.

С. В подчелюстной слюнной железе.

Д. В околоушной слюнной железе.

(Правильный ответ: В)

3. Ранула - это:

А. Киста подчелюстной слюнной железы.

В. Подъязычной слюнной железы.

С. Околоушной слюнной железы.

Д. Киста губы.

(Правильный ответ: В)

Г. Учебные задачи 3-го уровня (нетипичные задачи):

Больной обратился к хирургу-стоматологу с жалобами на новообразование на нижней челюсти слева. Объективно: кожа над новообразованием не изменена, при пальпации опухоль с окружающими тканями не спаяна, безболезненна.

Какой метод обследования необходимо назначить пациенту?

(Правильный ответ: пункция)

7. ЛИТЕРАТУРА:

Основная литература:

1. Пачес А.И. Опухоли головы и шеи. – М.: Медицина, 1983.

2. Дунаевский В.А., Шеломенцев Ю.А. Предопухоловые заболевания и злокачественные опухоли слизистых оболочек полости рта. – М.: Медицина, 1986.

3. Колесов А.А., Воробьев Ю.И., Каспарова Н.Н. Новообразования мягких тканей и костей лица у детей и подростков. – М.: Медицина, 1989.

Дополнительная литература:

1. Солнцев А.М., Колесов В.С. Доброкачественные опухоли лица, челюстей и органов полости рта. – К.: Здоров'я, 1985. – 150 с.

2. Соловьев М.М. Онкологические аспекты в стоматологии. – М.: Медицина, 1983.

3. Рибалов О.В., Одабаш'ян А.Л., Соколова Н.П., Саяпина Л.М. Онкологія щелепно-лицевої ділянки / Навчальний посібник для студентів та лікарів-інтернів стоматологів.- Полтава; АСМІ, 1999. – 114 с.

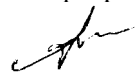
4. Травматологія та онкологія щелепно-лицевої ділянки / Збірник тестових запитань для студентів стоматологічного факультету // О.В.Рибалов, Л.М.Саяпина, І.В.Яценко, О.О.Розколупа: АСМІ, 2002. – 197 с.

Министерство здравоохранения Украины
Высшее государственное учебное заведение Украины
«Украинская медицинская стоматологическая академия»

«Утверждено»
на заседании кафедры
хирургической стоматологии
и челюстно-лицевой хирургии
с пластической и реконструктивной
хирургией головы и шеи

Заведующий кафедрой

д. мед. н. Аветиков Д.С.



МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ
ДЛЯ САМОСТЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ
ВО ВРЕМЯ ПОДГОТОВКИ К ПРАКТИЧЕСКОМУ
(СЕМИНАРСКОМУ) ЗАНЯТИЮ

Учебная дисциплина	Хирургическая стоматология
Модуль №	3
Содержательный модуль №	3
Тема занятия	Кисты слюнных желез. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.
Курс	IV
Факультет	Стоматологический

1. АКТУАЛЬНОСТЬ ТЕМЫ.

Доброкачественные опухоли и кисты слюнных желез являются достаточно сложной патологией челюстно-лицевого участка, который одинаково часто встречается у мужчин и женщин разного возраста. Дана группа заболеваний имеет разнообразную, часто похожую, клиническую картину, которая нуждается в обстоятельных знаниях у будущих врачей по вопросам этиологии, клиники, диагностики и лечения.

2. КОНКРЕТНЫЕ ЦЕЛИ:

- 2.1. Анализировать развитие кист слюнных желез.
- 2.2. Объяснить данные лабораторных и инструментальных методов исследования.
- 2.3. Предложить обследовать пациентов с кистами слюнных желез.
- 2.4. Классифицировать кисты слюнных желез.
- 2.5. Трактовать этиологию, патогенез, классификацию, клинические проявления кист слюнных желез.
- 2.6. Малюватиграфологичну схему занятия.
- 2.7. Проанализировать вне и внутрисиндромную дифференциальную диагностику.
- 2.8. Составить составить план лечения пациента с кистами слюнных желез.

3. БАЗОВЫЕ ЗНАНИЯ, УМЕНИЯ, НАВЫЧКИ НЕОБХОДИМЫЕ ДЛЯ ИЗУЧЕНИЯ ТЕМЫ (междисциплинарная интеграция).

Названия предыдущих дисциплин	Приобретённые навыки
1. Анатомия.	Описывать строение больших и малых слюнных желез человека.
2. Гистология.	Гистологическое строение тканей слюнных желез.
3. Патологическая анатомия.	Подготовить материал для гистологического или цитологического исследование.
4. Патологическая физиология.	Этиология и патогенез кист слюнных желез.
5. Оперативная хирургия и топографическая анатомия.	Топографическую анатомию челюстно-лицевого участка. Принципы оперативных доступов к разным отделам челюстно-лицевого участка.

4. ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ ВО ВРЕМЯ ПОДГОТОВКИ К ЗАНЯТИЮ.

4.1. Перечень основных терминов, параметров, характеристик, которые должен усвоить студент при подготовке к занятию:

Термин	Определение
1. Биопсия.	Это прижизненное получение материала для гистологического исследования.
2. Аутопсия.	Это посмертное получение материала для гистологического исследования.

3.Пункционная биопсия.	Это получение материала для гистологического исследования путем пункции новообразования иглой большого диаметра.
4. Инцизионная биопсия.	Это получение материала путем удаления кусочка опухоли в пределах здоровой ткани.
5.Качественное собрание анамнеза заболевания.	Это правильно собранный анамнез жизни и заболевания.

4.2.Теоретические вопросы к занятию:

- 1.Анатомия и физиология слюнных желез человека.
- 2.Эмбриогенез и гистологическое строение больших и малых слюнных желез.
- 3.Теории происхождения доброкачественных опухолей и кист слюнных желез.
- 4.Гистологические и клинические классификации доброкачественных опухолей и кист слюнных желез.
- 5.Клиническая картина доброкачественных опухолей и кист слюнных желез.
- 6.Диагностика и дифференциальная диагностика доброкачественных опухолей и кист слюнных желез.
- 7.Методы лечения доброкачественных опухолей и кист слюнных желез.
- 8.Прогноз и осложнение под время и после лечения доброкачественных опухолей и кист слюнных желез.

4.3. Практические работы (задания), которые выполняются на занятии:

- 1.Уметь проводить диагностику и дифференциальную диагностику эпителиальных и не эпителиальных опухолей и кист слюнных желез .
- 2.Уметь проводить курацию больного с доброкачественными новообразованиями и кистами слюнных желез, назначать план обследования и составлять план лечения, определить прогноз заболевания, возможные осложнения.
- 3.Развивать творческие способности в процессе теоретических и клинических исследований проблемных вопросов доброкачественных новообразований челюстно-лицевого участка

5. СОДЕРЖАНИЕ ТЕМЫ:

КИСТЫ БОЛЬШИХ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ

Все кисты систематизировали на 4 группы:

- 1) кисты больших и малых слюнных желез, эпителиальное выстилание в которых отсутствует полностью;
- 2) гроздеподобные расширения протоков больших и малых слюнных желез;
- 3) кисты околоушных желез, которые возникают после травмы или операции на них;
- 4) кисты подъязычных желез, которые распространяются в участок поднижнечелюстного треугольника.

Этиология. Причиной образования ретенционной кисты могут быть: травма, воспалительные процессы и врожденные атрезии выводных протоков.

КИСТЫ ПОДЪЯЗЫЧНЫХ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ

Классификация:

- 1) гроздевидные разрастания больших и малых подъязычных протоков;
- 2) кисты паренхимы подъязычных желез.

Клиника. Они не имеют четко выраженной оболочки, которая очень затрудняет их выделение во время операции и объясняет нерадикальность вмешательства, после которого часто бывают рецидивы и последующие «прорастания» кист в клетчатку, расположенную ниже диафрагмы рта.

Кисты, которые распространяются, проникают в околожелезистую клетчатку противоположной стороны и на шею, во многих случаях они приобретают форму «песочных часов», одна часть которого расположена над диафрагмой полости рта, другая - под ней, а промежуточная часть в мускульной щели дна полости рта.

Диагностика. Диагностика ретенционных кист может быть основана на данных исследования пунктату и контрастной сиалографии. Выявление в пунктате птиалина свидетельствует именно о ретенционной кисте слюнной железы, а не о кисте другого происхождения и характера. На сиалограмме можно видеть дефект наполнения железы и тень контрастной массы, которая заполняет кисту; если эта тень является продолжением пролива, по сиалограмме можно установить связь между кистой и протоком.

Дифференциальный диагноз. Дифференцировать слюнную кисту нужно с кистозной полостью, (смешанной, злокачественной) дермоидными и паразитарными кистами.

Лечение может быть консервативным или консервативно хирургическим. Консервативное лечение не связано с операцией, а консервативно хирургическое, хотя и предусматривает ее, обеспечивает, во-первых, сохранение слюнной железы, в которой сформировалась киста, и, во-вторых, сохранение лицевого нерва, если киста локализуется в околоушной слюнной железе.

Прогноз. Оставление же даже небольших участков стенки кисты под слизистой оболочкой дна полости рта всегда угрожает рецидивом.

КИСТЫ ОКОЛОУШНЫХ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ

Кисты околоушных слюнных желез могут быть врожденными, и приобретенными - как следствие obturации основного протока или одного из протоков II—III порядка.

Клиника. В области всей околоушной железы безболезненная при пальпации тестовидная и флюктуозная припухлость, кожа над которой собирается в складку. При легком массажировании области железы слюна из протока не выделяется.

Диагноз. Диагностика должна основываться на пальпации, пункции и контрастной рентгенографии. Дифференцировать кисту околоушной слюнной железы необходимо с кавернозной гемангиомой, при которой с помощью пункции можно обнаружить в каверне кровь. При наличии мягкой липомы пунктата не будет.

Лечение. Оптимальный вариант лечения - удаление кисты хирургическим методом

КИСТЫ ПОДНИЖНЕЧЕЛЮСТНЫХ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ

Если киста образовалась в поднижнечелюстной слюнной железе, то она распространяется из подчелюстного участка на боковую поверхность шеи. При этом в полости рта нет существенного выпячивания и смещения языка, как это бывает при кистах подъязычных слюнных желез.

Лечение. Кисту поднижнечелюстной слюнной железы следует удалять вместе со всей железой из двух причины: 1) оставление ее может послужить причиной рецидива кисты; 2) рецидив кисты приводит, к значительным изменениям во всей слюнной железе.

6. МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЯ:

А. Задания для самоконтроля:

- 1.Обследовать пациентов с опухолями слюнных желез.
- 2.Интерпретировать данные лабораторных и инструментальных методов исследования.
- 3.Провести вне и внутрисиндромную дифференциальную диагностику.
- 4.Составить план лечения пациента с кистами слюнных желез.
- 5.Провести удаление кисты слюнной железы.
- 6.Назначить фармакотерапию пациентам с кистами слюнных желез.

Б. Задачи для самоконтроля:

1. К стоматологу-хирургу обратился больной 65 лет с припухлостью в околоушном участке. После проведения контрастного рентгенологического исследования на сиалограмме обнаружено, что нормальный рисунок разветвлений протоков резко обрывается на границе с патологическим процессом. При пункции получили прозрачную вязкую жидкость.

Для какого заболевания характерна такая сиалографическая картина?

(Ответ: киста околоушной слюнной железы)

2. К хирургу-стоматологу обратился больной 57 лет с жалобой на асимметрию лица. Объективно: в участке околоушной слюнной железы обнаружена безболезненная, подвижная, округлой формы мягкоэластической консистенции. Опухоль имеет тенденцию к медленному увеличению. Функция железы не нарушена.

Какой предыдущий диагноз можно установить в данном случае?

(Ответ: киста околоушной слюнной железы)

В. Материали для тестового контролю. Тестовые задания с одним правильным ответом (a=II):

1. Ретенционная киста возникает:

- A. На языке.
- B. На губе.
- C. В подчелюстной слюнной железе.
- D. В околоушной слюнной железе.

(Правильный ответ: B)

2. Ранула - это:

- A. Киста подчелюстной слюнной железы.
- B. Подъязычной слюнной железы.
- C. Околоушной слюнной железы.
- D. Киста губы.

(Правильный ответ: B)

Г. Учебные задачи 3-го уровня (нетипичные задачи):

1. Больной П., 35 лет обратился к врачу стоматолога с жалобами на припухлость под языком. Объективно: в подъязычной области отмечается новообразование размером 3x4 см прозрачная на вид, при пальпации безболезненная.

Какой предыдущий диагноз можно установить?

(Ответ: ранула подъязычной слюнной железы)

7. ЛИТЕРАТУРА:

Основная литература:

1. Пачес А.И. Опухоли головы и шеи. – М.: Медицина, 1983.
2. Дунаевский В.А., Шеломенцев Ю.А. Предопухолевые заболевания и злокачественные опухоли слизистых оболочек полости рта. – М.: Медицина, 1986.
3. Колесов А.А., Воробьев Ю.И., Каспарова Н.Н. Новообразования мягких тканей и костей лица у детей и подростков. – М.: Медицина, 1989.

Дополнительная литература:

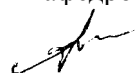
1. Солнцев А.М., Колесов В.С. Доброкачественные опухоли лица, челюстей и органов полости рта. – К.: Здоров'я, 1985. – 150 с.
2. Соловьёв М.М. Онкологические аспекты в стоматологии. – М.: Медицина, 1983.
3. Рибалов О.В., Одабаш'ян А.Л., Соколова Н.П., Саяпина Л.М. Онкологія щелепно-лицевої ділянки / Навчальний посібник для студентів та лікарів-інтернів стоматологів.- Полтава; АСМІ, 1999. – 114 с.
4. Травматологія та онкологія щелепно-лицевої ділянки / Збірник тестових запитань для студентів стоматологічного факультету // О.В.Рибалов, Л.М.Саяпина, І.В.Яценко, О.О.Розколуца: АСМІ, 2002. – 197 с.

Министерство здравоохранения Украины
Высшее государственное учебное заведение Украины
«Украинская медицинская стоматологическая академия»

«Утверждено»
на заседании кафедры
хирургической стоматологии
и челюстно-лицевой хирургии
с пластической и реконструктивной
хирургией головы и шеи

Заведующий кафедрой

д. мед. н. Аветиков Д.С.



МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ
ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ ВО ВРЕМЯ ПОДГОТОВКИ К
ПРАКТИЧЕСКОМУ
(СЕМИНАРСКОМУ) ЗАНЯТИЮ

Учебная дисциплина	Хирургическая стоматология
Модуль №	3
Содержательный модуль №	3
Тема занятия	Одонтогенная опухоль амелобластома (адамантинома). Одонтогенные опухоли и опухолевидные поражения костей лицевого скелета: одонтома, цементома, одонтогенная фиброма. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.
Курс	IV
Факультет	Стоматологический

1. АКТУАЛЬНОСТЬ ТЕМЫ.

Коротко развивается профессиональная значимость темы, сводятся данные, направленные на формирование положительной мотивации ее изучения. Одонтогенная опухоль амелобластома достаточно распространено заболевание челюстно-лицевого участка, среди лиц молодого и среднего возраста. Данная опухоль имеет много клинических и рентгенологически проявлений, что нуждается в тщательном подходе к диагностике. Лечение данной патологии достаточно сложно и ответственно, так как неправильное его проведение может привести к рецидиву процесса и даже к малигнизации.

2. КОНКРЕТНЫЕ ЦЕЛИ:

- 2.1. Анализировать клинические проявления амелобластомы, одонтомы, цементами, одонтогенной фибромы.
- 2.2. Объяснить этиологические и патогенетические факторы развития опухолевидных образований в костях лицевого скелета.
- 2.3. Предложить план обследования больного с диагнозом одонтома, цементама, одонтогенная фиброма.
- 2.4. Классифицировать опухоли костей лицевого скелета.
- 2.5. Трактовать принципы диагностики и лечения опухолевидных образований мягких тканей.
- 2.6. Рисовать графологическую схему занятия.
- 2.7. Проанализировать результаты лабораторных и инструментальных обследований.
- 2.8. Составить план лечения больных с одонтогенными доброкачественными опухолями костей лицевого скелета.

3. БАЗОВЫЕ ЗНАНИЯ, УМЕНИЯ, НАВЫКИ, НЕОБХОДИМЫЕ ДЛЯ ИЗУЧЕНИЯ ТЕМЫ (междисциплинарная интеграция).

Названия предыдущих дисциплин	Приобретённые навыки
1. Нормальная анатомия.	Выучить анатомическое строение костей лицевого скелета.
2. Гистология.	Приготовить материал для гистологического исследования.
3. Патологическая анатомия.	Описать гистологическую картину опухолевидных образований в костях лицевого скелета.
4. Патологическая физиология.	Знать этиологию и патогенез костей лицевого скелета.
5. Топографическая анатомия и оперативная хирургия.	Определить топографо - анатомическое строение костей лицевого скелета.
6. Пропедевтика хирургической стоматологии.	Провести курацию больных с опухолями костей лицевого скелета.
7. Общая онкология.	Провести дифференциальную диагностику больных с опухолями костей лицевого скелета.

4. ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ ВО ВРЕМЯ ПОДГОТОВКИ К ЗАНЯТИЮ.

4.1. Перечень основных терминов, параметров, характеристик, которые должен усвоить студент при подготовке к занятию:

Термин	Определение
1. Биопсия.	Это прижизненное получение материала для гистологического исследования.

2. Аутопсия.	Это посмертное получение материала для гистологического исследования.
3. Пункция биопсийная.	Это получение материала для гистологического исследования путем пункции новообразования иглой большого диаметра.
5. Инцизия биопсия.	Это получение материала путем удаления кусочка опухоли на грани здоровых тканей.

4.2. Теоретические вопросы к занятию:

1. Анатомическое строение челюстно-лицевой системы.
2. Эмбриогенез и гистологическое строение челюстных костей и тканей челюстно-лицевого участка.
3. Теории происхождения амелобластомы, одонтомы, цементомы, одонтогенной фибромы.
4. Гистологические, клинические, и рентгенологически классификации амелобластомы, одонтомы, цементомы, одонтогенной фибромы.
5. Клиническая картина адамантиномы, одонтомы, цементомы, одонтогенной фибромы.
6. Дифференциальная диагностика адамантиномы одонтомы, цементомы, одонтогенной фибромы.
7. Методы лечения адамантиномы, одонтомы, цементомы, одонтогенной фибромы.
8. Прогноз при амелобластоме, одонтоме, цементоме, одонтогенной фиброме.

4.3. Практические работы (задания), которые выполняются на занятии:

1. Овладеть методикой обследования больного с адамантиномой одонтомой, цементомой, одонтогенной фибромой.
2. Провести курацию больного с адамантиномой одонтомой, цементомой, одонтогенной фибромой.
3. Заполнить амбулаторную медицинскую карточку больного с адамантиномой, одонтомой, цементомой, одонтогенной фибромой.

5. СОДЕРЖАНИЕ ТЕМЫ:

Гистологическая классификация по И.И. Ермолаеву (1964), есть девять вариантов микроскопического строения адамантиномы:

1. Наличие эпителиальных образований, которые напоминают строение эмалевого органа.
2. Массивно трабекулярное или альвеолярное строение паренхимы, значительно преобладающей над фиброзной основой.
3. Преобладание крупных онкоцитоподобных клеток, которые есть, вероятно, следствием дистрофичных изменений в эпителии.
4. Эпидермоидна строение эпителиальной паренхимы с выраженным ангиоматозом и ячейками кровоизлияния.
5. Наличие эпителиальных структур в виде тонких, тяготел, что сильно розходятся, «зубообразующие, что напоминают, пластинку».
6. Преобладание массивных тяжей или комплексов из плотно расположенных клеток базального типа без последующей их дифференциации.
7. Наличие конгруэнтно расположенных эпителиальных клеток; похожих с клетками шиловидного слоя, гиалинозом стромы, с образованием шаровидных тел, которые поддаются иногда обызвествлению.
8. Наличие своеобразных аденоматозных эпителиальных структур с накоплением оксифильной субстанции и очагами обызвествления.
9. Мелкие комплексы альвеолярного строения из пигментосодержащих клеток.

Адамантинома (амелобластома) – одонтогенная эпителиальная опухоль, гистологически структура ее паренхимы имеет схожесть со строением ткани эмалевого органа зубного зародыша, в связи с этим название опухоли происходит от слова “эмаль”

Патогенез адамантиномы связанный с происхождением эпителиальных клеток, из которых растет адамантинома. Абрикосов и проч. – из эпителия эмалевого органа зубного зародыша;

Петрова – что эпителий возникает путем метаплазии из соединительной ткани; Malasse, Астахов – из остатков эпителия (островками) в периодонте и кости челюстей; Лукомский, Козирева – что аденокарцинома возникает за счет разрастания и погружения в кость эпителия полости рта или гайморовой пазухи.

Аденокарцинома клинически проявляется постепенно, развивается медленно и неболезненная. Часто впервые оказывается при рентгенологическом исследовании. Пораженная опухолью кость постепенно утолщается, появляется деформация лица. Поверхность утолщенной кости гладкая, но может быть и не ровной. Кожные покровы остаются неизменными. Со стороны полости рта определяются утолщение и деформация альвеолярного отростка, при значительном утончении кости, при пальпации определяется вздутие и деформации кости. Зубы в участке опухоли смещены, слегка подвижные, при перкуссии не болезненные. Нередко в полости рта появляются свищи с серозными гнойными выделениями. Симптомы, связанные со смещением и сдавливанием соседних органов, проявляются в поздних стадиях болезни. Значительное утончение кости ведет к спонтанным переломам и профузным кровотечениям. Регионарные лимфоузлы увеличиваются при присоединении воспаления.

Диагностика затруднена на ранних стадиях болезни. В некоторых случаях, когда амелобластома усложняется воспалительным процессом, местные признаки заболевания могут напоминать острый остеомиелит нижней челюсти или флегмону. Путем пальпации можно определить степень изменения формы нижней челюсти в результате роста амелобластомы. При этом прибегают к обнаружению опухолевидного уплотнения нижней челюсти, которое зависит от локализации и распространения опухоли (тело, угол, ветвь челюсти).

Контуры измененного участка нижней челюсти обычно хорошо выражены, особенно, когда опухоль имеет достаточно большую бугристую поверхность и плотную консистенцию. Поднижнечелюстные регионарные лимфатические узлы при амелобластомах не увеличиваются.

При осмотре полости рта проявляются изменения на стороне поражения нижней челюсти в виде уплотнения (выпячивание) альвеолярного отростка в вестибулярном направлении. Иногда отмечается отек мягких тканей ретромолярного участка, смещения, и подвижность зубов. В этих случаях внешняя кортикальная пластинка альвеолярного отростка и верхняя часть тела нижней челюсти значительно утончается и при нажатии пальцем легко прогибается и пружинит.

Вышесказанное позволяет выделить клинический синдром “тканества” плюса. Под этим синдромом следует понимать те изменения, которые возникают в анатомической зоне челюстного лицевого участка, и их можно визуально обнаружить без дополнительных технических средств.

Важным звеном в постановке диагноза амелобластомы является рентгенография нижней челюсти и цитологическое исследование содержимого опухоли со следующим подтверждением гистоструктуры тканей удаленного новообразования оперативным способом.

Рентгенографию нижней челюсти необходимо проводить в следующих проекциях:

Обзорная рентгенография нижней челюсти (панорамный снимок или затылочно-лобной проекции).

Рентгенография в боковой проекции нижней челюсти. Аксиальная (осевая) рентгенография нижней челюсти. Рентгенография альвеолярного отростка “в прикус” за показаниями.

При обзорной рентгенографии определяется степень и размеры пораженной челюсти патологическим процессом; состояние нижнечелюстного края и латеральной поверхности угла, ветви и тела челюсти.

За рентгенограммами в боковой проекции изучается структура очага, пораженного опухолью, состояние альвеолярного отростка и нижнего края челюсти, а также характер границ в передне-заднем и вертикальном направлениях.

Внеротовая рентгенограмма нижней челюсти в аксиальной проекции является обзорной, и по ней можно судить о распространении и состоянии стенок опухоли в латерально-медиальном направлении.

Аксиальный внутри ротовой снимок “в прикус” дает изображение о состоянии кортикальной пластинки нижней челюсти с язычной и вестибулярной стороны.

Установлено, что рентгенологически амелобластома характеризуется признаками, деструкции, которое соединено из “набуханием” челюстной кости с четкой обрешечкой пораженного участка и своеобразной структурой, которая зависит от патоморфологического строения амелобластомы.

При плотной амелобластомах на рентгенограммах наблюдаются мелкие

кистоподобные поражения, четко очерченные, разделенные грубыми костными перекладинами.

При кистозных формах амелобластомы участка поражения есть или деструктивными, или разделенными костными перегородками, а пределы опухоли могут иметь фестончатые края, иногда плотнящие и склерозированные, с бухто подобным выпячиванием.

Рентгенологически размеры очагов деструкции костной ткани нижней челюсти могут колебаться от 7x5x3 см до 4x3x2 см. В некоторых случаях амелобластома распространяется от угла на всю ветвь и на большую часть тела нижней челюсти.

Форма опухоли (амелобластомы) на рентгенограммах повторяет контуры нижней челюсти. При этом, наряду из “набухания” наблюдается значительное утончение ее стенок в центральной части опухоли а по краю отмечается уплотнение ее стенок в виде четкого ободка склероза кости, что можно объяснить наслоением поврежденных костных трабекул, отдаленных экспансивным ростом новообразования к стенкам челюсти.

Одонтомы чаще встречаются у лиц молодого возраста. Преимущественно возникают на нижней челюсти в участке моляра. Чаще наблюдается у женщин.

Клиника одонтомы растут достаточно медленно, неболезненные. Сформировавшись в определенном возрасте их рост чаще всего останавливается и они не увеличиваются в размерах. В том месте, где находится опухоль, постоянный зуб может быть отсутствует. Если одонтома размещена на месте прохождения нерва, то ее рост сопровождается болезненностью, что иногда симулирует неврологическую симптоматику. Увеличиваясь в размерах, опухоль может прорасти в кость. При травмировании одонтомы зубами – антогонистами возникает ее инфицирование и нагноение с появлением соответствующей клинической симптоматики.

Диагностика одонтомы является рентгенографией. Рентгенографически слюнные камни в подчелюстной железе могут симулировать одонтому нижней челюсти. Для уточнения диагноза необходимо провести рентгенографию мягких тканей дна полости рта и при калькулезном субмаксилите определяем более точную локализацию слюнного камня. Остеома по рентгенплотности может приближаться к одонтоме, но в отличие от последней остеома меньше плотная, более гомогенная и в ней всегда отсутствует полоска просветления по периферии опухоли (нет капсулы).

Лечение заключается в удалении одонтомы вместе с капсулой. Оставленная капсула может служить основой для последующего роста опухоли. Во время удаления одонтомы больших размеров может возникнуть перелом нижней челюсти. Для заполнения значительного послеоперационного дефекта можно использовать биоинертную или биоактивную керамику, которая значительно стимулирует регенераторные процессы в костной ткани. Одонтомы мягка и тверда.

Мягкая (одонтома) – встречается редко, являет собой щільноэластичне образование, на разрезе светло-серая, с отдельными более светлыми участками. Растет медленно, постепенно вызывая вздутия челюстной кости. Чаще наблюдается у молодых людей в период формирования постоянных зубов. Растет экспансивно, но порой имеет инфильтративный рост, дает рецидивы после нерадикальных операций. Возможны случаи перерождения в саркому. Rtg подобная адамантиноме. В опухоли могут быть постоянные зубы или их зародыши. Нередко нарушается кортикальный слой кости.

Твердая одонтома – состоит из твердых тканей зуба, пульпы, периодонту, имеет очень разнообразное строение. Ей свойственное неблагоустроенное размещение ткани зуба (эмаль, сверху дентина и сверху пульпы). Опухоль твердая, округлая или неправильной формы, покрытая капсулой из грубоволокнистой ткани. Есть простые (из ткани 1 – го зубного зачатка), сложные (включают ткани нескольких зубов, порой – сформированы зубы) и кистозные твердые одонтомы. Протекает бессимптомный, оказывается на Rtg или при "прорезывании" опухоли когда слизистая альвеолярного отростка под давлением опухоли взираковується, и на поверхности появляется твердое костеподобное образование, которое принимают за ретенований зуб. Возможно образование нориць с незначительными гнойными выделениями. Твердая одонтома, достигнув определенных размеров, перестает расти, а в ее участке всегда отсутствуют 1 или несколько зубов.

На рентгенограмме опухоль дает округлую тень такой же интенсивности, как ткани зуба. Вокруг опухоли видна капсула из узкой полоски, за которой идет зона склероза кости.

Лечение: вылушивание вместе с капсулой. Небольшие одонтомы которые перебегают без осложнений можно не оперировать. Прогноз благоприятный

Цементома опухоль что являет собой что-то среднее между cemento дисплазией и настоящей опухолью. Некоторые авторы относят к группе одонтом. Сполучнотканинна опухоль, построенная из ткани, подобной цементу зуба. Чаше развивается на нижней челюсти около корня одного или несколько зубов.

Опухоль ограничена капсулой. Развивается медленно, в клинике нет определенных признаков. С ростом опухоли деформируется челюсть, появляются боли в зубах при жевании и пальпации. Вокруг опухоли может развиваться воспалительный процесс. На рентген снимку определяется овальная или неправильной формы однородная плотная тень вокруг или на некотором расстоянии от корня зуба, подобная фиброзной дисплазии.

Цементома состоит из одной или нескольких кистозных полостей, заполненных малоинтенсивной тканью с вкраплениями известки, между которыми полосы неизменной костной ткани. Другой тип рентгенологически проявлений чередования зон пятнастого разжижения и неизменной или плотнящей костной ткани с хаотическим вкраплением извести.

Одонтогенная фиброма встречается достаточно редко и является разновидностью внутренне костных фибром челюстей. Происхождение ее связано с нарушением развития зубного зародыша. При микроскопии опухоли оказываются фиброзная ткань, среди которой содержатся островки клеток зубоутворюющего органа.

Развивается медленно, неболезненная, приводят к утолщению определенного участка челюсти. Зубы в участке опухоли смещаются, корни рассасываются. При пальпации челюсти определяется округлое выбухание плотно эластичной консистенции. Опухоль легко отделяется от окружающей костной ткани. На срезе она серо-белого цвета. Точный диагноз возможен лишь при гистологическом исследовании. Лечение: вылуцивание с капсулой.

6. МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЯ:

А. Задания для самоконтроля:

- 1.Анатомическое строение челюстно-лицевой системы.
- 2.Эмбриогенез и гистологическое строение челюстных костей и тканей челюстно-лицевого участка.
- 3.Теории происхождения амелобластомы, одонтомы, цементомы, одонтогенной фибромы.
- 4.Гистологические, клинические, и рентгенологически классификации амелобластомы, одонтомы, цементомы, одонтогенной фибромы.
- 5.Клиническая картина адамантиномы, одонтомы, цементомы, одонтогенной фибромы.
- 6.Дифференциальная диагностика адамантиномы одонтомы, цементомы, одонтогенной фибромы.
- 7.Методы лечения адамантиномы, одонтомы, цементомы, одонтогенной фибромы.
- 8.Прогноз при амелобластоме, одонтоме, цементоме, одонтогенной фиброме.

Б. Задачи для самоконтроля:

Больному 25 лет, жалуется на опухоль нижней челюсти. Считает себя больным в течение последних 7 месяцев. При обзоре отмечается вздутие челюсти на уровне 36, 37, 38 зубов, опухоль слегка холмиста, плотной консистенции. На рентгенограмме челюсти определяется очаг деструкции с четкими контурами пористой кости. При пункции опухоли получена мутная белесоватая жидкость.

Поставьте предварительный диагноз.

(Ответ: адамантинома нижней челюсти)

В. Материалы для тестового контроля. Тестовые задания с одним правильным ответом (а=II):

1. Синонимом названия опухоли адамантиномы не может быть:

- A. Амелобластома.
- B. Бурая опухоль.
- C. Многокамерная кистома.
- D. Центральная многокамерная кистома.
- E. Цистаденома.

(Правильный ответ: B)

2. Где чаще локализуется адамантинома:

- A. На участке угла и ветви нижней челюсти.
- B. На участке тела нижней челюсти.

- С. Около бугра верхней челюсти.
- Д. В верхнечелюстной пазухе.
- Е. На нёбе.

(Правильный ответ: А)

3. Какие рентгенологически признаки амелобластомы солидной формы:

- А. Разнообразная степень прозрачности тени.
- В. Четкие границы патологического очага .
- С. Не четкие границы очага разжижения.
- Д. Равномерное разжижение кости.

(Правильный ответ: D)

Г. Учебные задачи 3-го уровня (нетипичные задачи):

Мужчина 45 лет обратился с жалобами на новообразование на нижней челюсти. В стационаре проведена операция. Получены гистологически ткани проведено гистологическое описание: строма состоит из соединительной ткани, паренхима с эпителиальными тяжами та цилиндрами и звездчатыми клетками.

Для какого образования характерна такая микроскопическая картина?

(Ответ: амелобластома нижней челюсти)

7. ЛИТЕРАТУРА:

Основная литература:

- 1.Пачес А.И. Опухоли головы и шеи. – М.: Медицина, 1983.
- 2.Дунаевский В.А., Шеломенцев Ю.А. Предопухолевые заболевания и злокачественные опухоли слизистых оболочек полости рта. – М.: Медицина, 1986.
- 3.Колесов А.А., Воробьев Ю.И., Каспарова Н.Н. Новообразования мягких тканей и костей лица у детей и подростков. – М.: Медицина, 1989.

Дополнительная литература:

- 1.Солнцев А.М., Колесов В.С. Доброкачественные опухоли лица, челюстей и органов полости рта. – К.: Здоров'я, 1985. – 150 с.
- 2.Соловьёв М.М. Онкологические аспекты в стоматологии. – М.: Медицина, 1983.
- 3.Рибалов О.В., Одабаш'ян А.Л., Соколова Н.П., Саяпина Л.М. Онкологія щелепно-лицевої ділянки / Навчальний посібник для студентів та лікарів-інтернів стоматологів.- Полтава; АСМІ, 1999. – 114 с.
- 4.Травматологія та онкологія щелепно-лицевої ділянки / Збірник тестових запитань для студентів стоматологічного факультету //О.В.Рибалов, Л.М.Саяпіна, І.В.Яценко, О.О.Розколупа: АСМІ, 2002. – 197 с.

Министерство здравоохранения Украины
Высшее государственное учебное заведение Украины
«Украинская медицинская стоматологическая академия»

«Утверждено»
на заседании кафедры
хирургической стоматологии
и челюстно-лицевой хирургии
с пластической и реконструктивной
хирургией головы и шеи

Заведующий кафедрой

д. мед. н. Аветиков Д.С. 

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ
ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ
ВО ВРЕМЯ ПОДГОТОВКИ К ПРАКТИЧЕСКОМУ
(СЕМИНАРСКОМУ) ЗАНЯТИЮ

Учебная дисциплина	Хирургическая стоматология
Модуль №	3
Содержательный модуль №	3
Тема занятия	Одонтогенные эпителиальные кисты челюстей: радикулярная, зубосодержащая, парадентарная, первичная, фолликулярная, киста прорезывания, десневая. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.
Курс	IV
Факультет	Стоматологический

1. АКТУАЛЬНОСТЬ ТЕМЫ.

Одонтогенные эпителиальные кисты челюстей занимают одну из больших проблем в стоматологии. Для исследования этой проблемы важно проанализировать наблюдение, которые касаются не редких случаев таких заболеваний, а проследить за их особенностями на большом количестве больных, которые находились на лечении в стоматологических учреждениях.

2. КОНКРЕТНЫЕ ЦЕЛИ:

- 2.1. Анализировать этиологические факторы одонтогенных кист челюстей.
- 2.2. Объяснять клиническую картину одонтогенных кист челюстей.
- 2.3. Предложить пути избежания осложнений во время лечения одонтогенных кист челюстей.
- 2.4. Классифицировать одонтогенные кисты челюстей.
- 2.5. Трактовать данные рентгенологических исследований пациентов с одонтогенными кистами челюстей.
- 2.6. Рисовать схемы рентгенологической картины и локализации одонтогенных кист челюстей, оперативных вмешательств при цистотомии и цистэктомии.
- 2.7. Проанализировать преимущества и недостатки разных остеопластических материалов для заполнения дефектов челюстей после удаления одонтогенных кист.
- 2.8. Составить план обследования и лечения пациента с одонтогенными кистами челюстей.

3. БАЗОВЫЕ ЗНАНИЯ, УМЕНИЯ, НАВЫКИ, НЕОБХОДИМЫЕ ДЛЯ ИЗУЧЕНИЯ ТЕМЫ (междисциплинарная интеграция).

Названия предыдущих дисциплин	Приобретённые навыки
1. Анатомия человека.	Знать анатомию верхней и нижней челюсти, кровоснабжения и иннервацию мышц головы и шеи. Определить анатомический участок челюстно-лицевой области.
2. Гистология и патоморфология.	Знать гистологическое строение и морфологическую структуру патологически измененных тканей. Распознавать патологически измененные ткани. Уметь взять материал для патоморфологического исследования.
3. Патологическая физиология.	Знать этиологию и патогенез заболеваний, обмен веществ в патологически измененных тканях. Определить этиологию и патогенез одонтогенных эпителиальных опухолей.
4. Общая хирургия.	Знать методы обработки рук хирурга. Уметь накладывать швы на ткани.

4. ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ ВО ВРЕМЯ ПОДГОТОВКИ К ЗАНЯТИЮ.

4.1. Перечень основных терминов, параметров, характеристик, которые должен усвоить студент при подготовке к занятию:

Термин	Определение
1. Киста.	Это образование с оболочкой и жидкостью внутри.
2. Цистотомия.	Это разрез кисты.
3. Цистэктомия.	Это удаление кисты.

4.2. Теоретические вопросы к занятию:

1. Дать общую характеристику одонтогенным эпителиальным кистам.
2. Какие опухоли мы относим к одонтогенным эпителиальным кистам челюстей.
3. Осложнения, которые возникают при одонтогенных эпителиальных кистах. Перечислить их.

4.3. Практические работы (задания), которые выполняются на занятии:

1. Провести курацию больного с одонтогенной кистой челюстей.
2. Подобрать инструментарий для проведения оперативного вмешательства цистотомии и цистэктомии, выбрать оптимальный способ обезболивания.

5. СОДЕРЖАНИЕ ТЕМЫ:

Радикулярная киста.

Этиология: причиной является воспалительный процесс в челюсти возле корня зуба.

Клиника: Растет медленно годами, безболезненно долговременное время не заметно для больного. При увеличении кисты за счет накопления в ней продуктов расщепления и трансудата из сосудов оболочки кисты.

При истончении кости отмечается признак "пергаментного хруста" впервые описан Дюпоитреном. В местах полного расщепления кости, отмечается флюктуация. При аспирации содержимого кисты шприцем получаем жидкость светло-желтого цвета, а иногда буроватого. В ней вмещается холестерин, который хорошо видно под микроскопом, а при высыхании простым глазом. Размеры кисты разные с горошину и к куриному яйцу.

Фолликулярная (околокоронковая) киста.

Происхождение кисты происходит первая группа в связи с долговременным хроническим воспалением около корней прорезавшихся молочных или постоянных зубов. Вторая группа развитием зубного фолликула

Клиническая картина похожа с радикулярной кистой. Дифференциальная диагностика основывается на данных рентгеновского снимка, в которой в полости находится зуб, который полностью сформирован.

Ретромолярная (парадентарная) киста.

Располагается в участке угла нижней челюсти. Происхождение их связано с хроническим воспалительным процессом в околозубных тканях и затрудненным прорезыванием зуба «мудрости».

Гингивальная киста - другое название "железа Серра", "жемчужина Епштейна". Чаще оказывается у детей и в преклонном возрасте. Протекает без симптомов. Родители детей принимают ее за преждевременно прорезавшийся зуб. Объективно в виде белесоватой, округлой, плотной, с перламутровым оттенком образования. Не требует специального лечения.

Одонтогенные опухоли, новообразования и опухолевидные процессы относятся к органоспецифическим и встречаются только в челюстных костях. Гистогенез таких заболеваний связан с тканями, из которых формируется зуб.

Соответственно МККО (серия № 5), одонтогенные опухоли, делящиеся на следующие группы и отдельные виды новообразований.

Дифференциальную диагностику проводят с кистозной формой адамантиномы, фолликулярной кистой, одонтогенной фибромой, мягкой одонтомой, острым и хроническим гайморитом, абсцессом и флегмоной, раком и саркомой.

Лечение хирургическое. В 1892 и 1910 годах Партч предложил две методы - цистотомию (Партч - I) и цистэктомию (Партч - II).

Цистотомия используется очень редко, суть ее в том, что из полости кисты создается дополнительная бухта полости рта. Эта операция показана при наличии кисты больших размеров, удаление которой угрожает ранением сосудов или нервов, переломом ли нижней челюсти. Кроме того она используется у пациентов преклонных лет, слабых больных, у детей с молочным прикусом. Ее преимуществами является простота, незначительная травматизация, исключение возможности рецидива. Недостатком цистотомии является длительный срок наличия полости.

Цистэктомия - полное удаление оболочки кисты с дальнейшей зашивкой раны наглухо. Преимущества операции в том, что при ней отсутствующая необходимость длительного послеоперационного ухода за раной. В возможности ускорения репаративных процессов.

Недостатками операции являются случайная травматизация сосудов и нервов, проникновение в гайморовую полость, возможность рецидива процесса, повреждения соседних зубов.

6. МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЯ:

А. Задания для самоконтроля:

1. Схемы оперативного вмешательства при цистотомии и цистэктомии.
2. Рентгенограммы пациентов с одонтогенными кистами челюстей.
3. Фото пациентов с одонтогенными кистами челюстей.

Б. Задачи для самоконтроля:

1. При рентгенологическом обследовании на рентгенограмме в проекции верхушки корня 27 зуба

наблюдается деструкция костной ткани круглой формы с четкими ровными краями размером 0,7x0,7 см.

Поставьте диагноз.

(Ответ: кистогранулема)

2. При обзоре больного выявлена деформация альвеолярного отростка верхней челюсти в пределах 22, 24 зубов. 23 зуб отсутствует. Переходная складка в пределах этих зубов сглаженная, слизистая оболочка бледно-розового цвета, при пальпации плотной консистенции, не болезненная. На рентгенограмме 22, 24 зубов отмечается деструкция костной ткани округлой формы с четкими ровными границами. В проекции этой деструкции находится коронка зуба.

Поставьте диагноз.

(Ответ: фолликулярная киста)

3. Мужчина 35 лет обратился с жалобами на утолщение альвеолярного отростка верхней челюсти. Предыдущий диагноз: радикулярная киста верхней челюсти.

Что будет выявлено во время пункции альвеолярного отростка в области "утолщения" в пунктате?

(Ответ: желтоватая жидкость)

В. Материалы для тестового контроля. Тестовые задания с одним правильным ответом ($\alpha=II$):

1. Какое название имеет ясеневая киста в других источниках?

A. «Жемчужина Епштейна».

B. Адамантинома.

C. Периостальная киста.

D. Парадентарная киста.

E. Фолликулярная киста.

(Правильный ответ: A)

2. Когда появляется парадентарная киста?

A. В преклонном возрасте.

B. В молодом возрасте.

C. На беззубой челюсти.

D. У младенцев.

E. У подростков.

(Правильный ответ: B)

3. Кисты прорезывания клинически находятся:

A. На апикальной части зуба.

B. Между зубами.

C. Под зубом.

D. В теле челюсти.

E. В ветке челюсти.

(Правильный ответ: C)

Г. Учебные задачи 3-го уровня (нетипичные задачи):

1. У пациента К., 34 годов, установлен диагноз радикулярная киста верхней челюсти, которая проросла в гайморовую пазуху.

Как называется оперативное вмешательство при этой патологии.

(Ответ: радикальная гайморотомия по Калдвелу-Люкку)

2. В клинику обратилась мама младенца 6 месяцев. У ребенка установлен диагноз - десневая киста.

Какая тактика врача.

(Ответ: объяснить маме, что патология не требует лечения)

3. У пациента, 34 годов, выявлена парадентарная киста угла нижней челюсти слева до 5 см в диаметре.

Какое возможное осложнение во время ее удаления.

(Ответ: перелом нижней челюсти)

7. ЛИТЕРАТУРА:

Основная литература:

1. Губайдулина Е.Я., Цегельник Л.Н. Опухоли, опухолеподобные поражения и кисты лица, органов полости рта, челюстей и шеи // Хирургическая стоматология . - М.: Медицина, 1996. – С.512-624.
2. Колесов А.А., Воробьев И.Ю. Новообразования мягких тканей. – К., Здоровья, 1991 - 312 с.
3. Маланчук В.О., Копчак А.В. Доброякісні пухлини та пухлиноподібні ураження щелепно-лицевої ділянки та шиї / Навчальний посібник. – К.: Видавничий дім «Асканія», 2008. – 320 с.
4. Савицкий В.А., Черепанов А.Н. Нейрофиброматоз Реклингаузена Клиника, диагностика и хирургическое лечение/. - М.: Медицина, 1972.. 250 с
5. Сагатбаев Д.С. Опухоли челюстно-лицевой области, 1998. – 206 с.
6. Солнцев А.М., Колесов В.С. Доброкачественные опухоли лица, челюстей и органов полости рта. - Кмев: Здоровья, 1985. - 150 с.

Дополнительная литература:

1. Губайдулина Е.Я., Цегельник Л.Н. Опухоли, опухолеподобные поражения и кисты лица, органов полости рта, челюстей и шеи // Хирургическая стоматология . - М.: Медицина, 1996. – С.512-624.
2. Корытный Д.Л. Зубные кисты: 'Казахстан, Алма-Ата, 1972. - 141 с. Солнцев А.М., Колесов В.С. Кисты челюстно-лицевой области и шеи. – К., 1982. - 96 с.

Министерство здравоохранения Украины
Высшее государственное учебное заведение Украины
«Украинская медицинская стоматологическая академия»

«Утверждено»
на заседании кафедры
хирургической стоматологии
и челюстно-лицевой хирургии
с пластической и реконструктивной
хирургией головы и шеи

Заведующий кафедрой

д. мед. н. Аветиков Д.С. 

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ
ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ
ВО ВРЕМЯ ПОДГОТОВКИ К ПРАКТИЧЕСКОМУ
(СЕМИНАРСКОМУ) ЗАНЯТИЮ

Учебная дисциплина	Хирургическая стоматология
Модуль №	3
Содержательный модуль №	3
Тема занятия	Первичная костная остеогенная опухоль остеобластокластома. Остеогенные костные опухоли: остеома, остеоидостеома, хондрома, остехондрома, фиброостеома. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.
Курс	IV
Факультет	Стоматологический

1. АКТУАЛЬНОСТЬ ТЕМЫ.

Доброкачественные остеогенные опухоли - достаточно частая патология челюстно-лицевой области. Локализация, форма, структура, течение и размеры разнообразны. В зависимости от их структурных особенностей, локализации, формы, возраста больных рекомендуется то или другое лечение. Знание всех видов и морфологических форм остеогенных опухолей позволит студентам правильно диагностировать их и назначить соответствующее лечение.

2. КОНКРЕТНЫЕ ЦЕЛИ:

- 2.1. Анализировать распространенность костных опухолей лица.
- 2.2. Объяснить причины возникновения остеогенных новообразований челюстно-лицевой области.
- 2.3. Предложить новые подходы в диагностике доброкачественных опухолей головы и шеи.
- 2.4. Классифицировать остеогенные доброкачественные опухоли челюстно-лицевой области.
- 2.5. Трактовать данные рентгенологических и патоморфологических исследований остеогенных опухолей головы и шеи.
- 2.6. Рисовать схемы обследования пациентов с остеогенными опухолями челюстно-лицевой области.
- 2.7. Проанализировать достоверность малигнизации остеогенных опухолей головы и шеи.
- 2.8. Составить план обследования и лечения больных с остеогенными опухолями челюстно-лицевой области.

3. БАЗОВЫЕ ЗНАНИЯ, УМЕНИЯ, НАВЫКИ, НЕОБХОДИМЫЕ ДЛЯ ИЗУЧЕНИЯ ТЕМЫ (междисциплинарная интеграция).

Названия предыдущих дисциплин	Приобретённые навыки
1. Анатомия человека.	Знать анатомию челюстно-лицевой области, кровоснабжения и иннервацию мышц головы и шеи. Определить анатомический участок челюстно-лицевого региона.
2. Гистология и патоморфология.	Знать гистологическое строение и морфологическую структуру патологически измененных тканей. Распознавать патологически измененные ткани. Уметь взять материал для патоморфологического исследования.
3. Патологическая физиология.	Знать этиологию и патогенез заболеваний, обмен веществ в патологически измененных тканях. Определить этиологию и патогенез остеогенных опухолей головы и шеи.
4. Общая хирургия.	Знать методы обработки рук хирурга. Уметь накладывать швы на ткани.

4. ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ ВО ВРЕМЯ ПОДГОТОВКИ К ЗАНЯТИЮ.

Перечень основных терминов, параметров, характеристик, которые должен усвоить студент при подготовке к занятию:

Термин	Определение
1. Остеогенный.	Это тот, который происходит из костной ткани.
2. Хондрогенный.	Это тот, который происходит из хрящевой ткани.
3. Бурая опухоль.	Это остеобластокластома.

4.2. Теоретические вопросы к занятию:

1. Этиология и патогенез остеогенных опухолей ЧЛЮ.
2. Классификация остеогенных опухолей головы и шеи.
3. Клиническая картина остеобластокластома и остеогенных костных опухолей.

4. Диагностика и дифференциальная диагностика остеобластокластомы и остеогенных костных опухолей.

5. Лечение остеобластокластомы и остеогенных костных опухолей ЧЛЮ.

4.3. Практические работы (задания), которые выполняются на занятии:

1. Курация больных с остеогенными опухолями челюстно-лицевой области.

2. Трактовка рентгенограмм и результатов патоморфологических исследований больных с остеогенными опухолями челюстно-лицевой области.

5. СОДЕРЖАНИЕ ТЕМЫ:

Остеобластокластома - доброкачественная опухоль, которая повреждает различные кости скелета. Термин "гигантоклеточная опухоль" предложил Бледгуд (1912), Стюарт (1922) назвал ее "остеокластомой", А.В.Русаков (1924) - "остеобластокластомой", в соответствии с клеточным составом, который ее образует. На сегодня ее считают истинной опухолью, которая, по данным клиники хирургической стоматологии ММСИ, составляет 30% всех костных новообразований. Женщины болеют в 2 раза чаще.

Начальная симптоматика незаметная, но со временем возникает набухание участка челюсти, подвижность зубов в пределах опухоли, наблюдается асимметрия лица. Опухоль увеличивается медленно, безболезненно.

Рентгенологически определяют три разновидности опухоли - ячеистую, которая напоминает амелобластому, кистозную, литическую форму, присущую детям и людям молодого возраста. Для последней формы характерен бесструктурный участок разрежения с разрушением кортикальной пластинки челюсти. На рентгенограмме она напоминает саркому.

Для морфологической верификации проводят пункцию новообразования. Пунктат представляет собой кровянисто-бурую жидкость, в которой отсутствует холестерин. Цитологическое исследование выявляет для опухоли типичную картину клеточного состава. В сомнительных случаях проводят биопсию.

Макроскопически опухоль представлена мягкотканым новообразованием с разветвленной сеткой кровеносных сосудов, которые кровоточат.

Лечение - удаление опухоли в пределах здоровых тканей. При наличии показаний резекцию проводят одновременно с костной пластикой.

Прогноз для жизни благоприятный.

Остеома - доброкачественная опухоль из костной ткани. В зависимости от структуры, различают губчатые и компактные остеомы. Они могут иметь периферическое и центральное расположения. Периферические (внешние) остеомы макроскопически напоминают собой бугорчатые экзостозы. Центральные или внутренние остеомы расположены в кости челюстей. Остеомы челюстей сравнительно подробно описаны в литературе и представляют собой наиболее изученную группу первичных опухолей челюстных костей. Чаще встречаются на язычной поверхности нижней челюсти и в околоносовых пазухах, а также в участке верхних челюстях, лобной пазухе, решётчатом лабиринте, в основной кости.

Клиника остеом мало выражена. Сравнительно с другими опухолями челюстных костей остеомы растут медленно, на протяжении многих лет, а то и десятилетий. Развиваясь с кости челюсти, остеомы вызывают постепенное утолщение соответствующего участка, приводя к деформации челюсти, эстетичным и функциональным нарушениям. Несмотря на большие размеры опухоль не вызывает болезненных ощущений. Симптоматика определяется локализацией, размерами и направлением роста опухоли. Так, остеомы верхней челюсти, которые растут в ее пазухи, могут вызвать экзофтальм, невралгию 1 ветви тройничного нерва, слезотечение, диплопию, сужение поля зрения, снижение остроты зрения, асимметрию лица. Могут наблюдаться явления застоя на дне глазного яблока в связи с давлением на нерв. Ринологические симптомы возникают вследствие закрытия выводных отверстий дополнительных пазух носа и накопления в них секрета, который приводит к образованию мукоцеле.

Остеомы челюстных костей могут вызвать также нарушение жевательной функции, а в случае роста опухоли в нос - нарушение дыхания.

При росте в лобную пазуху возникает атрофия ее перегородки, опухоль заполняет обе пазухи и только тогда может вызвать узуру одной из стенок. Располагаясь в решётчатом лабиринте, остеома прорастает в орбиту.

Остеома лобной кости и решётчатого лабиринта, при прорастании в переднюю черепную ямку, может перфорировать твердую мозговую оболочку. Возникают осложнения в виде абсцесса головного мозга и менингита. Рентгенологическая картина остеом зависит от их строения и локализации. Располагаясь вне кости, остеомы на рентгенограмме имеют вид шароподобного костного образования, ограниченного по периферии кортикальной пластинкой, что является продолжением кортикальной пластинки челюсти. Остеомы имеют губчатое или компактное строение. Опухоль расположена на ножке или на широком основании. В околоносовых пазухах, в частности в верхнечелюстных, остеома представляет собой шарообразной формы плотное костное образование на ножке.

При диагнозе остеомы, в случае ее бессимптомности, больной должен находиться под постоянным наблюдением с осмотром каждые 6 месяцев. Оперативное вмешательство выполняют лишь при наличии патологических симптомов, вызванных ростом остеомы.

Синдром Гарднера - наследственный симптомокомплекс, который проявляется многочисленными остеомами лицевых плоских и трубчатых костей, диффузный полипоз прямой и поперечно-ободочной кишки, опухолями мягких тканей (липомы, фибромы, эпителиальные кисты). Встречаются также сверхкомплектные зубы, одонтомы. Учитывая возможность малигнизации полипов толстого кишечника, проводят диспансерное наблюдение.

Гистологическое изучение остеомы показало, что костное вещество компактных остеом не имеет типичных остеонидных структур и содержит в себе небольшое количество узких центральных костных канальцев.

Губчатая остеома построена из сетки, расположенных нерегулярно костных трабекул с разной степенью зрелости. Между трабекулами наблюдается клеточно-волоконистая ткань. По своему строению губчатая остеома соответствует губчатой кости, но отличается от ней отсутствием регулярно расположенных костных балок. Губчатые остеомы встречаются в челюстях чаще чем компактные.

Диагностика. Губчатые остеомы чаще всего необходимо дифференцировать с фиброзной дисплазией, что иногда даже при гистологическом исследовании сделать тяжело. Последние отличаются от остеомы преимущественно большинством фиброзной остеогенной ткани и небольшим количеством примитивных костных трабекул. Кроме того, при дифференциальной диагностике следует иметь в виду реактивные гиперостозы неопухолевого происхождения и оссифицирующий миозит.

Прогноз при остеомах благоприятный, опухоль не приобретает злокачественный характер.

Лечение остеом только хирургическое. Поскольку остеомы имеют очень медленный (годами), доброкачественный, бессимптомный рост, больные не нуждаются в специальном лечении. Операция показана лишь в тех случаях, когда возникают эстетичные или функциональные нарушения. Оперативное вмешательство включает иссечение опухоли в пределах здоровой кости.

Остеонид-остеома

При рентгенологическом исследовании больных с невралгией тройничного нерва и другими болевыми синдромами лица, в кости нижней челюсти иногда, встречаются одиночные уплотнения шарообразной формы диаметром не больше 1 см. После удаления такого уплотнения боли исчезают. В отличие от опухоли других костей скелета остеонид-остеома челюстей наблюдается, как правило, у людей более зрелого возраста.

Клиническая картина. Больные жалуются на боль. Но при поражении челюстей этот симптом присущий не только остеонид-остеоме. Жалобы больных с остеонид-остеомой нижней челюсти однотипные. При отсутствии деформации боли имеют локальный характер, ноющий, криный или колющий, то постоянный, то приступообразный с короткими ремиссиями. Чаще боли интенсивнее ночью. Эти боли не возникают внезапно, наступает постепенное наложение разных мало выраженных ощущений, которые со временем переходят в четко выраженный болевой синдром. Нередко боли усиливаются во время еды, особенно при локализации опухоли в кортикальной пластинке альвеолярного отростка нижней челюсти. Механизм боли при остеонид-остеоме связывают со склерозом окружающей костной ткани в участке опухоли. Другие авторы считают, что боль является результатом реактивного склероза кости и воспалительных изменений надкостницы. При расположении остеонид-остеомы в губчатом слое слизистая оболочка альвеолярного отростка и окружающие мягкие ткани нижней челюсти не имеют видимых изменений. При локализации в кортикальном слое альвеолярного отростка, на уровне

расположения остеоид-остеомы можно наблюдать незначительное покраснение слизистой оболочки. При пальпации участки поражения определяется нерезко выраженная припухлость.

Рентгенологическая картина остеоид-остеомы нижней-челюсти характерна, особенно на более поздних стадиях болезни. В нижней челюсти опухоль, как правило, располагается в ее боковых отделах, поражая кортикальный слой или губчатое вещество кости. На начальных стадиях болезни остеоид-остеома на рентгенограммах определяется в виде нечеткого, неправильного, шароподобной формы деструкции диаметром 0,5 - 1 см в костной ткани альвеолярного отростка или тела нижней челюсти. Вокруг участка деструкции окружающая кость склерозована.

Микроскопическая картина в разные периоды развития остеоид-остеомы различная. В начале заболевания опухоль состоит из мезенхимной ткани, очень богатой клетками, сосудами и имеет остеопластичной функцией. Среди одноядерных клеток типа остеобластов, окружающих остеоидную ткань, иногда встречаются многоядерные клетки типа остеокластов. Позднее, по мере развития болезни, участок остеоидной ткани, так называемое "гнездо", осуществляется и превращается в образование, которые состоит из густо переплетенных, грубых костных балок, а в конечных стадиях процесса имеет вид остеомы.

Лечение остеоид-остеомы хирургическое. Выделяют гнездо опухоли со склеротическими участками окружающей ткани. Возможные рецидивы.

Хондрома

Это доброкачественная опухоль, которая характеризуется образованием зрелого хряща. Локализуется чаще всего в переднем отделе верхней челюсти в виде изолированного солитарного узла. Редчайшие случаи - образование опухоли на нижней челюсти. Есть два вида хондромы: энхондрома - расположенная центрально в глубине челюсти и экхондрома - расположенная на периферии, периостально или юстакортикально, что растет за пределы челюсти. Растет хондрома медленно. Периферическая форма проявляется в виде бугристого, плотного, безболезненного образования, связанного с костью четкими границами. Энхондрома развивается незаметно в глубине кости, приводит к подвижности и смещению зубов в разные стороны. Диагностируется значительно позже, когда опухоль, разрушив кость, прорастает наружу. Слизистая оболочка не меняется. При продолжительном росте возможно превращение хондромы в злокачественную хондросаркому.

Рентгенологически опухоль не всегда имеет четкую характерную картину, связанную с неоднородной её структурой и тем, что она наслаивается на другие костные образования верхней челюсти. Рентгенологически: участок деструкции с четкими границами, есть участки уплотнения и разрежения костной ткани.

Диагноз. Дифференцируют хондрому с остеофибромой, амелобластической фибромой. Макроскопически хондрома имеет вид хрящевого образования плотной консистенции с участками миксоматоза и некроза. Микроскопически она состоит из гиалинового хряща, в котором неравномерно расположенные хрящевые клетки. Отсутствие полиморфизма и митозов отличает ее от хондросаркомы.

Лечение. Оперативное.

Прогноз для жизни благоприятный в случае своевременного удаления опухоли.

Остеохондрома (костно-хрящевой экзостоз)

Это доброкачественное образование, покрытое хрящом, локализуется на суставной головке нижней челюсти. Описывают его под разными названиями: гипертрофия, гиперплазия, остеома суставной головки. Встречается редко, составляет 3,4 % всех костных новообразований ЧЛЮ.

В начальном периоде заболевания возникают хруст или неприятные ощущения в участке одного височно-нижнечелюстного сустава. Постепенно (на протяжении 1-2 лет), растёт, появляется деформация лица, отмечается взрывания костного характера в участке пораженного сустава, не связанное с кожей, безболезненное, ограниченное. Нарушается прикус, становятся затрудненными откусывание и пережевывание пищи. При открывании рта смещение челюсти увеличивается. На рентгенограмме в прямой и боковой проекциях определяют деформацию и увеличение головки сустава нижней челюсти за счет опухоли костного характера.

Дифференциальную диагностику проводят с остеоартрозом, вывихом нижней челюсти, другими опухолями суставного отростка.

Лечение. Резекция части головки нижней челюсти с новообразованием.

Прогноз для жизни благоприятный.

Фиброостеома (осифицирующая фиброма) - это доброкачественная опухоль, встречается только в челюстных костях. Клинически и рентгенологически она похожа на фиброзную дисплазию. Отличается от нее только четкими границами и наличием капсулы. Раньше она рассматривалась как очаговая форма фиброзной дисплазии. Фиброостеома дифференцируют с десмопластической фибромой, амелобластической фибромой, доброкачественной цементобластомой.

Лечение - удаление опухоли с капсулой.

Прогноз для жизни благоприятный.

6. МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЯ:

А. Задания для самоконтроля:

1. Фото больных с остеогенными опухолями ЧЛЮ.
2. Рентгенограммы больных с остеогенными опухолями челюстно-лицевой области.

Б. Задачи для самоконтроля:

1. Мужчине 48 лет во время санации полости рта сделан рентгеновский снимок нижней челюсти. Выявленная деструкция костной ткани с ровными четкими пределами в участке угла нижней челюсти, не связанная с корнями зубов. При диагностической пункции полученный экссудат коричневого цвета, без кристаллов холестерина.

Какой предыдущий диагноз?

(Ответ: остеобластокластома)

2. Больная 35 лет жалуется на боль в зубах и утолщение тела нижней челюсти. Объективно: лицо больной асимметрично за счет утолщения нижнего отдела левой щеки. 36 зуб отсутствует. Коронки 35 и 37 конвергируют. Левая половина тела нижней челюсти веретенообразно вздута, пальпаторно - достаточно твердая, поверхность ее гладкая, безболезненная. На рентгенограмме левой половины нижней челюсти в участке тела - зона деструкции в виде многих мелких кругообразных полостей, отделенных одна от другой костными перегородками. рисунок имеет мелкоочаговый характер. Корни 35, 36 зубов резорбированы на 1/3 своей длины. При пункции - жидкость бурого цвета.

Какой наиболее вероятный диагноз?

(Ответ: остеобластокластома тела нижней челюсти)

3. Больной 24 годов, жалуется на опухоль, которая увеличивается, в участке тела нижней челюсти справа. Болеет в течение 5 месяцев. При обзоре: в участке угла нижней челюсти есть вздутие. Регионарные лимфатические узлы не увеличены. На рентгенограмме определяется деструкция костной ткани на уровне 46, 47, 48 зубов и в участке веток, с четкими контурами, в виде отдельных полостей с костными перегородками. Корни 46, 47, 48 зубов резорбированы.

Поставьте предыдущий диагноз.

(Ответ: остеобластокластома нижней челюсти справа)

В. Материалы для тестового контроля. Тестовые задания с одним правильным ответом (α=Π):

1. При пункции остеобластокластомы получают:

- А. Желтоватую жидкость.
- В. Кровь.
- С. Бурюю жидкость.
- Д. Прозрачную жидкость.
- Е. Гнойный экссудат.

(Правильный ответ: С)

2. Какие кости лицевого скелету чаще поражает хондрома?

- А. Кости носа.
- В. Нижнюю челюсть.
- С. Верхнюю челюсть.
- Д. Лобные кости.
- Е. Скуловые кости.

(Правильный ответ: С)

3. Где локализуется остеохондрома?

- А. Шейные позвонки.

- В. Небный шов.
 - С. Головка ВНЧС.
 - Д. Носовая перепонка.
 - Е. Орбита.
- (Правильный ответ: С)

Г. Учебные задачи 3-го уровня (нетипичные задачи):

1. На рентгенограмме у больной выявлен очаг деструкции костной ткани тела нижней челюсти размерами 3x5 см в виде большого количества малых полостей разной величины и формы, которые разделены перегородками. Во время пункции опухоли получена бурая жидкость. Установлен диагноз остеобластокластома.

Какая форма остеобластокластоми?

(Ответ: ячеистая)

2. Больная П., в 44 г. обратилась с жалобами на припухлость лица в области нижней челюсти справа, и подвижная зубов. Мягкие ткани не измененные, регионарные лимфатические узлы не пальпируются. Альвеолярный отросток и тело нижней челюсти в участке 46, 47, 48 зубов утолщены, при пальпации безболезненное, холмистое, зубы в участке утолщения подвижные. При пункции была получена жидкость бурого оттенка без кристаллов холестерина.

Поставьте предыдущий диагноз.

(Ответ: остеобластокластома)

3.Женщина 56-ти лет обратилась с жалобами на безболезненное новообразование на альвеолярном гребне верхней челюсти слева. Во время осмотра: на ясных в участке премоляра ярко-красная опухоль, которая расположена по оба стороны альвеолярного гребня, опухоль на широкой основе, плотно-эластичной консистенции, безболезненная.

Какой наиболее достоверный диагноз?

(Ответ: периферическая остеобластокластома)

7. ЛИТЕРАТУРА:

Основная литература:

1.Бернадський Ю.Й. Основи щелепно-лицевої хірургії і хірургічної стоматології. К. Спалах, 2003.- 512 с.

2.Маланчук В.О., Копчак А.В. Доброякісні пухлини та пухлиноподібні ураження щелепно-лицевої ділянки та шиї / Навчальний посібник. – К.: Видавничий дім «Асканія», 2008. – 320 с.

3.Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии: В 2-х темах. / Под ред. В.М.Безрукова, Т.Г.Робустовой. - Изд. 2-е, перераб. и доп. - М.: Медицина, 2000. – 776 с.

4.Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. - К.: Червона Рута-Турс, 2004. - 1061 с.

5.Хирургическая стоматология в схемах и таблицах: Учеб. пособие для студентов и врачей-интернов / Г.П.Рузин, А.А. Дмитриева - Харьков: ХГМУ, 2001. - 108 с.

6.Хирургическая стоматология: Учебник / Под ред.Т.Г. Робустовой. - М.: Медицина, 1999. - 576 с.

Дополнительная литература:

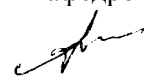
1.Губайдулина Е.Я., Цегельник Л.Н. Опухоли, опухолеподобные поражения и кисты лица, органов полости рта, челюстей и шеи // Хирургическая стоматология . - М.: Медицина, 1996. – С.512-624.

Министерство здравоохранения Украины
Высшее государственное учебное заведение Украины
«Украинская медицинская стоматологическая академия»

«Утверждено»
на заседании кафедры
хирургической стоматологии
и челюстно-лицевой хирургии
с пластической и реконструктивной
хирургией головы и шеи

Заведующий кафедрой

д. мед. н. Аветиков Д.С.



МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ
ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ
ВО ВРЕМЯ ПОДГОТОВКИ К ПРАКТИЧЕСКОМУ
(СЕМИНАРСКОМУ) ЗАНЯТИЮ

Учебная дисциплина	Хирургическая стоматология
Модуль №	3
Содержательный модуль №	3
Тема занятия	Опухолевидные поражения челюстей: фиброзная дисплазия, херувизм, болезнь Энгля-Реклингаузена, болезнь Педжета, эозинофильная гранулёма. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.
Курс	IV
Факультет	Стоматологический

1. АКТУАЛЬНОСТЬ ТЕМЫ.

Опухолоподобные поражения челюстей достаточно мало распространенной патологией челюстно-лицевой области, что одинаково часто встречаются у мужчин и женщин разного возраста. Данная группа заболеваний имеет разнообразную, часто похожую клиническую картину, которая требует основательных знаний будущих врачей вопросов их этиологии, клиники, диагностики и лечения.

2. КОНКРЕТНЫЕ ЦЕЛИ:

- 2.1. Анализировать общность возникновения опухолевидных поражений челюстей.
- 2.2. Объяснить особенности клинического хода опухолевидных поражений челюстей.
- 2.3. Предложить новое виденье распространенности опухолевидных поражений челюстей.
- 2.4. Классифицировать опухолевидные поражения челюстей.
- 2.5. Трактовать данные рентгенографии, цитограмм и данных гистологического исследования при опухолевидных поражениях челюстей.
- 2.6. Рисовать схемы обследования больных с опухолевидными поражениями челюстей.
- 2.7. Проанализировать особенности дифференциальной диагностики опухолевидных поражений челюстей.
- 2.8. Составить план обследования и лечения больных с опухолевидными поражениями челюстей.

3. БАЗОВЫЕ ЗНАНИЯ, УМЕНИЯ, НАВЫКИ, НЕОБХОДИМЫЕ ДЛЯ ИЗУЧЕНИЯ ТЕМЫ (междисциплинарная интеграция).

Названия предыдущих дисциплин	Приобретённые навыки
1. Нормальная анатомия.	Знать строение костей лицевого скелету.
2. Гистология.	Знать гистологическое строение костей лицевого скелету.
3. Патологическая анатомия.	Знать патологоанатомическую характеристику опухолеподобных поражений челюстей и способ забора материала для патогистологического исследования.
4. Топографическая анатомия и оперативная хирургия.	Знать топографическую анатомию челюстно-лицевой области. Принципы оперативных доступов к разным отделам челюстно-лицевой области. Уметь поставить топический диагноз. Ориентироваться в выборе оперативных доступов при лечении опухолевидных поражений челюстей.

4. ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ ВО ВРЕМЯ ПОДГОТОВКИ К ЗАНЯТИЮ.

4.1. Перечень основных терминов, параметров, характеристик, которые должен усвоить студент при подготовке к занятию:

Термин	Определение
1. Остеодистрофия.	Это нарушение структуры кости.
2. Болезнь Педжета.	Это деформирующая остеодистрофия.
3. Деформация.	Это изменение формы органа.

4.2. Теоретические вопросы к занятию:

1. Анатомия костей лицевого скелета.
2. Эмбриогенез и гистологическое строение костей лица.
3. Теории происхождения опухолевидных поражений челюстей.
4. Гистологические и клинические классификации опухолевидных поражений челюстей.
5. Клиническая картина опухолевидных поражений челюстей.
6. Диагностика и дифференциальная диагностика опухолевидных поражений челюстей.
7. Методы лечения опухолевидных поражений челюстей.
8. Прогноз и осложнение во время и после лечения опухолевидных поражений челюстей.

4.3. Практические работы (задания), которые выполняются на занятии:

1. Описать рентгенограммы больных с опухолеподобными поражениями челюстей.
2. Повести практический тренинг из курации больных с опухолевидными поражениями челюстей (ролевая игра "Врач-пациент").

5. СОДЕРЖАНИЕ ТЕМЫ:

ФИБРОЗНАЯ ДИСПЛАЗИЯ

Общие сведения

Впервые фиброзную остеодисплазию выделил В.Р. Брайцев в 1927 г., когда он представил четкое описание морфологической картины заболевания. До этого фиброзная дисплазия описывалась под различными названиями, чаще сего как фиброзная остеодистрофия, односторонняя фиброзная остеодистрофия, фиброкостозная болезнь, фиброостеома и др. В 1938 г. Lichtenstein подтвердил исследования В.Р. Брайцева, и потому теперь этот процесс именуется как опухоль Брайцева — Лихтенштейна.

В классификации А.А. Колесова фиброзная дисплазия отнесена к разряду остеогенных опухолеподобных образований, а Т.П. Виноградовой — к доброкачественным опухолям.

По данным челюстно-лицевой клиники Московского медицинского стоматологического института (А.А. Колесов, 1964), фиброзная дисплазия встречается у 7.8% больных с поражением челюстей опухолями и опухолеподобными образованиями.

Патогенез

Патогенез окончательно не выяснен. По мнению В. Р. Брайцева (1927), Lichtenstein (1938, 1942), Jaffe (1942), в основе фиброзной остеодисплазии лежит нарушение нормального процесса костеобразования, заключающееся в том, что на определенной стадии развития мезенхима дифференцируется не в костную ткань, а в фиброзную.

Клиника

Заболевание проявляется чаще всего в детском и юношеском возрасте, редко — у взрослых. Протекает в течение долгого времени скрыто. Лишь у единичных больных отмечаются болевые ощущения. Нередко заболевание обнаруживается в первые годы жизни. У детей наблюдаются случаи бурного, а также циклического течения. Фиброзная дисплазия встречается в 3-4 раза чаще у женщин, чем у мужчин. Чаще всего проявляется в виде монооссального или же одностороннего полиоссального заболевания. Помимо поражения диафизарных отделов трубчатых костей, бедра, большеберцовой кости, а также плечевых, лучевых костей, локализуется в скелете лица и мозгового черепа. На конечностях проявляется болью, вздутием, деформацией или укорочением, хромотой. Костные разрастания в мозговом и лицевом черепе бывают односторонними и поэтому вызывают значительную асимметрию лица. Излюбленной локализации фиброзной дисплазии в челюстях нет. Сформированный очаг на челюсти выглядит как костное вздутие или неравномерная бугристость кости. Если «опухоль» локализуется у края орбиты, появляется симптом выпячивания глазного яблока из деформированной и суженной глазницы. Это приводит к одностороннему «львиному» обезображиванию черепа. На нижней челюсти у детей может иметь место как диффузное поражение всей челюсти, так и изолированное вовлечение в процесс лишь одной суставной головки. При поражении нижней челюсти функция ее, как правило, не страдает, рот открывается свободно, жевание остается безболезненным.

В некоторых случаях полиоссальной фиброзной остеодисплазии имеет место (преимущественно у девочек) синдром Олбрайта, характеризующийся наличием не только костных изменений, но и преждевременным половым созреванием, пигментными пятнами на коже, которые создают впечатление географической карты. Локализуются они, главным образом, на животе, спине, ягодицах, боковой поверхности туловища, промежности и бедрах. Shira с соавт. (1975) наблюдал фиброзную дисплазию нижней челюсти с клиническими проявлениями в виде эпизодического роста опухоли, самопроизвольной боли, припухлости, лихорадки, увеличения СОЭ. Проводимая антибиотикотерапия давала только кратковременный эффект. Из очагов поражения высеяны грамположительные микроорганизмы, которые, по мнению авторов, являются присоединившейся флорой. Аналогичную картину мы наблюдали при фиброзной остеодисплазии ветвей челюсти, когда родители для лечения у ребенка воспаления в околоушной области долгое время применяли тепловые процедуры. В таких случаях чрезмерность тепловых процедур может вести даже к абсцедированию, образованию свища, после чего больного начинают ошибочно лечить по поводу хронического остеомиелита ветви челюсти.

Диагноз

Рентгенологическая картина фиброзной дисплазии полиморфна. Это обусловлено тем, на какой фазе развития нормальной кости наступило извращение остеогенеза и какой морфологический компонент преобладает в момент обследования. Кроме того, картина поражения зависит и от того, на какой челюсти (верхней или нижней) оно локализуется. Так, на нижней челюсти, особенно у детей, чаще встречаются изменения ячеистого характера на фоне увеличения и вздутия кости. Эти изменения могут быть как одно-, так и двусторонними, симметричными. В одних случаях отмечается преобладание неравномерного уплотнения кости, в других — довольно четко очерченный дефект костного вещества овальной формы или диффузное чередование участков поражения костной ткани с очагами уплотнения.

На верхней челюсти поражение всегда одностороннее, чаще достигающее значительной степени плотности и облитерации верхнечелюстной пазухи, вплоть до полного исчезновения ее. Однако могут быть, наоборот, случаи увеличения верхнечелюстной пазухи и затемнения ее, на фоне которого видна более интенсивная тень вдающегося в полость мягкотканного образования, иногда с замыкающей костной «скорлупой» по краю его. На фоне диспластических очагов рассасывание корней зубов не наблюдается. Определяемые иногда на рентгенограмме периостальные наслоения при диффузной форме дисплазии нижней челюсти нередко наводят на ошибочную мысль об остеогенной саркоме или хроническом остеомиелите челюсти.

При всех формах фиброзной остеодисплазии отсутствуют какие-либо общие биохимические изменения в организме; в частности, уровень кальция и фосфора в плазме крови, как правило, не изменяется. Лишь у некоторых больных замечено увеличение кальция и уменьшение фосфора крови.

Течение хроническое, длительное, но доброкачественное. Лишь в некоторых случаях наблюдается озлокачествление патологического очага с превращением его в веретенообразную, круглоклеточную, полиморфноклеточную саркому или фибросаркому.

Патологическая анатомия. Макроскопически фиброзная дисплазия выглядит разнообразно; чаще всего имеет вид крошащейся ткани, наподобие костных размягченных пластинок, между которыми находится серая или бурая мягкая ткань. У некоторых больных «опухоль» имеет серый цвет, упругую консистенцию либо отличается мясистым видом; иногда ткань выглядит ослизненной и неомогенной. Микроскопически: разрастание патологической остеогенной ткани, в которой могут преобладать коллагеновые волокна с вытянутыми клетками типа фибробластов или же рыхло расположенные нежные коллагеновые волокна со звездчатыми или округлыми клетками. Среди них примитивно построенные костные балочки, окаймленные остеобластами, слабо обызвествленные, сохраняющие примитивную структуру. Количество их может быть различным даже у одного и того же больного в одной и той же кости — от единичных до густой сети типа остеомы. Все это позволяет хирургу в одних случаях вычерпать ложкой измененную ткань, а в других — вылущить с применением некоторого усилия.

Дифференциальный диагноз

Фиброзную дисплазию необходимо дифференцировать с генерализованной фиброзной остеодистрофией (болезнь Энгеля-Реклингаузена), остеобластокластомой, саркомой, кистами, хроническим остеомиелитом челюсти и др. Первые два заболевания отличаются, во-первых, тем, что при них имеет место большое количество остеокластов, остеокластическая резорбция кости, кровяные «озера» и «заболачивание кости» с образованием кист; всего этого нет при фиброзной остеодисплазии. Во-вторых, генерализованная фиброзная остеодистрофия развивается в нормально развитой кости, в то время как фиброзная дисплазия является врожденным нарушением процесса костеобразования. В третьих, при болезни Энгеля-Реклингаузена имеет место гиперкальциемия.

Для остеогенной саркомы характерным является быстрое развитие и разрушение коркового вещества, а также периостальные разрастания — появление «козырька Бредена» и спикул.

Хондросаркома хотя и протекает более медленно, но локализуется чаще в переднем отделе верхней челюсти и шейке суставных отростков. Сравнительно четко и часто саркому (особенно остеогенную) можно обнаружить при применении радиоиндикационного метода исследования, так как в ней более активно фиксируется радиоактивный фосфор.

Одонтогенная киста отличается светло-янтарным пунктатом с примесью кристаллов холестерина и более четкими контурами дефекта на рентгенограмме.

От хронического остеомиелита челюсти фиброзную остеодисплазию отличает то, что при остеомиелите в анамнезе будет указание на имевшееся острое начало заболевания, а дисплазия начинается исподволь, медленно прогрессируя, обычно незаметно для больного. Когда появляется

асимметрия лица в результате диспластического увеличения челюсти (обычно в области ветви нижней челюсти) на фоне некоторых болевых ощущений, больные (или родители больных детей) применяют тепловые процедуры, что приводит вначале к застойным, а затем — воспалительным явлениям в коже и подкожной основе, провоцируя этим постановку диагноза остеомиелита челюсти. Однако, указанные особенности анамнеза о начале заболевания и типичная для дисплазии рентгенологическая картина, при отсутствии внутриротовых или наружных свищей, помогают установить диагноз фиброзной остеодисплазии. Гистологическое исследование рассеивает всякие сомнения.

Лечение

Лечение фиброзной остеодисплазии хирургическое — выскабливание. Возникший дефект челюсти постепенно замещается костной тканью. Некоторые авторы при фиброзной дисплазии нижней челюсти применяют радикальную операцию, состоящую в частичной субпериостальной резекции нижней челюсти с одновременной костной пластикой. Нам представляется это допустимым лишь у взрослых больных при условии резкой деформации лица. Лучевая терапия при фиброзной дисплазии положительного результата не дает.

ХЕРУВИЗМ

Херувизмом называется одна из разновидностей диспластического поражения нижней челюсти, характеризующегося симметричным вздутием кости в области обоих ее углов. В результате этого лицо приобретает почти квадратную и одутловато-округлую форму, подобную лицу херувима.

Патогенез

Патогенез заболевания изучен недостаточно, однако большинство авторов склонно относить его за счет нарушения костеобразования под влиянием неврогенных и инкреторных факторов. Отмечается передача болезни по наследству, что дало повод к появлению весьма выразительных синонимов: «семейная поликистозная болезнь», «семейная фиброзная дисплазия», «семейная двусторонняя гигантоклеточная опухоль челюсти».

Клиника

Болезнь начинается вскоре после рождения или в 1,5-3 года; развивается медленно, безболезненно, достигая четкой картины к 15-18 месяцам. Обычно родители и окружающие не видят патологии, относят деформацию лица за счет упитанности ребенка.

В период полового созревания болезнь прогрессирует, вызывая болевые ощущения, а по окончании этого периода процесс приостанавливается, размеры углов челюсти постепенно уменьшаются, лицо приобретает более нормальные очертания. Процесс может претерпеть обратное развитие. По данным В.В. Рогинского, в половине случаев при херувизме у детей обнаруживается увеличение не только нижней, но одновременно и верхней челюсти.

Пальпаторно в области углов нижней челюсти определяются куполообразные вздутия; внутренняя поверхность нижней челюсти при этом не изменяется.

Характерной особенностью херувизма является либо нарушение закладки зубных зачатков (что проявляется впоследствии в той или иной степени выраженной адентией), либо нарушение сроков прорезывания, формы и локализации уже прорезавшихся зубов.

Диагноз

Рентгенологически определяется кистозное поражение челюсти (границы «кист» с возрастом становятся нечеткими, а число их уменьшается). Нижнечелюстная кость вздута, истончена, а впереди углов имеет нормальную структуру.

Гистологически видны широкие поля клеточно-волокнистой фиброзной ткани, среди которой множество узелков из скоплений гигантских многоядерных клеток типа остеокластов, что приводит нередко к ошибочной постановке диагноза остеобластокластомы или гиперпаратиреоидной фиброзной остеодисплазии. Однако в отличие от остеобластокластомы при херувизме нет главного ее компонента — пролиферирующих остеобластов. Если гистологическое исследование проводится в стадии обратного развития херувизма, в области патологического очага видны образующиеся костные балочки, которые со временем станут более мощными и заместят диспластический дефект в кости.

Лечение

Лечение консервативное: достаточно лишь наблюдать за больным, так как с возрастом болезнь регрессирует, лицо обретает нормальную форму. В детском возрасте необходима ортодонтическая помощь; взрослым по показаниям изготавливаются протезы.

Прогноз

В детском возрасте хирургическая помощь неэффективна, так как через 1-2 года наблюдаются рецидивы. Однако иногда приходится уступать настойчивым требованиям больного, которого угнетает квадратная форма лица, и устранять деформацию хирургическим путем (через разрезы, окаймляющие углы челюсти).

ДЕФОРМИРУЮЩИЙ ОСТОЗ (БОЛЕЗНЬ ПЕДЖЕТА, ДЕФОРМИРУЮЩАЯ ОСТЕОДИСТРОФИЯ)

Общие сведения

В 1877 г. Peget описал редкое и своеобразное заболевание скелета, которое считал хроническим воспалительным процессом и назвал его *osteitis deformans*. Начиная с работ Stenholm (1924), это заболевание, как и болезнь Энгеля-Реклингаузена, ученые начали относить не к воспалительным, а к остеодистрофическим процессам, считая их разновидностями одного и того же страдания. Однако в 1932 г. Schmort установил, что эти заболевания должны различаться как в этиологическом, так и патологоанатомическом отношении: при болезни Педжета костное вещество имеет совершенно другую структуру, чем при болезни Энгеля-Реклингаузена.

Этиология и патогенез

Этиология и патогенез болезни Педжета выяснены недостаточно. Попытки связать ее с сифилитической инфекцией, ревматизмом, эндокринными заболеваниями, травмой, антигенными влияниями, конституциональной неполноценностью скелета и его перегрузкой не получили всеобщего признания. Более достоверным следует признать предположение А. В. Русакова о том, что болезнь Педжета относится к диспластическим процессам, близким к опухолям, а возможно, и представляет собой своеобразную костную опухоль. В основе такой точки зрения лежат данные о непрерывной функциональной перестройке кости, в процессе которой происходит не только разрушение, но и рост ее, напоминающий рост опухоли.

Микроскопическая картина болезни Педжета свидетельствует об усиленной патологической перестройке кости: появляется множество так называемых линий склеивания, где процесс рассасывания кости приостанавливается, а в последующем происходит напластывание нового костного вещества. Бесконечная смена этих двух процессов, протекающих вне физиологических границ, обуславливает характерную макро- и микроструктуру пораженных костей. Рассасывание происходит при участии остеокластов; образуются глубокие лакуны, костный мозг замещается рыхло-волокнистой тканью разросшегося эндоста. Содержание органических веществ в пораженных костях увеличено, а неорганических — резко уменьшено. На этом фоне нередко развивается остеосаркома.

Клиника

Деформирующий остоз чаще наблюдается у мужчин в возрасте свыше 40 лет, хотя возникает и значительно раньше — в детском или юношеском возрасте. Schmort различает две формы болезни Педжета: монооссальную и полиоссальную. В отличие от болезни Энгеля-Реклингаузена, при полиоссальной форме болезни Педжета никогда не поражаются все кости. Нарушения обычно ограничиваются теми костями, которые несут значительную механическую нагрузку: бедренная, большеберцовая, позвоночный столб, кости мозгового и лицевого черепа. При этом пораженные кости подвергаются резкой деформации. В частности, при поражении лицевых костей возникает типичная деформация: утолщение скуловых костей, западение переносицы, утолщение подбородка. Лицо приобретает сходство с львиной мордой, что дало основание назвать это состояние как *leontiasis ossea*. При этом возможно развитие невралгии ветвей тройничного нерва.

При локализации процесса в мозговом черепе отмечается головная боль, увеличение окружности черепа, которая может достигать 70 см. Постепенно мозговой череп нависает над лицевым. Лицо кажется маленьким, иногда возникает нарушение психики, спутанность сознания.

Диагноз

На рентгенограмме кости, пораженной болезнью Педжета, определяется беспорядочное чередование сравнительно плотных и разрыхленных участков, что напоминает мозаику из хлопьевидных участков, схожих с комками ваты. В ряде случаев можно видеть мелкие кистозные полости; кость утолщена.

Дифференциальный диагноз

Дифференциальный диагноз необходимо проводить с болезнью Энгеля-Реклингаузена, сифилитическим поражением и акромегалией лицевых костей. В связи с этим необходимо помнить, что нарушений общего характера при болезни Педжета не отмечается, в том числе нет изменений в количественном составе кальция и фосфора крови, чем отличается это заболевание от болезни Энгеля-Реклингаузена.

При генерализованной остеодистрофии, как и при болезни Педжета, происходит рассасывание старой и образование новой кости; однако гистологическая разница между ними существенная: при болезни Педжета наряду с разрастанием соединительной и остеоидной тканей имеются гнездные очаги обызвествления новообразованной кости, которые обуславливают деформацию и неровный рельеф пораженной кости. В отличие от гипертиреозной остеодистрофии, при болезни Педжета резко активизируется остеопластическая функция периоста. Кроме того, следует иметь в виду то, что генерализованная остеодистрофия поражает чаще людей более молодых и преимущественно женского пола.

Сифилитическое поражение отличается тем, что оно не вызывает увеличения черепных костей, редко локализуется в эпифизах. Гуммозные деструктивные очаги расположены более субпериостально: периостальная реакция при сифилисе бывает очень часто, а при болезни Педжета — отсутствует.

Акромегалия не сопровождается структурными изменениями костного вещества, как это имеет место при болезни Педжета.

Лечение

Лечение деформирующей остеодистрофии является симптоматическим и паллиативным: для уменьшения головной боли, невралгии тройничного нерва можно применить лучевое лечение. Назначают витаминотерапию, гидротерапию, покой, усиленное питание. Хирургические вмешательства в виде сдвливания резко выступающих частей лицевых костей носят сугубо косметический характер. Производятся они с помощью долота, фрезы или остеотома.

ПАРАТИРЕОИДНАЯ (ГЕНЕРАЛИЗОВАННАЯ) ФИБРОЗНАЯ ОСТЕОДИСТРОФИЯ ИЛИ БОЛЕЗНЬ ЭНГЕЛЯ-РЕК ЛИНГАУЗЕНА

Общие сведения

В 1864 г. Engel описал макроскопическую картину, а в 1891 г. Recklinhausen — микроскопическую характеристику системного заболевания скелета, которое было ими названо фиброзным оститом. Авторы полагали, что в основе данного заболевания лежит воспаление кости, приводящее к замещению костного вещества фиброзной тканью. Однако в 1924 г. Stenholm на основании своих исследований решительно высказался против воспалительной природы заболевания, описанного Engel и Recklinhausen, считая, что эта болезнь имеет в своей основе не воспаление, а дистрофию; поэтому автор предложил именовать ее фиброзной остеодистрофией.

Патогенез

Патогенез заболевания достаточно хорошо изучен А. В. Русаковым (1925), который доказал, что болезнь Энгеля-Реклингаузена — своеобразное эндокринное заболевание, развивающееся в результате опухолевого увеличения и гиперфункции паращитовидной железы; по его мнению, под влиянием избыточной выработки паратиреоидина происходит бурная перестройка в костях скелета. Это дало основание А. В. Русакову предложить новое название болезни — паратиреоидная остеодистрофия, наиболее радикальное средство лечения которой — удаление опухоли околощитовидной железы. Венский хирург Mandl (1926) подтвердил на практике правильность такой патогенетической трактовки заболевания и теоретического обоснования операции, предложенной Русаковым. Однако, по его мнению, в происхождении генерализованной остеодистрофии играет роль не только гиперфункция околощитовидной железы. Это вытекает из того, что в эксперименте введение гормона указанной железы вызывает изменения лишь подобные, но не полностью идентичные всем признакам болезни. Очевидно, есть еще какие-то другие факторы, которые играют роль в ее возникновении.

Патологическая анатомия. Сущность микроскопических изменений при болезни Энгеля-Реклингаузена состоит в следующем: костный мозг подвергается постепенному очаговому рассасыванию и замещению волокнистой соединительной тканью; костные балочки подвергаются лакунарному рассасыванию. Это приводит к образованию костных полостей, истончению коркового вещества и постепенной замене его примитивными костными структурами, неполноценными в механическом отношении, но сохраняющими функциональную направленность. Образующиеся из них костные балочки быстро подвергаются рассасыванию и замещению такими же недолговечными образованиями. В некоторых случаях пролиферация остеогенной ткани протекает настолько бурно, что твердые костные балочки не образуются и происходит разрастание лишь костеобразовательных клеток. Данный процесс приводит к возникновению серозных и кровяных кист. В отличие от процессов, отмечаемых при остеобластокластомах, здесь нет бластоматозного компонента опухоли. В результате быстрой и прогрессирующей декальцинации костей во всем организме наступают характерные изменения: в почках, легких, пищеварительной системе откладываются соли кальция. Развивается картина известкового нефроза, нефрокальциноза, почечных камней, калькулезного пиелонефрита. Известь откладывается в клетках печени, в стенках

артерий конечностей, что может привести к гангрене пальцев. Вследствие усиленной перестройки костей резко возрастает потребность организма в холекальцифероле (витаине D₃), которая не покрывается обычными количествами его в пище.

Клиника

Вначале очаги поражения костной ткани ничем себя не проявляют. Поражения челюстной кости во многом внешне напоминают проявления остеобластокластомы; однако из-за отсутствия активного и отчетливо выраженного бластоматозного процесса кость мало увеличивается в своем объеме или даже совсем не увеличивается.

Более характерным для паратиреоидной остеодистрофии является размягчение и деформация костей без существенного увеличения их объема. Особенно незначительное место имеют внешне заметные изменения при наличии малоактивной опухоли околощитовидной железы.

Диагноз

Постоянным симптомом болезни является гиперкальциемия — повышение содержания кальция в плазме крови до 3.49-4.99 ммоль/л (в норме 2.25-2.74 ммоль/л) и понижение содержания неорганического фосфора до 0.48 ммоль/л (при норме 0.97-1.13 ммоль/л). При пункции можно получить кровь, а если в кости уже сформировалась серозная киста — жидкость без кристаллов холестерина. На рентгенограмме определяется разрежение и истончение не только челюстей, но и других костей.

Дифференциальный диагноз

Дифференциальная диагностика с одонтогенной кистой основывается на том, что киста на рентгенограмме имеет более четкие и ясно определяемые очертания, а при пункции ее можно получить светло-янтарную жидкость с кристаллами холестерина.

Что же касается адамантиномы, саркомы и миксомы челюстей, то решающим фактором в дифференциации их с болезнью Энгеля-Реклингаузена является наличие изменений со стороны крови и других костей при болезни Энгеля-Реклингаузена и отсутствие этих изменений при указанных трех опухолях.

Лечение

Лечение генерализованной остеодистрофии должно быть патогенетическим — оперативное удаление увеличенной паращитовидной железы. Кроме того, следует назначать поливитамины (А, В₁, В₁₂, С, D) в сочетании с общим кварцевым облучением, ионофорезом кальция хлорида в области пораженной челюсти.

Прогноз

Течение болезни хроническое, вялое; описаны лишь отдельные случаи острой паратиреоидной остеодистрофии со смертельным исходом (от интоксикации в связи с массивным поступлением в кровь большого количества паратгормона). При запоздалом лечении прогноз неблагоприятный (возможны переломы различных костей, петрификация почек с развитием нефропатии — почечного камнеобразования, пиелонефрита, петрификация легких, периферических сосудов и т. д.).

6. МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЯ:

А. Задания для самоконтроля:

1. Схемы рентгенологической картины опухолевидных поражений челюстей.
2. Фото больных с опухолеподобными поражениями челюстей.

Б. Задачи для самоконтроля:

1. У больной, 22 годов, выявлено утолщение обеих скуловых костей и подбородка, западение переносицы. Внешний вид лица напоминает "львиную морду". Наблюдается гиперостоз, утолщение и искривление костей скелета.

Какое заболевание можно заподозрить у больной?

(Ответ: болезнь Педжета)

2. Больной, 20 лет, обратился с жалобами на боль в зубах нижней челюсти, ее вздутия, деформацию лица. Объективно: вздутие челюсти безболезненно, плотно, бугристо, мягкие ткани не изменены. Открывание рта свободно, подчелюстные лимфатические узлы не пальпируются.

Какое заболевание можно заподозрить у больного?

(Ответ: фиброзная остеодисплазия нижней челюсти)

3. У больного, 18 лет, выявлена следующая клиническая картина: лицо имеет квадратную форму за счет увеличения на участках углов нижней челюсти, периодические боли в участке углов челюсти.

На рентгенограмме - мелкопетлистая структура кости нижней челюсти на участках их углов. Деформация наблюдается с момента рождения, боли появились около 6 месяцев назад.

Какой диагноз?

(Ответ: херувизм)

В. Материалы для тестового контроля. Тестовые задания с одним правильным ответом ($\alpha=II$):

1. При фиброзной дисплазии поражаются:

- A. Кости лица и мозговой череп.
- B. Только кости лицевого черепа.
- C. Только кости мозгового черепа.
- D. Только челюсти.
- E. Зубные зачатки.

(Правильный ответ: A)

2. Какие основные признаки фиброзной дисплазии?

- A. Односторонние костные разрастания в мозговом и лицевом черепе.
- B. Костные разрастания в мозговом и лицевом черепе всегда двухсторонние и симметричные.
- C. Поражаются преимущественно кости средней зоны лица.
- D. Чаще всего - угол нижней челюсти.
- E. Костные разрастания всегда сопровождаются болевым симптомом.

(Правильный ответ: B)

3. При болезни Педжета поражаются:

- A. Преимущественно трубчатые кости.
- B. Преимущественно плоские кости.
- C. Диафизарные отделы трубчатых костей.
- D. Только кости лицевого скелета.
- E. Только кости мозгового черепа.

(Правильный ответ: B)

Г. Учебные задачи 3-го уровня (нетипичные задачи):

1. У больного, 18 лет, выявлена следующая клиническая картина: лицо имеет квадратную форму за счет увеличения на участках углов нижней челюсти, периодические боли в участке углов челюсти. На рентгенограмме - мелкопетлистая структура кости нижней челюсти на участках их углов. Деформация наблюдается с момента рождения, боли появились около 6 месяцев назад. Установлен диагноз херувизм.

Какой метод лечения необходимо применить?

(Ответ: не требует лечения, кроме настойчивого требования больного)

2. У больного, 34 годов, установлен диагноз болезнь Энгля-Реклинхаузена.

Совместимо с каким специалистом необходимо проводить лечение и диспансерное наблюдение?

(Ответ: эндокринолог)

3. У пациента, 59 лет, выявлена болезнь Педжета в поздней стадии течения с симптомами нарушения речи, снижения интеллекта, резкими головными болями.

С чем связана данная симптоматика?

(Ответ: деформация костей мозгового черепа и постепенное сдавливание головного мозга)

7. ЛИТЕРАТУРА:

Основная литература:

1. Губайдулина Е.Я., Цегельник Л.Н. Опухоли, опухолеподобные поражения и кисты лица, органов полости рта, челюстей и шеи // Хирургическая стоматология. - М.: Медицина, 1996. - С.512-624.

2. Колесов А.А., Воробьев И.Ю. Новообразования мягких тканей. - К., Здоровья, 1991 - 312 с.

3. Маланчук В.О., Копчак А.В. Доброякісні пухлини та пухлиноподібні ураження щелепно-лицевої ділянки та шиї / Навчальний посібник. - К.: Видавничий дім «Асканія», 2008. - 320 с.

4. Савицкий В.А., Черепанов А.Н. Нейрофиброматоз Реклингаузена Клиника, диагностика и хирургическое лечение/. - М.: Медицина, 1972.. 250 с

- 5.Сагатбаев Д.С. Опухоли челюстно-лицевой области, 1998. – 206 с.
6.Солнцев А.М., Колесов В.С. Доброкачественные опухоли лица, челюстей и органов полости рта. - Кмев: Здоровья, 1985. - 150 с.

Дополнительная литература:

- 1.Доброякісні пухлини та пухлиноподібні новоутворення. Ермолов В.Ф.
Доброкачественные новообразования и опухолеподобные образования слизистой оболочки полости рта: Автореф.дис. д - ра. мед. наук -М., 1995. 46 с.
2.Шаргородский А.Г. Атлас опухолей мягких тканей и костей лица. Москва, 1998.-221 с.

Министерство здравоохранения Украины
Высшее государственное учебное заведение Украины
«Украинская медицинская стоматологическая академия»

«Утверждено»
на заседании кафедры
хирургической стоматологии
и челюстно-лицевой хирургии
с пластической и реконструктивной
хирургией головы и шеи

Заведующий кафедрой

д. мед. н. Аветиков Д.С. 

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ
ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ
ВО ВРЕМЯ ПОДГОТОВКИ К ПРАКТИЧЕСКОМУ
(СЕМИНАРСКОМУ) ЗАНЯТИЮ

Учебная дисциплина	Хирургическая стоматология
Модуль №	3
Содержательный модуль №	3
Тема занятия	Опухоли и опухолевидные поражения зародышевого происхождения: бранхиальные, тиреоглосальные кисты, свищи лица и шеи, тератома, бранхиогенный рак. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.
Курс	IV
Факультет	Стоматологический

1. АКТУАЛЬНОСТЬ ТЕМЫ.

Врождённые кисты и свищи лица и шеи являются достаточно распространённой патологией челюстно-лицевой области, что одинаково часто встречаются у мужчин и женщин разного возраста. Данная группа заболеваний имеет разнообразную, часто похожую клиническую картину, которая требует основательных знаний будущих врачей вопросов их этиологии, клиники, диагностики и лечения.

2. КОНКРЕТНЫЕ ЦЕЛИ:

- 2.1. Анализировать клинические проявления врождённых кист и свищей лица.
- 2.2. Объяснить этиологические и патогенетические факторы развития врождённых кист и свищей лица и шеи.
- 2.3. Предложить план обследования больного с диагнозом врождённых кист и свищей лица и шеи.
- 2.4. Классифицировать врождённые кисты и свищи лица и шеи.
- 2.5. Трактовать принципы диагностики и лечения врождённых кист и свищей лица и шеи.
- 2.6. Рисовать графологическую схему занятия.
- 2.7. Проанализировать результаты лабораторных и инструментальных обследований.
- 2.8. Составить схему лечения больных с врождёнными кистами и свищами лица и шеи.

3. БАЗОВЫЕ ЗНАНИЯ, УМЕНИЯ, НАВЫКИ, НЕОБХОДИМЫЕ ДЛЯ ИЗУЧЕНИЯ ТЕМЫ (междисциплинарная интеграция).

Названия предыдущих дисциплин	Приобретённые навыки
1. Нормальная анатомия.	Знать строение челюстно-лицевого участка.
2. Гистология и эмбриология.	Знать гистологическое строение тканей и органов челюстно-лицевого участка, их эмбриогенез.
3. Патологическая анатомия.	Описать гистологическую структуру врождённых кист и свищей лица и шеи.
4. Патологическая физиология.	Знать этиологию и патогенез онкологических и онкоподобных заболеваний.
5. Топографическая анатомия и оперативная хирургия.	Понимать топографическую анатомию челюстно-лицевого участка. Принципы оперативных доступов к разным отделам челюстно-лицевого участка.
6. Пропедевтика внутренних болезней.	Уметь складывать схему курации больного.
7. Общая онкология.	Знать принципы диагностики и лечения и профилактики онкологических заболеваний.

4. ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ ВО ВРЕМЯ ПОДГОТОВКИ К ЗАНЯТИЮ.

4.1. Перечень основных терминов, параметров, характеристик, которые должен усвоить студент при подготовке к занятию:

Термин	Определение
1. Биопсия.	Это прижизненное получение материала для гистологического исследования.
2. Аутопсия.	Это посмертное получение материала для гистологического исследования.
3. Пункционная биопсия.	Это получение материала для гистологического исследования путем пункции новообразования иглой большого диаметра.
4. Инцизийная биопсия.	Это получение материала для гистологического исследования путем вырезания кусочка опухоли на грани здоровых тканей.

4.2. Теоретические вопросы к занятию:

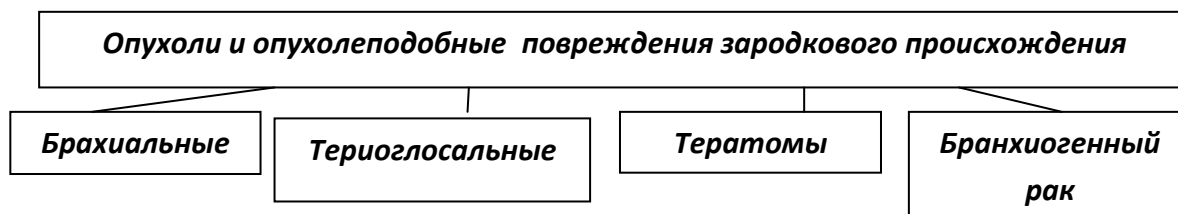
1. Анатомия челюстно-лицевого участка.

2. Эмбриогенез и гистология тканей и органов челюстно-лицевого участка.
3. Теории происхождения врождённых кист и свищей лица и шеи.
4. Гистологические и клинические классификации врождённых кист и свищей лица и шеи.
5. Клиническая картина врождённых кист и свищей лица и шеи.
6. Диагностика и дифференциальная диагностика врождённых кист и свищей лица и шеи.
7. Методы лечения врождённых кист и свищей лица и шеи.
8. Прогноз и осложнение под время и после лечения врождённых кист и свищей лица и шеи.

4.3. Практические работы (задания), которые выполняются на занятии:

1. Перечислить факторы, которые способствуют возникновению и развитию опухолевидных образований мягких тканей.
2. Знать классификации.
3. Знать гистологическую картину, которая отвечает разным формам опухолевидных образований мягких тканей.
4. Перечислить клинические проявления опухолевидных образований мягких тканей.
5. Провести диагностику опухолевидных образований мягких тканей.
6. Перечислить методы лечения.
7. Перечислить клинические проявления малигнизации.
8. Знать схему профилактических мер.

5. СОДЕРЖАНИЕ ТЕМЫ:



Эпидермальная киста. Эта киста относится к группе кератиновых кист. Ранее она описывалась под названием атеромы. Эпидермальная киста наиболее часто локализуется на коже лица, шеи, волосистой части головы. Бывает одиночной или множественной, нередко возникновению предшествуют acne vulgaris. Образование кисты связано с закупоркой выводных отверстий фолликулов сальной железы. Она медленно увеличивается вследствие накопления кератина, который продуцирует оболочка.

Клинически киста проявляется в виде ограниченного округло-овального образования. Располагается под эпидермисом и тесно с ним спаяна в области выводного протока сальной железы. Кожа над кистой иногда становится синюшного оттенка и растягивается при больших ее размерах. Пальпаторно киста эластической консистенции, безболезненна. Содержимое ее представляет характерную кашицеобразную массу белого цвета. Киста часто нагнаивается, при этом появляется боль, она увеличивается, окружающие ткани отечны и гиперемированы.

Микроскопически эпидермальная киста выстлана многослойным плоским эпителием и заполнена слоями кератина.

Лечение. Кисту удаляют с капсулой, при этом необходимо иссекать двумя полуовальными разрезами, сходящимися между собой, участок кожи, спаянный с кистой.

Дермоидная киста. Образуется в результате порока развития и формирования лица в местах сращения у эмбриона лобного, верхнечелюстных и нижнечелюстных бугров. Обычно располагается в подбородочной области, на дне полости рта, у корня и крыльев носа, внутреннего и наружного краев глазницы, чаще встречается у молодых лиц.

Дермоидная киста представляет собой полостное образование с толстой кожистой оболочкой, заполненное кашицеобразной массой грязно-белого цвета с неприятным запахом. Содержимое кисты состоит из слущившегося эпидермиса, продуктов выделения сальных, потовых желез и волосных фолликул, иногда с наличием волос.

При осмотре отмечается опухолевидное образование округлой формы с четкими границами, безболезненное, не спаянное с кожей или слизистой оболочкой (рис. 158). Располагаясь на дне полости рта, оно определяется строго по средней линии над челюстно-

подъязычной мышцей и просвечивает желтоватым цветом. Киста большого размера оттесняет вверх язык, становятся затрудненными речь и прием пищи.

Гистологически оболочка кисты содержит элементы кожи, включая эпидермальную выстилку, волосяные фолликулы и сальные, потовые железы.

Лечение заключается в иссечении кисты с капсулой. При расположении кисты над челюстно-подъязычной мышцей проводят операцию внутриротовым подходом. Кисту подподбородочной области удаляют через наружный разрез.

Врожденные кисты и свищи лица и шеи. Среди них различают бранхиальные (от греч. Βράχη — жабры) и тиреоглоссальные кисты и свищи. Возникновение бранхиальной кисты и свища связано с аномалией развития 1-й и 2-й жаберных щелей и дуг. Тиреоглоссальная киста и свищ образуются вследствие неполной редукции у эмбриона щитовидно-язычного протока. Врожденные кисты и свищи встречаются сравнительно редко и, по нашим данным, составляют около 5 % всех новообразований челюстно-лицевой области. Аномалия жаберных щелей наблюдается чаще тиреоглоссальной аномалии (соответственно 61 и 39 % случаев).

Врожденные кисты и свищи встречаются в основном у детей и лиц молодого возраста. Клиническое течение бранхиальных и тиреоглоссальных кист и свищей сходно, однако они имеют свои характерные особенности, обусловленные локализацией.

Киста увеличивается медленно, в течение нескольких лет. Определяется в виде безболезненного ограниченного образования округлой или овальной формы, эластической консистенции, не спаянного с кожей. Кисту обнаруживают случайно либо при возникновении воспаления. В случае присоединения специфической микрофлоры (микобактерии туберкулеза, актиномицеты) диагностика затрудняется.

Врожденные свищи могут быть полными, при этом имеется два выводных отверстия: наружное — на коже, внутреннее — на слизистой оболочке полости рта, и неполными — с одним устьем, наружным или внутренним. В диагностике свищей имеет значение контрастная фистулография с помощью йодолипола. Она позволяет определить направление, протяженность и наличие ответвлений свища, знание которых необходимо при хирургическом лечении.

Бранхиальные кисты и свищи. При патологии 1-й жаберной щели возникают киста или свищ околоушной области, связанные с наружным слуховым проходом и ушной раковиной. Аномалия развития 2-й жаберной щели ведет к формированию боковой кисты или свища шеи. Бранхиальные кисты и свищи околоушной области встречаются значительно реже боковых кист и свищей шеи (соответственно в 11 и 89 % случаев).

Киста и свищ околоушной области. Киста располагается под основной массой околоушной слюнной железы или в позадичелюстной области над стволом лицевого нерва и часто имеет связь с хрящевым отделом наружного слухового прохода. Клинические проявления такие же, как при доброкачественной опухоли или кисте околоушной слюнной железы, содержимое представляет собой жидкость желтоватого цвета, иногда мутную.

Бранхиальный свищ с выводным отверстием, расположенным на коже впереди основания завитка ушной раковины, называют **предушным**. Часто он бывает двусторонним. Отмечается роль наследственного фактора в его образовании.

Свищ позадичелюстной области образуется в результате самостоятельного и оперативного вскрытия нагноившейся бранхиальной кисты, наружное отверстие его располагается между углом нижней челюсти и передним краем кивательной мышцы. При полных предушном и позадичелюстной свищах второе отверстие открывается на коже хрящевого отдела наружного слухового прохода, при неполном свище стенки последнего вплетаются в него. Отмечается салоподобное отделяемое из свища. Макроскопически внутренняя выстилка свища и кисты околоушной области представлена многослойным плоским ороговевающим эпителием.

Боковая киста и свищ шеи. Киста представляет собой полость с жидким содержимым и сравнительно тонкой оболочкой. Она имеет типичную локализацию, располагается в средней трети шеи впереди кивательной мышцы, на сосудисто-нервном пучке, непосредственно примыкая к внутренней яремной вене, с кожей не спаяна. Особенно хорошо контурируется при повороте головы больного в противоположную сторону. Содержимое кисты представляет собой мутную жидкость желтоватого цвета, при цитологическом исследовании которой определяется оксифильная мелкозернистая масса с элементами многослойного плоского эпителия и значительным количеством лимфоцитов.

Микроскопически стенка кисты выстлана многослойным плоским эпителием.

Диагностика боковой кисты основывается на анамнестических и клинических данных. Получение при пункции большого количества характерного содержимого (5—30 мл и более) и данные цитологического исследования позволяют подтвердить диагноз боковой кисты

Боковой свищ шеи бывает односторонним и редко двусторонним. Обнаруживается в одних случаях при рождении ребенка, в других случаях является исходом вскрытия нагноившейся боковой кисты шеи. Наружное устье свища располагается на коже боковой поверхности шеи соответственно переднему краю кивательной мышцы. Внутреннее устье полного бокового свища имеет постоянную локализацию в верхнем полюсе небной миндалины. В глубине свищ проходит между наружной и внутренней сонной артериями.

Клинически наружное устье свища может быть точечным или расширенным с выбухающими грануляциями, иногда покрытым мокнущими корками. Определяется гиперпигментация и мацерация кожи вокруг свища, из которого постоянно выделяется в незначительном количестве желтоватая тягучая жидкость. В случае полного бокового свища больные часто указывают в анамнезе на рецидивирующую одностороннюю ангину, при осмотре определяют увеличение миндалины соответствующей стороны.

Боковой свищ шеи нужно дифференцировать от срединного тиреоглоссального свища, наружное устье которого иногда смещено в сторону от средней линии, и специфического воспалительного процесса.

Микроскопическая картина выстилки свища соответствует строению стенки боковой кисты шеи.

Тиреоглоссальная киста и свищ имеют типичную локализацию по средней линии шеи, в связи с чем их называют также срединными.

Тиреоглоссальная киста располагается по средней линии шеи в под- или надподъязычной области и в корне языка. При локализации на шее определяется ограниченная подвижность кисты и спаянность ее с телом подъязычной кости, которая четко обнаруживается при глотании. При кисте корня языка последний приподнят, отмечается нарушение речи и затруднение глотания.

Инфицирование содержимого кисты приводит к болезненности, отеку, инфильтрации окружающих тканей.

Содержимое тиреоглоссальной кисты представляет мутную желтоватую тягучую жидкость. Цитологическим исследованием установлено наличие клеток многослойного плоского эпителия и лимфоидных элементов. Эпителий оболочки кисты, как и выстилка срединного свища, имеет эндодермальное происхождение.

Тиреоглоссальный свищ возникает, как правило, после самопроизвольного или оперативного вскрытия срединной кисты шеи. Наружное устье свища располагается на коже по средней линии шеи, преимущественно между подъязычной костью и щитовидным хрящом (рис. 160). Кожа часто в рубцах, иногда вокруг свища разрастаются грануляции. Отмечается скудное слизеподобное отделяемое. При полном свище внутреннее устье располагается в области foramen coecum.

Тиреоглоссальный свищ проходит по средней линии шеи, прободает тело подъязычной кости и под углом 40—45° направляется к слепому отверстию языка. Пальпаторно свищевой ход, так же как и срединная киста шеи, всегда связан с телом подъязычной кости. Определяют это следующим образом. Удерживая пальцами свищ или кисту, просят больного проглотить слюну, при этом смещение вместе с подъязычной костью фиксированных образований говорит о наличии тиреоглоссального свища или кисты.

Дифференциальную диагностику срединной кисты и свища проводят со специфическим воспалительным процессом, лимфаденитом, дермоидной кистой, со струмой языка или аденомой дистопированной щитовидной железы.

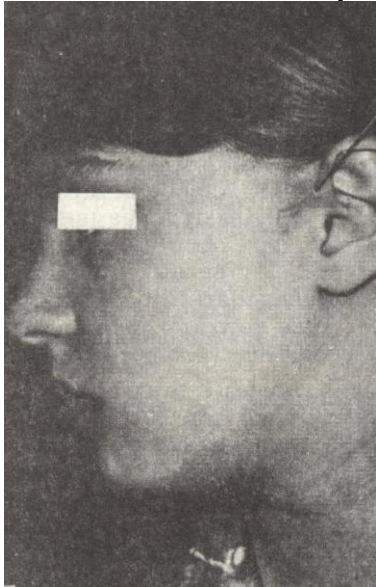
Лечение. При кисте проводят полное иссечение с капсулой. При наличии воспаления операцию осуществляют после его ликвидации. Кисту позадищелюстной области удаляют через разрез, окаймляющий угол нижней челюсти, и отступя от него на 1,5—2 см книзу, чтобы не повредить краевую ветвь лицевого нерва. Для удаления боковой кисты шеи проводят разрез кожи над кистой по переднему краю кивательной мышцы либо по верхней шейной складке. При тиреоглоссальной кисте шеи рассекают кожу по верхней или средней "складке" шеи, удаление кисты сочетают с резекцией тела подъязычной кости. Кисту корня языка в зависимости от размеров оперируют либо внутриворотным, либо наружным подходом.

Иссечению свища предшествует заполнение его перед операцией 1 % водным раствором метиленового синего. При этом стенка свища окрашивается и хорошо прослеживается во время

удаления. Операция заключается в полном иссечении свища с его ответвлениями. Проводят разрез, окаймляющий наружное устье свища, его отпрепаровывают и выделяют свищ. Удаление предушного и позадичелюстного свищей завершается иссечением участка хрящевого отдела наружного слухового прохода. Операция при полном боковом свище шеи сопряжена с определенными трудностями, связанными с топографическим взаимоотношением свища и сосудисто-нервного пучка: свищевой ход проходит в ложе его между наружной и внутренней сонной артериями. Иссечение тиреоглоссального свища, как и кисты, сопровождается резекцией тела подъязычной кости.

6. МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЯ:

А. Задания для самоконтроля:



Бранхиальный свищ в околоушном участке.



Боковая киста шеи.



Тиреоглоссальный свищ.

Б. Задачи для самоконтроля:

1. У больного, 45 лет, при пункции опухолеподобного образования на боковой поверхности шеи слева, получена салообразная масса с неприятным запахом.

Какой диагноз можно заподозрить?

(Ответ: дермоидная киста шеи)

2. У больного, 30 лет, во время санации полости рта обнаружено на участке мозга уха отверстие до 1 мм в диаметре, мацерация кожи вокруг него. При пальпации из него выделяется прозрачный слизистый секрет. Во время зондирования - глубина до 5 см.

Какой наиболее вероятный диагноз?

(Ответ: боковой свищ шеи)

3. При обследовании больного 36 лет обнаружена киста с жидким содержимым и тонкой оболочкой. Потом цитологическое обследование было установлено окончательный диагноз - боковая киста шеи.

Какое лечение показано в данном случае?

(Ответ: хирургическое лечение - проведение разреза кожи над кистой по переднему краю кивальной мышцы)

В. Материалы для тестового контроля. Тестовые задания с одним правильным ответом ($\alpha=II$):

1. Какие источники происхождения дермоидных кист лица и дна полости рта:

- A. Языковый, щитообразный протоки, эктопированные слюнные и слизистые железы.
- B. Отделяемый участок эктодермы в период ее нормального погружения.
- C. Эктопированные слюнные железы и остатки жаберного аппарата.
- D. Эпителий аберрантной вилочковой железы.
- E. Необлитерированный зобно-глоточный проток.

(Правильный ответ: B)

2.2. Какие источники происхождения срединных кист и свищей:

- A. Языковый, щитообразный протоки, эктопированные слюнные и слизистые железы.
- B. Отделяемый участок эктодермы в период ее нормального погружения.
- C. Эктопированные слюнные железы и остатки жаберного аппарата.
- D. Эпителий аберрантной вилочковой железы.
- E. Необлитерированный зобно-глоточный проток.

(Правильный ответ: A)

2.3. Какой источник происхождения боковых кист околоушного участка и шеи?

- A. Языковый, щитообразный протоки, эктопированные слюнные и слизистые железы.
- B. Отделяемый участок эктодермы в период ее нормального погружения.
- C. Эктопированные слюнные железы и остатки жаберного аппарата.
- D. Эпителий аберрантной вилочковой железы.
- E. Необлитерированный зобно-глоточный проток.

(Правильный ответ: C)

Г. Учебные задачи 3-го уровня (нетипичные задачи):

1. При гистологическом исследовании мутной жидкости желтоватого цвета определяются оксифильная мелкозернистая масса с элементами многослойного плоского эпителия со значительным количеством лимфоцитов.

Установите необходимый диагноз.

(Ответ: боковая киста шеи)

2. При осмотре новорожденного ребенка на коже боковой поверхности шеи соответственно переднему краю кивальной мышцы было, обнаружено взрывающаяся грануляция, покрытые мокнущими корками, определяется гиперпигментация и мацерация кожи вокруг грануляции, из которой постоянно выделяется незначительное количество желтоватой тягучей жидкости.

Установите необходимый диагноз.

(Ответ: боковой свищ шеи)

3. При осмотре больного К. 40 лет было обнаружено безболезненное новообразование округлой формы, которое расположено по средней трети шеи впереди кивальной мышцы, с кожей не спаяно с кожей. Особенно хорошо отграничивается при повороте головы больного в противоположную сторону.

Установите предыдущий диагноз.

(Ответ: боковая киста шеи)

7. ЛИТЕРАТУРА:

Основная литература:

1. Бернадский Ю.И. Основы челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. - Белмедкнига, Витебск, 1998. - 404 с.

2. Бернадский Ю.И. Травматология и восстановительная хирургия челюстно-лицевой области. - Киев: Высшая школа, 1999. - 389 с.

3. Муковозов И.Н. Дифференциальная диагностика заболеваний челюстно-лицевой области. - Л.: Медицина, 1982.

4. Общая онкология /Под редакторши Н.П. Напалкова. - Ленинград: Медицина, 1989. - 648 с.

5. Онкология /за редакторшей Білінського Б.Т., Стернюка Ю.М., Шпарика Я.В. - Львов: Медицина мира, 1998. - 272 с.

6. Робустова Т.Г. Хирургическая стоматология. - М.: Медицина, 1990. - 576 с.

7. Ромачева И.Ф., Иудин Л. А., Афанасьев Л. В. Заболевания и повреждения слюнных желез. - М.: Медицина, 1987. - 240с.

Дополнительная литература:

1.Муковозов И.Н. Дифференциальная диагностика заболеваний челюстно-лицевой области. - М.: Медицина, 1982.

2. Пачес А.И. Опухоли головы и шеи. - М.: Медицина, 1983.

3.Рябухина Н.А., Удиришина Н.М. Рентгенодиагностика заболеваний челюстно-лицевой области. - М.: Медицина, 1991.

4.Солнцев А.М., Колесов В.С., Колесова Н.А. Заболевания слюнных желез: сиалозы, воспалительные заболевания, опухоли, кисты, травмы и пороки развития слюнных желез.- Киев : Здоровья, 1991.-311с.

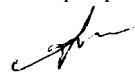
5.Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. - Киев: 2002. - 1022 с.

Министерство здравоохранения Украины
Высшее государственное учебное заведение Украины
«Украинская медицинская стоматологическая академия»

«Утверждено»
на заседании кафедры
хирургической стоматологии
и челюстно-лицевой хирургии
с пластической и реконструктивной
хирургией головы и шеи

Заведующий кафедрой

д. мед. н. Аветиков Д.С.



МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ
ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ
ВО ВРЕМЯ ПОДГОТОВКИ К ПРАКТИЧЕСКОМУ
(СЕМИНАРСКОМУ) ЗАНЯТИЮ

Учебная дисциплина	Хирургическая стоматология
Модуль №	3
Содержательный модуль №	3
Тема занятия	Злокачественные опухоли слюнных желез: гистологическое строение, клинические формы, дифференциальная диагностика, лечение.
Курс	IV
Факультет	Стоматологический

Полтава - 2012

1. АКТУАЛЬНОСТЬ ТЕМЫ.

Знания основ диагностики и лечения опухолей необходимы для врача любой специальности. Это предопределено распространением опухолевой патологии в современном мире. Как причина смерти злокачественные опухоли занимают второе место после сердечно-сосудистых заболеваний. В последние годы наблюдается непрерывный рост частоты заболеваемости раком во всех регионах мира. Онкологическая патология слюнных желез не является исключением. Поэтому, будущий врач должен быть осведомленным с причинами злокачественных новообразований, иметь представление о связи между возникновением опухолей, загрязнением среды и вредными привычками. Необходимо понимание канцерогенеза, без чего нельзя обосновать применение как профилактических мер, так и методов лечения. Эффективность лечения злокачественных опухолей полностью зависит от состояния диагностики. Лишь ранняя диагностика опухолей может обеспечить надежное вылечивание их.

2. КОНКРЕТНЫЕ ЦЕЛИ:

- 2.1. Анализировать заболеваемость и эпидемиологию рака слюнных желез.
- 2.2. Объяснять признаки малигнизации доброкачественных опухолей слюнных желез.
- 2.3. Предложить методы обследования больного со злокачественными опухолями слюнных желез.
- 2.4. Классифицировать онкологические заболевания слюнных желез.
- 2.5. Трактовать гистологическую классификацию опухолей слюнных желез.
- 2.6. Рисовать схему дифференциальной диагностики злокачественных новообразований слюнных желез.
- 2.7. Проанализировать заключения дополнительных методов обследования больных с злокачественными опухолями слюнных желез.
- 2.8. Составить план лечения больных со злокачественными опухолями слюнных желез.

3. БАЗОВЫЕ ЗНАНИЯ, УМЕНИЯ, НАВЫКИ, НЕОБХОДИМЫЕ ДЛЯ ИЗУЧЕНИЯ ТЕМЫ (междисциплинарная интеграция).

Названия предыдущих дисциплин	Приобретённые навыки
1. Анатомия человека.	Знать анатомическое строение слюнных желез, лимфатической системы головы и шеи.
2. Топографическая анатомия и оперативная хирургия.	Знать топографическую анатомию больших и малых слюнных желез лимфатической системы лица и шеи. Изобразить схематически методы оперативных вмешательств при злокачественных новообразованиях слюнных желез.
3. Гистология.	Знать гистологическое строение слюнных желез.
4. Патологическая анатомия.	Знать гистологическое строение злокачественных новообразований слюнных желез.
5. Внутренние болезни.	Уметь: обследовать больного, описать историю болезни, составить план обследования и лечения, поставить диагноз.
6. Пропедевтика хирургической стоматологии.	Владеть методами дополнительных обследований : цитологический, биопсия, контрастная рентгенография.
7. Лучевая диагностика и лучевая терапия.	Применять разные методы лучевой диагностики для уточнения диагноза. Применять методы лучевой терапии для лечения.
8. Общая хирургия.	Владеть методами и способами асептики и антисептики (обработка операционного поля, обработка рук хирурга, подготовка больного к операции и др.).
9. Фармакология.	Владеть навыками назначения химиотерапии.

4. ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ ВО ВРЕМЯ ПОДГОТОВКИ К ЗАНЯТИЮ.

4.1. Перечень основных терминов, параметров, характеристик, которые должен усвоить студент при подготовке к занятию:

Термин	Определение
1. Рак.	Это злокачественное новообразование из эпителиальной ткани.
2. Саркома.	Это злокачественное новообразование из соединенной ткани.
3. Абластика.	Это хирургические принципы профилактики рецидива и метастазирования злокачественной опухоли, которые заключаются в ее удалении единым блоком с путями лимфооттока в пределах здоровых тканей.
4. Биопсия.	Это кусок ткани удаленный из патологического очага для морфологического исследования.
5. Цитология.	Это наука об изучении клеток патологического очага.
6. Химиотерапия.	Это лечение злокачественных опухолей с использованием медикаментозных препаратов (специальных антибиотиков, цитостатиков).

4.2. Теоретические вопросы к занятию:

1. Эпидемиология опухолей слюнных желез.
2. Международная гистологическая классификация опухолей слюнных желез.
3. Международная классификация опухолей TNM.
4. Признаки малигнизации полиморфных аденом.
5. Методы обследования больных со злокачественными опухолями слюнных желез.
6. Клинические признаки злокачественных опухолей слюнных желез.
7. Дифференциальная диагностика злокачественных опухолей слюнных желез.
8. Принципы лечения больных злокачественными опухолями слюнных желез.
9. Что такое комбинированное лечение больных с злокачественными опухолями слюнных желез.
10. Что такое комплексное лечение больных с злокачественными опухолями слюнных желез.
11. Какие методы лучевой терапии применяют при лечении злокачественных новообразований слюнных желез?
12. Какие оперативные методы применяют при лечении злокачественных новообразований околоушной слюнной железы?
13. Какие оперативные методы применяют при лечении злокачественных новообразований подчелюстной слюнной железы?
14. Какие химические терапевтические препараты применяют при комплексном или комбинированном лечении злокачественных новообразований слюнных желез?
15. Принципы лечения больных с запущенными стадиями болезни.
16. Реабилитация больных после комбинированного и комплексного лечения.

4.3. Практические работы (задания), которые выполняются на занятии:

1. Обследовать больного со злокачественной опухолью слюнной железы.
2. Описать историю болезни больного со злокачественным новообразованием слюнной железы.
3. Составить план обследования больного со злокачественным новообразованием слюнной железы.
4. Брать материал для цитологического исследования опухоли разными способами.
5. Брать материал для гистологического исследования опухоли (биопсию) разными способами.
6. Провести контрастную рентгенографию слюнных желез.
7. Обосновать клинический диагноз и составить план лечения больного со злокачественным новообразованием слюнных желез в зависимости от стадии заболевания и гистологического строения опухоли.
8. Назначить химиотерапевтические средства при лечении злокачественных новообразований слюнных желез.

5. СОДЕРЖАНИЕ ТЕМЫ:

Статистика. По данным литературы злокачественные опухоли слюнных желез составляют 1-1,5 % всех больных онкологическими заболеваниями. В слюнных железах чаще всего развиваются опухоли эпителиального происхождения (90-95 %). Среди всех опухолей слюнных желез чаще всего встречаются полиморфные аденомы или "смешанные" опухоли (до 60 %); мукоэпидермоидные и ацинозноклеточные опухоли встречаются в 10% случаев, группа карцином составляет около 17% всех новообразований слюнных желез.

Чаще всего поражаются онкологическим процессом околоушные железы (56,6 %), железы твердого и мягкого неба (26 %), поднижнечелюстные слюнные железы (10 %), мелкие слюнные железы щек и языка - около 10 %. Некоторые авторы считают, что околоушные слюнные железы поражаются опухолями в 90 % случаев. Опухоли слюнных желез наблюдаются преимущественно в возрасте от 30 до 60 лет.

Классификация. До последнего времени не существовало единой точки зрения относительно терминологии и классификации опухолей слюнных желез. Всемирной организацией здравоохранения была создана и рекомендована для внедрения унифицированная гистологическая классификация опухолей слюнных желез:

I. Эпителиальные опухоли

A. Аденомы:

1. Полиморфная аденома (смешанная опухоль);

2. Мономорфные аденомы:

- а) аденолимфома;
- б) оксифильная аденома;
- в) другие типы.

Б. Мукоэпидермоидная опухоль.

В. Ацинозноклеточная опухоль.

Г. Карциномы:

4. Аденокистозная карцинома (цилиндрома);
5. Аденокарцинома;
6. Эпидермоидная карцинома (плоскоклеточный рак);
7. Недифференцированная карцинома;
8. Карцинома в полиморфной аденоме (злокачественная смешанная опухоль)

II. Неэпителиальные опухоли.

III. Неклассифицированные опухоли.

IV. Родственные состояния.

Классификация злокачественных опухолей слюнных желез по системе TNM - 6 (в 2002 г.) (коды МКХ-10 C07-C08)

Классификация касается лишь больших слюнных желез: околоушной, поднижнечелюстной и подъязычной

Опухоли, которые происходят из малых слюнных желез (муцинопродуктирующие железы поверхностного слоя больших отделов (дыхательного и пищеварительного трактов), не включены в эту классификацию, они принадлежат к локализации, из которой происходят, например, губы.

Должно быть обязательное гистологическое подтверждение диагноза. Регионарными лимфатическими узлами являются шейные лимфатические узлы.

T - первичная опухоль;

T_x - недостаточно данных для оценки первичной опухоли;

T₀ - первичная опухоль не определяется;

T₁ - опухоль до 2 см в наибольшем измерении без экстрапаренхимального распространения;

T₂ - опухоль больше 2 см, но до 4 см в наибольшем измерении без экстрапаренхимального распространения;

T₃ - опухоль с экстрапаренхимальным распространением без поражения лицевого нерва и (или) больше 4 см, но до 6 см в наибольшем измерении;

T_{4a} - опухоль распространяется на кожу, нижнюю челюсть, слуховой канал и (или) лицевой нерв;

T_{4b} - опухоль распространяется на основание черепа и (или) крыловидную и (или) пластинку, охватывает сонную артерию.

Примечание: экстрапаренхимальным распространением являются клинические или макроскопические данные о наличии инвазии кожи, мягких тканей или нерва. Лишь микроскопические данные не считаются экстрапаренхимальным распространением в этой классификации.

N - регионарные лимфатические узлы (шейные лимфатические узлы);

N_x - недостаточно данных для оценки состояния регионарных лимфатических узлов;

N₀ - нет поражения регионарных лимфатических узлов;

N₁ - метастазы в одном гомолатеральном лимфатическом узле до 3 см в наибольшем измерении;

N₂ - метастазы в одном гомолатеральном лимфатическом узле до 6 см в наибольшем измерении, или многочисленные метастазы в гомолатеральных лимфатических узлах, ни один из которых не превышает 6 см в наибольшем измерении, или билатеральные, или контрлатеральные метастатические лимфатические узлы размером до 6 см в наибольшем измерении;

N_{2a} - метастаз в гомолатеральном лимфатическом узле до 6 см в наибольшем измерении;

N_{2b} - многочисленные метастазы в гомолатеральных лимфатических узлах, ни один из которых не превышает 6 см в наибольшем измерении;

N_{2c} - билатеральные, или контрлатеральные метастатические лимфатические узлы размером до 6 см в наибольшем измерении;

N₃ - метастазы в лимфатических узлах размером свыше 6 см в наибольшем измерении;

M - отдаленные метастазы;

M_x - недостаточно данных для определения отдаленных метастазов;

M₀ - нет признаков отдаленных метастазов;

M₁ - имеются отдаленные метастазы.

ГРУППИРОВАНИЕ ПО СТАДИЯМ

Стадия I	T ₁	N ₀	M ₀
	T ₂	N ₀	M ₀
Стадия II	T ₃	N ₀	M ₀
Стадия III	T ₁	N ₁	M ₀
	T ₂	N ₁	M ₀
Стадия IV _a	T _{4a}	N ₀ , N ₁	M ₀
	T ₁ , T ₂ , T ₃ , T _{4a}	N ₂	M ₀
Стадия IV _b	T _{4b}	N любое	M ₀
	любое T	N ₃	M ₀
Стадия IV _c	любое T	любое N	M ₁

Клиническая картина и симптоматика опухолей слюнных желез отличается значительным разнообразием, которое зависит от характера опухоли, её гистологического строения и стадии развития. Группа аденом принадлежит к доброкачественным опухолям, среди них доминируют так называемые смешанные опухоли (полиморфные или плеоморфные аденомы). Эти опухоли преимущественно встречаются у людей в возрасте 20-40 лет, чаще у женщин, локализуются преимущественно в околоушной слюнной железе. Эти опухоли проявляются, достигая размера 1-3 см. Они характеризуются длительным (иногда на протяжении десятков лет) безболезненным течением, иногда достигают достаточно значительных размеров, но никогда не нарушают функцию лицевого нерва (важный дифференциально-диагностический признак доброкачественной опухоли), не прорастают кожу и не теряют подвижности. В результате сложного строения полиморфные аденомы слюнных желез бывают разной консистенции. Нередко в полиморфной аденоме может возникнуть малигнизация (20-30 % случаев).

Признаки малигнизации доброкачественных опухолей слюнных желез :

- ускорение темпов роста опухоли;
- появление неприятных ощущений, а иногда и достаточно интенсивной боли с иррадиацией в ухо или висок;
- появление инфильтративного роста сопровождается ограничением подвижности опухоли, нарушением целостности веток лицевого нерва, который сопровождается парезом, а, затем, и параличом мимической мускулатуры с соответствующей стороны лица;

- в дальнейшем может возникать контрактура жевательных мышц, нарушения актов жевания, глотания (особенно при локализации опухоли в глоточном отростке околоушной слюнной железы);
- увеличение регионарных лимфатических узлов свидетельствует о метастазировании опухоли.

Таким образом, общими симптомами для всех злокачественных опухолей слюнных желез являются быстрые темпы роста, боль или неприятные ощущения, прорастание в окружающие ткани и ветки лицевого нерва, который вызывает парез мимических мышц лица, метастазирование.

Но существуют и некоторые клинические особенности, характерные для разных морфологических вариантов злокачественных опухолей. В первую очередь это касается мукоэпидермоидной и ацинозноклеточной опухолей (за терминологией ВОЗ - они называются не раками, а опухолями, хотя и отнесены к злокачественным). Клиническое течение более доброкачественного варианта мукоэпидермоидной опухоли сначала напоминает течение полиморфной аденомы. Различить их иногда помогает отек и фиксация кожи над мукоэпидермоидной опухолью, отсутствие четких границ, ограничение подвижности. Мукоэпидермоидные опухоли сопровождаются болью, имеют плотную консистенцию, болезненные при пальпации, при поражении кожи возможно образование свищей.

Начальные стадии мукоэпидермоидных опухолей могут быть бессимптомными и период начала лечения может длиться около 3 лет. Опухоли содержат в себе эпидермоидные и слизепродуцирующие клетки, количество которых зависит от степени дифференциации.

Аденокистозные карциномы (цилиндромы) встречаются у 13 % больных злокачественными опухолями слюнных желез, чаще в малых слюнных железах (50 %), одинаково часто у мужчин и женщин. Иногда течение подобно смешанным опухолям. Следует заметить, что полиморфную аденому, цилиндрому и мукоэпидермоидную опухоль макроскопически практически невозможно отличить. Это обстоятельство вызывает значительные трудности для хирургов, приводит к диагностическим ошибкам и неадекватному лечению больных.

Аденокистозные карциномы имеют склонность к подавляющему гематогенному метастазированию (40-45 %), метастазируют в лимфатические узлы шеи, в легкие, кости.

Аденокарциномы встречаются очень часто среди злокачественных опухолей слюнных желез. Уже на начальных стадиях развития опухоль имеет плотную консистенцию, она безболезненна, не имеет четких границ, подвижность её ограничена. С ростом опухоли появляется боль, инфильтрация прилегающих тканей, жировой клетчатки, ушной раковины, нижней челюсти. Появляется контрактура жевательных мышц, парез лицевого нерва, гиперемия кожи. Опухоль метастазирует в регионарные шейные лимфатические узлы, в легкие, позвоночник.

Плоскоклеточный рак (эпидермоидная карцинома) по клинической картине похож с аденокарциномой слюнных желез.

Диагностика. Тщательное изучение анамнеза и клинических симптомов заболевания не всегда дают возможность определить характер опухолевого процесса. А.И.Пачес считает, что ошибки при диагностике опухолей слюнных желез предопределены недостаточной, а иногда и ошибочной трактовкой анамнеза, похожим клиническим течением разных опухолей, игнорированием современных методов диагностики. Самым достоверным критерием злокачественности опухоли слюнной железы является морфологическая верификация процесса. Преимущество предоставляется цитологическому исследованию пунктата опухоли и секрета пораженной железы. Гистологическое исследование возможно при удалении опухоли, при наличии подозрения на злокачественный характер опухоли, при её прорастании за пределы железы с поражением кожи.

Существенную помощь в диагностике и дифференциальной диагностике опухолевых процессов слюнных желез может оказать сиалография, рентгенография костей лицевого скелета, ультразвуковое исследование, радионуклидные методы исследования (сканирование слюнных желез), компьютерная томография.

Дифференциальный диагноз следует проводить с доброкачественными опухолями слюнных желез, кистами, воспалительными процессами, в том числе с туберкулезом и актиномикозом.

Лечение злокачественных опухолей слюнных желез преимущественно комбинированное. В плане комбинированного лечения предусматривается на I этапе проведение предоперационного курса дистанционной гамматерапии суммарной очаговой дозой 45-50 Гр, при наличии регионарных

метастазов в поля облучения включаются и зоны метастазирования. На II этапе комбинированного лечения - через 3-4 недели после лучевой терапии выполняется оперативное вмешательство.

Лечение рака околоушной слюнной железы заключается в проведении паротидэктомии (без сохранения ветвей лицевого нерва) с фасциально-футлярным иссечением клетчатки шеи со стороны поражения в одном блоке со слюнной железой. В случае наличия множественных или несмещаемых шейных метастазов выполняется операция Крайля.

При локализации опухоли в поднижнечелюстной слюнной железе выполняют фасциально-футлярное иссечение клетчатки шеи вместе с пораженной железой или операцию Крайля по показаниям.

При запущенных формах злокачественных опухолей слюнных желез показана паллиативная лучевая терапия (до 70 Гр на курс); цитостатическая химиотерапия (в отдельных случаях внутривенно-артериальная) малоэффективна. Иногда применяют комбинации доксорубицин, 5-фторурацила, метотрексата, циклофосфида, блеомицина, адриамицина, комплексных соединений платины.

Прогноз при злокачественных опухолях слюнных желез неблагоприятен, зависит от стадии, морфологических особенностей опухоли и локализации. Считается, что отдаленные результаты лечения злокачественных опухолей поднижнечелюстной слюнной железы хуже, чем результаты лечения околоушной железы.

Реабилитация и работоспособность. Радикальные операции на слюнных железах сопровождаются инвалидизацией больных, что предопределено пересечением ствола лицевого нерва, в результате чего возникает парез мимической мускулатуры соответствующей стороны лица. Возможны также нарушения функции верхней конечности соответствующей стороны после выполнения операции Крайля. Такие больные получают III-II группы инвалидности. Повреждение лишь отдельных веточек лицевого нерва при хирургическом лечении доброкачественных опухолей околоушной слюнной железы требует длительного восстановительного лечения.

Применение физиотерапевтических методов онкологическим больным является строго противопоказанным.

6. МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЯ:

А. Задания для самоконтроля:

№ п/п	Основные задания. Знать.	Указания
1.	Этиологию и патогенез злокачественных опухолей слюнных желез.	Перечислите факторы, которые способствуют возникновению и развитию злокачественных опухолей слюнных желез.
2.	Классификацию злокачественных опухолей слюнных желез.	Рассказать классификацию злокачественных опухолей слюнных желез.
3.	Гистологическое строение злокачественных опухолей слюнных желез.	Знать гистологическую картину, которая соответствует разным формам злокачественных опухолей слюнных желез.
4.	Клинические проявления злокачественных опухолей слюнных желез.	Перечислить клинические проявления, которые сопровождают течение злокачественных опухолей слюнных желез.
5.	Диагностика и дифференциальная диагностика злокачественных опухолей слюнных желез.	Провести внутренне- и внегрупповую дифференциальную диагностику злокачественных опухолей слюнных желез.
6.	Методы лечения злокачественных опухолей слюнных желез.	Составить план лечения больных при злокачественных опухолях слюнной железы.

Б. Задачи для самоконтроля:

1. Наблюдается ли задержка контраста при сиалографии околоушной железы больного со злокачественной плеоморфной аденомой?

(Ответ: наблюдается почти всегда)

2. Возможны ли разрывы фрагментация выводных протоков больших слюнных желез, которые выявляются на сиалограммах, при озлокачествлении плеоморфной аденомы околоушной железы?
(Ответ: наблюдается почти всегда)
3. Как изменяется функция околоушной железы при возникновении в ней озлокачествления плеоморфной аденомы?
(Ответ: снижается)

В. Материалы для тестового контроля. Тестовые задания с одним правильным ответом ($\alpha=II$):

1. Какие различают варианты клинического течения мукоэпидермоидной опухоли слюнных желез?
- A. Доброкачественный.
 - B. Злокачественный.
 - C. Полузлокачественный.
 - D. Доброкачественный и злокачественный.
 - E. Доброкачественный, злокачественный и полузлокачественный.
- (Правильный ответ: D)
2. Синоним цилиндromы:
- A. Аденокарцинома.
 - B. Плеоморфна аденома.
 - C. Мукоэпидермоидная опухоль.
 - D. Аденокистозная карцинома.
 - E. Эпидермоидная карцинома.
- (Правильный ответ: D)
3. Карциномы слюнных желез развиваются из:
- A. Стromы протоков.
 - B. Эпителия протоков.
 - C. Кровеносных сосудов.
 - D. Лимфатических сосудов.
 - E. Нервных стволов.
- (Правильный ответ: B)

Г. Учебные задачи 3-го уровня (нетипичные задачи):

1. Больная П., 40 лет, обратилась в стоматологическую поликлинику с жалобами на наличие опухоли в области твердого неба, которая появилась около 5 месяцев тому, в последнее время начала увеличиваться. Во время осмотра наблюдается безболезненная опухоль, плотной консистенции с четкими пределами, слизистая оболочка над ней обычной окраски, опухоль с подлежащей костной тканью не спаяна, размеры ее до 2 см. Регионарные лимфатические узлы не увеличены.

О какой опухоли можно думать? Какие дополнительные методы обследования нужно провести?

(Ответ: цилиндрома; необходимо провести цитологическое исследование; по возможности выполнить биопсию)

2. Больному Д., 54 г., проведено радикальное лечение по поводу злокачественной опухоли околоушной слюнной железы (рак правой околоушной слюнной железы, T2NOMO). В настоящее время данных за рецидив и метастазы нет.

К какой клинической группе следует отнести больного?

(Ответ: к третьей)

3. Больной В., 68 лет, обратился с жалобами на прогрессирующую асимметрию лица, первые проявления которой появились около 3 недель тому назад. В последнее время появилась боль в околоушно-жевательной области слева. Во время осмотра: паралич мимической мускулатуры слева по периферическому типу. Кожа в левом околоушном участке синюшная, втянутая, неподвижная. Пальпаторно: болезненная инфильтрация тканей железы без четких границ, размером до 4 - 5 см, пальпируются 2 увеличенных до 2 см верхних шейных лимфоузла слева. Контрактура жевательных мышц.

О каком заболевании следует думать? Какие дополнительные методы исследования нужно провести и в каком лечебном заведении?

(Ответ: рак околоушной слюнной железы. Больного следует направить в онкологический диспансер. Дополнительные методы диагностики : цитологический, контрастная рентгенография слюнной железы, рентгенография органов грудной полости)

7. ЛИТЕРАТУРА:

Основная литература:

1. Онкологія. За ред. Б.Т. Білінського, Ю.М. Стернюка, Я. В. Шпарика. – Київ: «Здоров'я», 2007. – 527 с.
2. Онкологія за ред. В.П. Баштана, А.Л. Одабашяна, П.В. Шелешка, Тернопіль, “Укрмедкнига” 2003р.
3. Черенков В.Г. Клиническая онкология: Руководство для студентов и врачей. М.: ВУНМЦ МЗ РФ, 1999р – 384 с.
4. Онкологія. За ред. І.Б.Цепотіна. – Київ: «Книга плюс», 2006. – 496 с.

Дополнительная литература:

1. Пачес А.И. Опухоли головы й шеи. М.: Медицина, 1983.-416 с.
2. Соловьев М.М. Онкологические аспекты в стоматологии. М.: Медицина, 1983, 160 с.
3. Дарьялова С.Л. Принципы лучевого й комбинированного лечения новообразований околоушной слюнной железы. М.: Медицина, 1972.
4. Гистологическая классификация опухолей слюнных желез. Всемирная организация здравоохранения. Женева. 1976.

Министерство здравоохранения Украины
Высшее государственное учебное заведение Украины
«Украинская медицинская стоматологическая академия»

«Утверждено»
на заседании кафедры
хирургической стоматологии
и челюстно-лицевой хирургии
с пластической и реконструктивной
хирургией головы и шеи

Заведующий кафедрой

д. мед. н. Аветиков Д.С. 

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ
ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ
ВО ВРЕМЯ ПОДГОТОВКИ К ПРАКТИЧЕСКОМУ
(СЕМИНАРСКОМУ) ЗАНЯТИЮ

Учебная дисциплина	Хирургическая стоматология
Модуль №	3
Содержательный модуль №	3
Тема занятия	Рак и саркома челюстей: происхождение и гистологическое строение, классификация, клиника, дифференциальная диагностика, лечение, осложнения и профилактика.
Курс	IV
Факультет	Стоматологический

Полтава - 2012

1. АКТУАЛЬНОСТЬ ТЕМЫ.

Рак верхней челюсти – достаточно частое заболевание, которое составляет 3 – 6% всех злокачественных опухолей человека и приблизительно 40% новообразований челюстно-лицевой области. Среди заболеваний челюстей чаще (у 60-70%) больных поражается именно верхняя челюсть. Большинство больных злокачественными опухолями верхней челюсти начинают специализированное лечение в запущенных стадиях. Причиной является то, что клинические признаки на ранних стадиях заболевания настолько незначительны, что больные не наделяют им большого значения и своевременно не обращаются за медицинской помощью. Задержке своевременной госпитализации больных в онкологические клиники благоприятствует и неверное распознавание заболевания в поликлиниках, что приводит к неправильному длительному лечению от других заболеваний.

В связи с тем, что верхняя челюсть расположена на границе лицевого и мозгового черепа, рак этой локализации (на ранних стадиях имеет бессимптомное течение) является заболеванием, которое непосредственно угрожает жизни больных. Но обстоятельство, что возникновению рака верхнечелюстной пазухи предшествует ее хроническое воспаление, определяет направленность профилактических мероприятий. Роль врача-стоматолога в них очень ответственна, потому что значительную часть хронических гайморитов составляют так называемые одонтогенные гаймориты.

2. КОНКРЕТНЫЕ ЦЕЛИ:

- 2.1. Анализировать эпидемиологию рака верхней и нижней челюстей.
- 2.2. Объяснять предраковые заболевания челюстей.
- 2.3. Предложить современные методы диагностики рака верхней и нижней челюстей.
- 2.4. Классифицировать злокачественные новообразования челюстей.
- 2.5. Трактовать патологическую структуру рака челюстей.
- 2.6. Рисовать схемы злокачественных новообразований челюстей.
- 2.7. Проанализировать современные методы лечения рака верхней и нижней челюстей.
- 2.8. Составить план лечения больных злокачественными новообразованиями челюстей.

3. БАЗОВЫЕ ЗНАНИЯ, УМЕНИЯ, НАВЫКИ, НЕОБХОДИМЫЕ ДЛЯ ИЗУЧЕНИЯ ТЕМЫ (междисциплинарная интеграция).

Названия предыдущих дисциплин	Приобретённые навыки
1.Анатомия человека.	Описывать анатомическое строение верхней и нижней челюстей, кровоснабжения и иннервацию челюстно-лицевой области, лимфатической системы.
Названия предыдущих дисциплин	Приобретённые навыки
2.Гистология.	Знать гистологическое строение тканей верхней и нижней челюстей.
3.Патологическая анатомия.	Знать патологические изменения тканей при злокачественных опухолях челюстей.
4.Внутренние болезни.	Обследовать больного. Описывать медицинскую документацию (историю болезни, амбулаторную карту и др.).
5.Общая хирургия.	Изобразить схематически методы оперативных вмешательств при злокачественных опухолях челюстей.
6.Фармакология.	Назначать химиотерапевтическое лечение больным со злокачественными новообразованиями челюстей.
7.Лучевая диагностика и лучевая терапия.	Назначать методы лучевой и радиоизотопной диагностики челюстей. Назначать лучевое лечение злокачественных опухолей челюстей.

4.ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ ВО ВРЕМЯ ПОДГОТОВКИ К ЗАНЯТИЮ.

4.1.Перечень основных терминов, параметров, характеристик, которые должен усвоить студент при подготовке к занятию:

Термин	Определение
1.Продолжение болезни.	Prolongatio morbi.
2.Половинная резекция нижней челюсти.	Hemiresekcia mandibula.
3.Неблагоприятный прогноз.	Prognosis pessima.

4.2. Теоретические вопросы к занятию:

1. Эпидемиология рака верхней и нижней челюстей.
2. Патологическая анатомия рака злокачественных опухолей челюстей.
- 3.Какие методы диагностики применяют при злокачественных новообразованиях челюстей?
4. Клиника рака верхней челюсти.
5. Как классифицируются злокачественные новообразования?
6. Методы диагностики рака верхней челюсти.
7. Пути метастазирования опухолей челюстей.
8. Принципы лечения рака верхней челюсти.
9. Клиника рака нижней челюсти.
10. Лечение рака нижней челюсти.
11. Какие химиотерапевтические препараты и по какой схеме применяют при злокачественных новообразованиях челюстей?
- 12.Реабилитация больных раком челюстей.

4.3. Практические работы (задания), которые выполняются на занятии:

1. Обследования больного с злокачественными опухолями челюстей.
2. Пальпаторное исследование мягких околочелюстных тканей.
3. Пальпаторное исследование регионарных лимфоузлов.
4. Пункция опухоли нижней челюсти.
5. Пункция регионарных лимфоузлов.
6. Биопсия опухоли.
7. Умение оценивать рентгенограммы.
8. Пункция гайморовой пазухи

5. СОДЕРЖАНИЕ ТЕМЫ:

Злокачественные опухоли челюстей могут быть как эпителиального происхождения (плоскоклеточный рак, аденокистозная карцинома, аденокарцинома), так и соединительной природы - саркомы (остеосаркомы, хондросаркомы, фибросаркомы и др.).

Среди опухолей челюстей следует различать:

- первичные;
- вторичные;
- метастатические новообразования.

Первичный плоскоклеточный рак челюстей встречается очень редко и развивается из эпителиальных островков Малаясе, эпителиальных остатков гертвігівської мембраны.

Вторичные раки возникают на слизистой оболочке полости рта или гайморовой пазухи. В связи с тем, что плоский эпителий, который выстилает разные анатомические отделы верхней челюсти, значительно большая по сравнению с эпителиальной выстилкой нижней челюсти, чаще встречается рак именно верхней челюсти. Малигнизация слизистой оболочки, которая покрывает альвеолярные отростки и нёбо, происходит под влиянием разных канцерогенов, которые уже описаны при рассмотрении рака слизистой оболочки полости рта. Метоплазия цилиндрического мерцательного эпителия слизистой оболочки гайморовой пазухи развивается вследствие длительного хронического воспалительного процесса с периодическими обострениями.

А. Злокачественные опухоли верхней челюсти.

За последние годы наблюдается рост заболеваемости злокачественными опухолями верхней челюсти. Опухоли этой локализации составляют около 1% - 2% всех злокачественных опухолей. Мужчины и женщины болеют с одинаковой частотой преимущественно в возрасте 40 - 60 лет.

Классификации рака верхнечелюстной пазухи :

Отечественная клиническая классификация по стадиям:

I стадия - опухоль ограничена подслизистым слоем одной стенки верхнечелюстной полости.

Регионарные метастазы не определяются;

IIa стадия - опухоль с очаговой деструкцией костных стенок, которая не выходит за пределы верхнечелюстной полости. Регионарные метастазы не определяются;

IIб стадия - опухоль такого же, или меньшего размера с одиночным подвижным регионарным метастазом на стороне поражения;

IIIa стадия - опухоль с разрушением костных стенок, которая распространяется в одну или несколько смежных анатомических областей (орбиту, полость носа, полость рта и др.).

Регионарные метастазы не определяются;

IIIб стадия - опухоль такого же, или меньшей степени распространения с одиночными, ограниченно подвижными или множественными подвижными регионарными одно-, двусторонними или контралатеральными метастазами;

IVa стадия - опухоль, которая прорастает в одну или несколько соседних анатомических областей (кожу лица, вторую половину верхнечелюстной кости, скуловую кость, основание черепа) без регионарных метастазов;

IVб стадия - опухоль той же степени местного распространения с несмещаемыми регионарными метастазами или опухоль любого местного распространения с клиническими признаками отдаленных метастазов.

КЛАССИФИКАЦИЯ РАКОВ ПАРАНАЗАЛЬНЫХ СИНУСОВ

(коды МКБ - О С31.0, 1) по системе TNM (6-ое издание, 2002 год)

Анатомические отделы и подотделы

Верхнечелюстной синус - С31.0

Решетчатый синус - С31.1

Регионарные лимфатические узлы

Регионарными лимфатическими узлами являются шейные лимфатические узлы

TNM клиническая классификация

T — первичная опухоль.

T_x — недостаточно данных для оценки первичной опухоли.

T₀ — первичная опухоль не определяется.

T_{is} — преинвазивная карцинома (carcinoma in situ).

Верхнечелюстной синус

T₁ — опухоль ограничена слизистой оболочкой полости без эрозии или деструкции кости.

T₂ — опухоль вызывает эрозию или деструкцию кости за исключением задней стенки полости, но включая распространение на твердое небо и/или средний носовой ход.

T₃ — опухоль распространяется на любую из таких структур: заднюю стенку максиллярного синуса, подкожные ткани, кожу щеки, нижнюю или медиальную стенку орбиты, подвисочную ямку, крыловидную ямку, решетчатый синус.

T₄ — опухоль распространяется на орбиту за пределы нижней или медиальной стенок, основание черепа, носоглотку, основной синус, лобный синус.

Носовая полость и решетчатый синус

T₁ — опухоль ограниченная любым одним подраздел и/или без деструкции кости.

T₂ — опухоль проникает в носовую полость.

T₃ — опухоль распространяется на переднюю часть орбиты и/или верхнечелюстной синус.

T₄ — опухоль с интракраниальным распространением; распространением на орбиту, включая верхушку, с вовлечением основного и/или лобного синуса и/или кожи носа.

N — регионарные лимфатические узлы.

N_x — недостаточно данных для оценки состояния регионарных лимфатических узлов.

N₀ — нет признаков поражения регионарных лимфатических узлов.

N₁ — метастазы в одном гомолатеральном лимфатическом узле до 3 см в наибольшем измерении.

N₂ — метастазы в одном гомолатеральном лимфатическом узле до 6 см в наибольшем измерении, или множественные метастазы в гомолатеральных лимфатических узлах, ни один из которых не превышает 6 см в наибольшем измерении, или билатеральные, или контралатеральные метастатические лимфатические узлы размером до 6 см в наибольшем измерении.

N_{2a} — метастаз в гомолатеральном лимфатическом узле до 6 см в наибольшем измерении.

N_{2b} — множественные метастазы в гомолатеральных лимфатических узлах, ни один из которых не превышает 6 см в наибольшем измерении.

N_{2c} — билатеральные или контралатеральные метастазы в лимфатические узлы размером до 6 см в наибольшем измерении.

N₃ — метастазы в лимфатических узлах свыше 6 см в наибольшем измерении

Примечание: Лимфатические узлы по средней линии тела считаются гомолатеральными.

M — отдаленные метастазы.

M_x — недостаточно данных для определения отдаленных метастазов.

M₀ — нет признаков отдаленных метастазов.

M₁ — имеются отдаленные метастазы.

pTNM Патоморфологическая классификация

Категории pT, pN и pM отвечают категориям T, N и M

pN0 — Материал для гистологического исследования после селективной шейной регионарной лимфаденэктомии должен включать не менее 6 лимфатических узлов.

Материал для гистологического исследования после радикальной или модифицированной радикальной шейной лимфаденэктомии должен включать не менее 10 лимфатических узлов.

G — Гистопатологическая градация.

G_x — Степень дифференциации не может быть определена.

G₁ — Высокая степень дифференциации.

G₂ — Средняя степень дифференциации.

G₃ — Низкая степень дифференциации.

G₄ — недифференцированная опухоль.

ГРУППИРОВАНИЕ ПО СТАДИЯМ

Стадия 0	T _{is}	N ₀	M ₀
Стадия I	T ₁	N ₀	M ₀
Стадия II	T ₂	N ₀	M ₀
Стадия III	T ₁	N ₁	M ₀
	T ₂	N ₁	M ₀
	T ₃	N _{0, N1}	M ₀
Стадия IVA	T ₄	N _{0, N1}	M ₀
Стадия IVB	T _{4в}	любое	M ₀
	любое T	N	M ₀
Стадия IVC	любое T	N ₃	M ₁
		любое N	

Клиника.

Клинические признаки начальных стадий рака верхнечелюстной пазухи настолько незначительны, что больные обычно не уделяют им нужного внимания и своевременно не обращаются за медицинской помощью. Поэтому, большинство больных попадают в онкологические заведения в запущенных стадиях. Задержке своевременного попадания больных в специализированную клинику способствует ошибочное распознавание заболевания и в результате - неадекватное длительное лечение больных по поводу других заболеваний. По данным Г.П. Иоанидиса, 35% больных раком верхнечелюстной пазухи в результате ошибочного диагноза были прооперированы по поводу гайморита, полипа носа, периостита верхней челюсти и др.

Симптомы рака верхнечелюстной пазухи в значительной мере зависят от локализации опухоли в том или другом отделе гайморовой пазухи и направления роста опухоли за границы пазухи. Для систематизации этих симптомов их целесообразно разделить на ринологические, офтальмологические, стоматологические, неврологические:

- **Ринологические:**

✓ гнойно-кровянистые выделения из носа;

- ✓ одностороннее затруднение или полное отсутствие носового дыхания;
- ✓ деформация внешнего носа, смещение носа в здоровую сторону;
- ✓ anosmia.

- **Стоматологические:**

- ✓ зубная боль (преимущественно в участке моляра);
- ✓ расшатывание зубов;
- ✓ дистопия зубов (латеральная девиация);
- ✓ деформация, утолщение альвеолярного отростка верхней челюсти, нёба;
- ✓ тенденция к образованию ороантральных соединений после экстракции зубов;
- ✓ контрактура жевательных мышц (инвазия в участок крыловидных мышц).

- **Офтальмологические:**

- ✓ экзофтальм;
- ✓ диплопия;
- ✓ слезотечение (обструкция слёзного канала);
- ✓ отёк век;
- ✓ снижение остроты зрения.

- **Неврологические:**

- ✓ прозопалгии (боль в области лица);
- ✓ симптоматические тригеминальные невралгии;
- ✓ парестезии в зоне иннервации суборбитального нерва;
- ✓ изнурительная головная боль.

Признавая тесную взаимосвязь между локализацией злокачественной опухоли верхнечелюстной пазухи и ее клиническим течением, шведский отоларинголог Ohngren (1933) предложил разделять верхнюю челюсть на 4 отдела (сектора или сегмента). Такое распределение выполняется в результате проведения двух плоскостей, которые пересекаются.

- Первая плоскость - фронтальная, проходит через медиальный угол глаза и угол нижней челюсти и разделяет верхнюю челюсть и гайморовую пазуху на две приблизительно одинаковых части: передненижнюю и верхнезаднюю.
- Вторая плоскость - сагитальная, проходит через зрачок глаза, разделяет гайморовую пазуху соответственно на внутреннюю (медиальную) и внешнюю (латеральную) половины.

Вследствие этого образуются 4 сектора:

1. Нижнепередневнутренний.
2. Нижнепередненааружный.
3. Верхнезадневнутренний.
4. Верхнезадненааружный.

Опухоль, которая возникает в каждом из указанных секторов, имеет свою собственную клиническую картину и направление опухолевого роста.

Площадь, которая делит верхнюю челюсть на верхнезадний и передненижний отделы, некоторые авторы называют площадью или линией злокачественности. Дело в том, что опухоли задневерхних отделов диагностируются значительно позже, а опухолевый процесс намного раньше переходит на жизненно важные органы и поэтому прогноз при опухолях этих локализаций значительно хуже.

- Для опухолей нижнепередневнутреннего сектора характерными есть слизистые, слизисто-гнойные или гнойно-кровянистые выделения из носа. Прорастание в полость носа приводит к осложнению дыхания пораженной половиной носа, опухоль становится видимой при риноскопии и доступной для биопсии. В более поздних стадиях наблюдается деформация лицевого скелета в результате разрушения передней стенки гайморовой пазухи, переднего отдела неба, альвеолярного отростка верхней челюсти. Опухоль может распространяться на мягкие ткани. Носогубная борозда сглаживается, появляется асимметрия лица.
- Опухоли нижнепередненааружного сектора вызывают боль, расшатывание зубов, деформацию альвеолярного отростка и верхней челюсти в задних отделах. В результате разрушения задней стенки и прорастания опухоли в подвисочную и крылонебную ямку возникают явления контрактуры жевательных мышц.
- Опухоли задневерхневнутреннего сектора часто диагностируют в более поздних стадиях заболевания, так как они труднодоступны для осмотра и обследования. Если опухоль сначала прорастает в носовые ходы, то раньше появляются характерные симптомы (затруднение носового

дыхания, кровянистые выделения из полости носа) и опухоль можно увидеть при риноскопии в верхних отделах носа. Инфильтрируя участок орбиты, опухоль приводит к смещению глазного яблока вперед и латерально. В результате сдавления опухолью слезного канала возникает слезотечение.

- Опухоли задневерхненаружного сектора также приводят к возникновению экзофтальма со смещением глаза во внутренние отделы, что сопровождается диплопией. Наблюдаются застойные явления, отёк век. При дальнейшем увеличении опухоли появляется асимметрия лица, а потом и значительная его деформация. Развитие опухолей сопровождается интенсивными, изнурительными болями в участке ветвей тройничного нерва, головной болью, явлениями контрактуры жевательных мышц.

Диагностика.

Для установления диагноза злокачественной опухоли верхнечелюстной пазухи тщательным образом знакомятся с анамнезом заболевания, в котором есть возможность проследить непрерывное нарастание симптомов заболевания и отсутствие эффекта от лечебных мероприятий.

- Внешний осмотр больного. Во время внешнего осмотра больного в поздних стадиях заболевания определяют асимметрию, деформацию лицевого скелета, смещение глазного яблока.

- Мануальное обследование. С помощью пальпации удается определить инфильтрацию мягких тканей в области клыковой ямки и нижнеорбитального края, деформацию ската носа и скуловой кости.

- Передняя риноскопия. С помощью передней риноскопии можно обнаружить опухоль в полости носа, удалить кусочек опухоли для гистологического исследования. Если опухоль не выходит за пределы пазухи, выполняют ее пункцию и проводят цитологическое исследование пунктата.

- Задняя риноскопия. С помощью задней риноскопии можно установить наличие или отсутствие прорастания опухоли в носоглотку. При этом необходимо отличать "провисание" опухоли через хоаны в просвет носоглотки от опухолевой инфильтрации ее стенок, потому что это является одним из критериев операбельности больного.

- Осмотр полости рта даёт возможность определить деформацию альвеолярного отростка и нёба; дистопию, розшатывание и выпадение зубов; наличие бугристой опухоли или язвы. Пальпацию мягких тканей и костей выполняют бимануально, сравнивая симметрично расположенные отделы. Если находят опухоль, определяют пальпаторно её границы, консистенцию (плотная, хрящеподобная, эластичная, мягкая), поверхность (бугристая, гладкая), спаянность с мягкими тканями щеки.

- Пальпаторное обследование регионарных лимфатических узлов. Пальпация поднижнечелюстных, околоушных, шейных и надключичных лимфоузлов имеет большое диагностическое значение. При метастазах опухолей в поднижнечелюстную область и область шеи определяются плотные, чаще безболезненные, лимфоузлы, которые в дальнейшем становятся неподвижными и сливаются в сплошные конгломераты.

- Рентгенологическое исследование лицевого скелету играет значительную роль в уточнение клинического диагноза злокачественных опухолей верхней челюсти. Используется как обзорная, так и прицельная рентгенография. Особенно информативными являются рентгенограммы в носоподбородочной (окципитоментальной) проекции и панорамная рентгенография верхней челюсти (по В.Д. Сидоре и соавт.). Главное место в рентгенологическом исследовании занимает томография - послойное исследование. При выполнении томограмм во фронтальной проекции первый срез проходит на расстоянии 1 см от переносицы. Выполняют 4-5 срезов с томографическим шагом в 1 см. Можно выполнять срезы и в сагитальных плоскостях. Большими диагностическими возможностями отличается метод рентгенологического исследования дополнительных пазух носа с помощью их искусственного контрастирования. Значительную диагностическую ценность в уточнении степени распространенности злокачественных опухолей верхней челюсти имеет компьютерная томография, которая намного информативнее, чем обычное рентгеновское исследование.

- Обследование окулиста. При локализации опухоли в задневерхнемедиальном секторе необходимо определить состояние орбиты, в частности целостность ее стенок и подвижность глазного яблока.

- Фиброскопия. Степень распространенности опухоли на задние отделы носовых ходов и носоглотку можно обнаружить при помощи фиброскопии.

- Морфологическая верификация. Клинический диагноз обязательно должен быть подтвержден результатами морфологического исследования пунктата из гайморовой пазухи, или биоптата опухоли из носа или полости рта, если опухоль прорастает в эти анатомические отделы.

Лечение.

Сложные топографоанатомические взаимоотношения области верхней челюсти, близость передней черепной ямки, орбиты, носоглотки, крылочелюстной, подвисочной ямок значительно снижают возможность выполнения онкологически адекватных оперативных вмешательств, которые бы удовлетворяли требованиям абластики. Эти обстоятельства, а также поздняя диагностика опухолей верхнечелюстной пазухи определяют необходимость комбинированного лечения. Во всех случаях, когда можно выполнить операцию, преимущество предоставляют именно комбинированному методу лечения. Он состоит из 2 этапов:

- Первый этап – состоит из предоперационного курса дистанционной гамма-терапии (суммарной очаговой дозой 40-45 Гр). Лучевая терапия, как компонент комбинированного лечения, играет важную роль в обеспечении радикального лечения, повышения абластичности операций. При помощи предоперационной лучевой терапии удаётся достичь уменьшения опухоли, отграничения её, уменьшения потенциала злокачественности. Послеоперационная лучевая терапия показана лишь тогда, когда нет уверенности в радикализме выполненной операции.

- Второй этап - электрохирургическое удаление верхней челюсти, которое выполняется через 3 - 4 недели после окончания предоперационного курса лучевой терапии. Трудности топики опухоли определяют проведение электрохирургических операций из широкого внеротового доступа, который бы позволил точнее определить пределы новообразования и радикально его удалить. Чаще всего применяется рассечение мягких тканей по Веберу.

✓ При распространении опухолей на решетчатый лабиринт, полость орбиты показаны расширенные операции, часто с удалением орбиты. При этом следует планировать перед операцией перевязку наружной сонной артерии на стороне поражения для уменьшения интраоперационной потери крови.

✓ При подозрении или наличии метастазов в области шеи одновременно с резекцией челюсти (если позволяет состояние больного) выполняют фасциально-футлярное удаление клетчатки шеи по Пачесу или операцию Крайля соответственно.

✓ В.С. Проциком разработан комбинированный метод лечения рака верхней челюсти с применением внутриартериальной химиотерапии метотрексатом, с последующей телегамматерапией по интенсивной методике (при ежедневном фракционировании по 5 Гр суммарной дозой до 20 Гр). Через 1-2 дня выполняется электрорезекция верхней челюсти с закладыванием в послеоперационную полость стенового аппликатора с препаратами Со60 и подведением дозы на послеоперационную рану 35-40 Гр.

После лечения такие больные требуют комиссования (II группа инвалидности). Кроме сложного протезирования, такие больные требуют восстановительных операций, обучение у логопеда, оздоровления в домах отдыха и санаториях общего профиля.

Реабилитация.

Больные, которым проведены оперативные вмешательства по поводу злокачественных опухолей верхней челюсти, требуют сложного челюстно-лицевого протезирования. Чаще всего применяется трехэтапная методика протезирования:

- первый этап - перед операцией изготовляют непосредственный протез - защитную пластинку;
- второй этап - на 10-15 сутки после операции изготовляют формирующий протез;
- третий этап - через месяц изготовляют окончательный протез. Дефекты орбиты и мягких тканей лица возмещают с помощью эктопротезов.

Прогноз.

Прогноз неблагоприятен: уже на протяжении 1 года после комбинированного лечения наблюдается от 30% до 60% рецидивов. Химиотерапия и лучевая терапия, как правило, дают кратковременный эффект.

Б. Злокачественные опухоли нижней челюсти.

Этиология.

Встречаются первичные, вторичные и метастатические опухоли.

- Первичный плоскоклеточный рак нижней челюсти очень редко развивается из эпителиальных остатков гертвиговой мембраны.
- Вторичный рак нижней челюсти чаще развивается вследствие перехода оболочки альвеолярного отростка нижней челюсти. Кроме того, нижняя челюсть часто втягивается в опухолевый процесс при распространении рака слизистой оболочки альвеолярного отростка, дна полости рта, ретромолярной области, щеки.
- Метастатический рак нижней челюсти. Метастазы в нижнюю челюсть иногда наблюдаются при поражении первичным раком внутренних органов, щитовидной и грудной железы.

Патологическая анатомия.

Чаще всего рак нижней челюсти принадлежит к опухолям, которые имеют строение плоскоклеточной с ороговением и, реже - без ороговения карциномы. Опухоль может быть представлена эндофитной или экзофитной формой роста. Метастазы рака нижней челюсти наблюдаются значительно чаще, чем при поражении верхней челюсти. Метастазирование преимущественно лимфогенное - в поднижнечелюстные и шейные лимфоузлы.

Клиника.

Начальные проявления рака нижней челюсти могут быть достаточно разнообразными. Ранними симптомами есть приступы резкой боли с иррадиацией по ходу нижнеальвеолярного нерва. Постепенно увеличивается вздутие кости. Вследствии деструкции стенок альвеол, тканей пародонта, которая иногда протекает скрыто, появляется патологическая подвижность, а потом и выпадение зубов. Опухоль прорастает слизистую оболочку альвеолярного гребня, покрывается язвами и распространяется на ткани дна полости рта. На этом этапе развития рак нижней челюсти трудно отличить от рака слизистой оболочки полости рта, который распространяется на нижнюю челюсть.

Рак нижней челюсти может быть представленным в виде как опухолевого инфильтрата, так и опухолевой язвы. При распространении опухоли на прилегающие к челюсти органы и ткани в результате отека и инфильтрации возникает асимметрия лица. В результате значительного разрушения нижней челюсти опухолевым процессом может возникнуть ее спонтанный патологический перелом, который иногда бывает первой причиной обращения к врачу. В случае присоединения к опухолевому процессу воспалительных явлений, особенно в участках прикрепления жевательных мышц и при нарушении непрерывности нижней челюсти, возникают ограничения ее подвижности, резко нарушается жевательная функция. При подавляющем росте опухоли вглубину костной ткани, кроме быстрого разрушения кости с образованием патологической костной полости происходит также резорбция корней прилегающих зубов; прорастание опухоли в нижнечелюстной канал сопровождается появлением симптома Венсана.

Поражение регионарных лимфатических узлов значительно ухудшает клиническую картину заболевания.

Диагностика.

Анализируя причины запущенности рака челюстных костей, можно прийти к заключению, что с одной стороны этому способствует слишком позднее обращение больных, с другой - недостаточная осведомленность врачей (в частности стоматологов) с проявлениями и течением злокачественных опухолей челюстных костей.

Для своевременной диагностики важное значение имеет:

- правильно собранный и детально проанализированный анамнез;
- тщательное объективное обследование больного;
- рентгенологические методы исследования - принадлежат к основным методам распознавания злокачественных новообразований челюстей.

При поражении нижней челюсти определяется:

- ✓ деструкция костной ткани с нечеткими узурированными краями;
- ✓ расширением периодонтальных щелей;
- ✓ деструкцией кортикальной пластинки стенки альвеолы и губчатого вещества вокруг нее;
- ✓ расширение нижнечелюстного канала и др.
- морфологическая верификация:
 - ✓ в ранних стадиях рака нижней челюсти необходимо цитологическое исследование пунктата;

- ✓ при прорастании опухоли альвеолярного отростка и появлении язв на слизистой оболочке, выполняется биопсия опухоли;
 - ✓ обязательное цитологическое исследование пунктата увеличенных регионарных лимфоузлов.
- Дифференциальная диагностика проводится с целью исключения: доброкачественных одонтогенных опухолей, гигантоклеточных опухолей, фиброзной остеодистрофии, актиномикоза, воспалительных процессов.

Лечение.

Как и при других локализациях рака полости рта лечение опухолей нижней челюсти следует начинать с санации. Противопоказанием является лишь удаление разрушенных и расшатанных зубов из зоны роста злокачественной опухоли. Наилучшие результаты при лечении рака нижней челюсти наблюдаются после комбинированных методов:

I этап - дистанционная гамма-терапия на очаг и регионарные поднижнечелюстные лимфатические узлы суммарной очаговой дозой 45 - 60 Гр.

II этап - хирургическое лечение через 3 - 4 недели после окончания лучевой терапии - резекция или экзартикуляция половины нижней челюсти с профилактической фасциальнофутлярной лимфаденэктомией или (при наличии регионарных метастазов) операцией Крайля.

Больным с запущенными стадиями назначают:

- а) паллиативную лучевую терапию (до 70 Гр);
- б) регионарную внутриартериальную химиотерапию цитостатиками (метотрексат, блеомицин, цисплатин и др.).

Удалению опухоли нижней челюсти должен предшествовать комплекс мероприятий, направленных на изготовление ортопедических конструкций, которые используются для удержания в правильном положении остатков нижней челюсти (шина Ванкевич). Иногда с этой же целью применяют назубные проволочные шины с межчелюстной эластичной тягой. От комплекса ортопедических мероприятий в значительной степени зависит скорость заживления раны и эстетический аспект послеоперационных рубцов.

Реабилитация.

В послеоперационном периоде, особенно после резекции значительной части нижней челюсти и жевательных мышц, кормление больного на протяжении нескольких недель осуществляют через носопищеводный зонд. Реконструктивные операции с целью замещения дефектов нижней челюсти - костную пластику, особенно после лучевой терапии, целесообразно восстанавливать не непосредственно после операции удаления опухоли, а через 10-12 месяцев.

Прогноз.

Прогноз при злокачественных заболеваниях нижней челюсти очень неблагоприятен - пятилетнее выживание после лечения всех злокачественных опухолей этой локализации наблюдается у 18% - 30% больных.

В. Саркомы челюстно-лицевой области

Саркома - злокачественная опухоль мезенхимного происхождения чаще поражает челюсти, реже локализуется в окружающих мягких тканях. Чаще всего наблюдаются такие формы сарком: остеогенные саркомы, хондросаркомы, фибросаркомы, ангиосаркомы и др.

- В сравнении с раком саркомы челюстно-лицевой области встречаются в более младшем возрасте.
- Метастазируют они преимущественно гематогенным путем.
- Клинические проявления определяются главным образом локализацией опухоли.

Топографически различают так называемые центральные и периферические саркомы челюстей.

При центральных саркомах, которые исходят из соединительнотканых элементов костного мозга и костной ткани, ранними симптомами являются:

- ноющая боль, которая сначала тревожит больного ночью, а потом приобретает постоянный характер;
- подвижность зубов и деформация челюсти в виде ее вздутия;
- снижения электровозбудимости зубов, верхушки которых расположены в зоне роста опухоли;
- сукровичные выделения из носового хода, затруднения носового дыхания могут наблюдаться при поражении верхней челюсти;
- парестезия в участке кожи подбородка и половины нижней губы (симптом Венсана) при поражении нижней челюсти.

У больных с центральными саркомами во время рентгенологического обследования определяются очаги деструкции костной ткани округлой формы с нечеткими неровными контурами, периостальными козырьками.

При периферических саркомах челюстей одним из первых симптомов являются:

- деформация челюсти - утолщение определенного ее отдела;
- язвы слизистой оболочки - периферические опухоли альвеолярных отростков часто травмируются во время жевания, которое вызывает возникновение язв слизистой оболочки, которая покрывает опухоль, и присоединение инфекции;
- патологическая подвижность зубов возникает вследствие деструкции костной ткани и тканей пародонта;
- достижение за короткое время значительных размеров новообразования ведет к нарушению носового дыхания, смыкания зубных рядов, ограничения подвижности нижней челюсти, затруднений речи и принятия пищи.

Рентгенологическая картина при периферических саркомах челюстей характеризуется:

- ✓ отслаиванием надкостницы;
- ✓ формированием новообразованной костной ткани в виде периостальных наслоений и отдельных шипов (спикул).

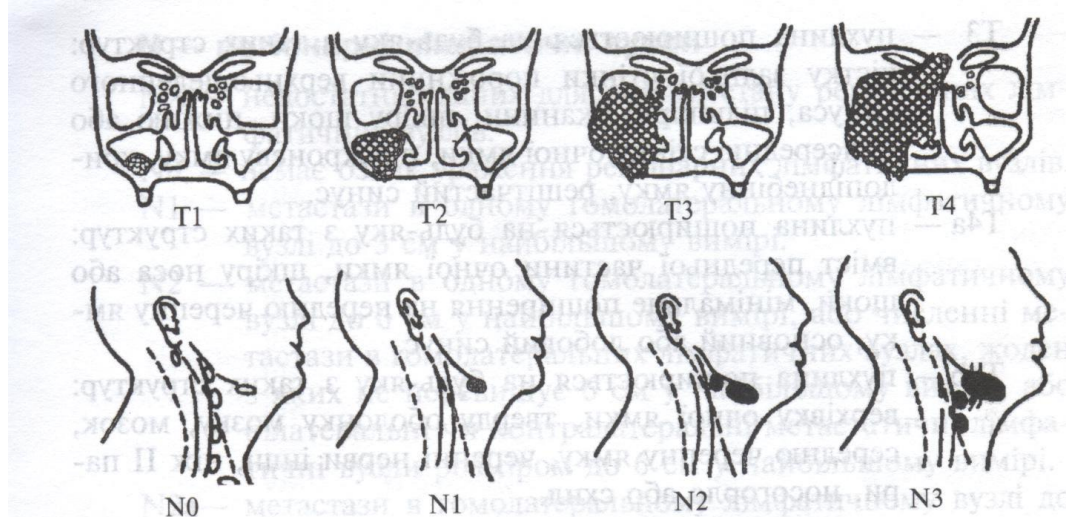
Для сарком присуща экспансивная форма роста, при этом увеличение массы опухоли происходит значительно быстрее, чем у больных раком. До появления метастазов и опухолевых язв с присоединением инфекции, общее состояние больных остается удовлетворительным.

Прогноз и выбор рационального метода лечения в значительной мере определяются структурой опухоли, поэтому очень важной является морфологическая верификация опухолевого процесса. Следует принимать к сведению, что фибросаркома, миксосаркома, хондросаркома и остеосаркома являются опухолями, которые резистентны к лучевой терапии и поэтому основным методом их лечения является хирургический. У неоперабельных больных применяют химиотерапию в сочетании с лучевой терапией.

6. МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЯ:

А. Задания для самоконтроля:

Схема роста опухоли верхнечелюстной пазухи и пути лимфогенного метастазирования



Б. Задачи для самоконтроля:

1. У больной имеется припухлость и гиперемия в участке внутреннего угла глаза, слезотечение на стороне поражения, слизисто-гнойные и кровянисто-гнойные выделения из носа со зловонным запахом, экзофтальм, ограничение движений глазного яблока, диплопия и снижение остроты зрения.

Где находится раковая опухоль?

(Ответ: в задне-верхне-внутреннем отделе гайморовой пазухи)

2. У больного имеется деформация верхней челюсти слева, гнойно-кровянистые выделения из носа, затрудненное носовое дыхание, снижение чувствительности кожи подглазного участка, подвижность 24, 25, 26, 27. На рентгенограмме дополнительных пазух носа отмечается затемнение левой верхнечелюстной пазухи и резорбция наружной стенки.

Поставьте предварительный диагноз.

(Ответ: злокачественная опухоль левой верхней челюсти)

3. При раковой опухоли в верхнечелюстной пазухе как будут выражены реактивные и репаративные процессы со стороны кости и надкостницы, которые могут быть обнаружены при проведении рентгенологического исследования?

(Ответ: не выражены (отсутствуют))

В. Материалы для тестового контроля. Тестовые задания с одним правильным ответом (α=II):

1. Клинические симптомы поражения верхне-задне-медиального сегмента (по Онгрону) верхнечелюстной пазухи есть:

А. Подвижность фронтальных зубов.

В. Подвижность моляров, «тризм».

С. Экзофтальм, диплопия, слезотечение.

Д. Экзофтальм, диплопия, парестезия в зоне иннервации 3 ветви тройничного нерва.

Е. Асимметрия лица.

(Правильный ответ: С)

2. Рентгенографическая картина одонтогенной карциномы (первичного рака) нижней челюсти?

А. Участок разрежения костной ткани с четкими контурами, репаративные процессы в окружающей кости отсутствуют.

В. Участок разрежения костной ткани без четких контуров, репаративные процессы в окружающей кости отсутствуют.

С. Участок разрежения костной ткани с четкими контурами, выражены репаративные процессы в окружающей кости.

Д. Участок разрежения костной ткани без четких контуров, выражены репаративные процессы в окружающей кости.

Е. Участок разрежения костной ткани с четкими контурами в виде «мыльных пузырей».

(Правильный ответ: В)

3. Синоним первичного (центрального) рака челюсти :

А. Саркома челюсти.

В. Саркома Юинга.

С. Одонтогенная карцинома.

Д. Болезнь Педжета.

Е. Одонтоамелобластома.

(Правильный ответ: С)

Г. Учебные задачи 3-го уровня (нетипичные задачи):

1. Плоскости Онгрена условно разделяют верхнечелюстную пазуху на какие секторы?

(Ответ: передне-нижне-задний, задне-верхне-внутренний, задне-верхне-внешний)

2. Что включают в блок удаляемых тканей при операции Крайля?

(Ответ: в блок тканей, которые удаляются включается клетчатка и лимфатические узлы шеи, грудинно-ключично-сосочкообразная мышца, внутренняя яремная вена, дополнительный нерв, поднижнечелюстная железа и нижний полюс околоушной железы)

3. Что включают в блок удаляемых тканей при операции Ванаха?

(Ответ: удаляются подподбородочные, поднижнечелюстные лимфатические узлы и глубокие шейные лимфоузлы в зоне от двобрюшной мышцы к верхнему краю сухожилия лопаточноподъязычной мышцы, обе поднижнечелюстные железы и нижний полюс околоушной железы)

7. ЛИТЕРАТУРА:

Основная литература:

1. Онкологія. За ред. Б.Т. Білінського, Ю.М. Шпарика. – Київ: «Здоров'я», 2004. – 527 с.

2. Онкологія /За ред. В.П.Баштана, А.Л. Одабашьяна, П.В. Шелешка. – Тернопіль; Укрмедкнига, 2003. – 316 с.
3. Черенков В.Г. Клиническая онкология: Руководство для студентов и врачей. М.: ВУНМЦ МЗ РФ, 1999. – 384 с.

Дополнительная литература:

1. Онкологія. За ред. І.Б. Щепотіна. – Київ: «Книга плюс», 2006. – 496 с.
2. Пачес А.И. Опухоли головы и шеи. М.: Медицина, 1983. – 416 с.
3. Соловьёв М.М. Онкологические аспекты в стоматологии. М.: Медицина, 1983. – 160 с.
4. Гистологическая классификация опухолей слюнных желёз. Всемирная организация здравоохранения. Женева, 1976.
5. Справочник по онкологии. Под ред. С.А. Гриневича, Д.В. Мясоедова. – Київ. «Здоров'я», 2009. -576 с.
6. Вибрані лекції з клінічної онкології. За ред. проф. Г.В. Бондаря і проф. С.В. Антіпової. Луганськ, 2009. – 560 с.
7. Стандарти діагностики і лікування онкологічних хворих. Затверджено наказом Міністерства охорони здоров'я України «Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Онкологія» від 17.09.2007 № 554. – 199 с.
8. Руководство по химиотерапии опухолевых заболеваний. Под ред. Н.И. Переводчиковой. – Москва: Практическая медицина, 2005. – 704 с.

Министерство здравоохранения Украины
Высшее государственное учебное заведение Украины
«Украинская медицинская стоматологическая академия»

«Утверждено»
на заседании кафедры
хирургической стоматологии
и челюстно-лицевой хирургии
с пластической и реконструктивной
хирургией головы и шеи

Заведующий кафедрой

д. мед. н. Аветиков Д.С. 

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ
ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ
ВО ВРЕМЯ ПОДГОТОВКИ К ПРАКТИЧЕСКОМУ
(СЕМИНАРСКОМУ) ЗАНЯТИЮ

Учебная дисциплина	Хирургическая стоматология
Модуль №	3
Содержательный модуль №	3
Тема занятия	Рак губы. Рак органов полости рта (языка, щеки, дна полости рта, твердого и мягкого нёба). Происхождение и гистологическое строение, классификация, клиника, дифференциальная диагностика, лечение, осложнения, профилактика.
Курс	IV
Факультет	Стоматологический

1. АКТУАЛЬНОСТЬ ТЕМЫ.

В последние годы наблюдается непрерывный рост частоты заболеваемости раком слизистой оболочки полости рта и языка. Поэтому, будущий врач должен быть осведомленным с причинами возникновения рака; необходимо понимание канцерогенеза, без чего невозможно теоретически обосновать применение как профилактических мер, так и методов лечения. Эффективность лечения злокачественных опухолей полностью зависит от состояния диагностики. Овладения принципами и практическими навыками профилактики, ранней диагностики, знания показаний и противопоказаний к применению современных методов лечения онкологических заболеваний и организации онкологической службы необходимо для своевременного направления больных с опухолями к специалистам-онкологам.

2. КОНКРЕТНЫЕ ЦЕЛИ:

- 2.1. Анализировать заболеваемость злокачественных новообразований губы, языка, слизистой оболочки полости рта.
- 2.2. Объяснять патогенез возникновения злокачественных новообразований губ, слизистой оболочки полости рта, языка.
- 2.3. Предложить методы диагностики злокачественных новообразований губ, слизистой оболочки полости рта, языка.
- 2.4. Классифицировать злокачественные новообразования губ, слизистой оболочки полости рта, языка.
- 2.5. Трактовать патологическую анатомию злокачественных новообразований губы, языка, слизистой оболочки полости рта.
- 2.6. Рисовать схемы, лечения злокачественных новообразований губы, языка, слизистой оболочки полости рта.
- 2.7. Проанализировать выводы диагностических методов злокачественных новообразований губы, языка, слизистой оболочки полости рта, установить диагноз.
- 2.8. Составить план лечения злокачественных новообразований губы, языка, слизистой оболочки полости рта в зависимости от стадии заболевания и клинической группы.

3. БАЗОВЫЕ ЗНАНИЯ, УМЕНИЯ, НАВЫКИ, НЕОБХОДИМЫЕ ДЛЯ ИЗУЧЕНИЯ ТЕМЫ (междисциплинарная интеграция).

Названия предыдущих дисциплин	Приобретённые навыки
1. Анатомия человека.	Описание анатомического строения и особенностей кровоснабжения, иннервации, лимфатической системы головы и шеи.
2. Гистология.	Знание гистологического строения тканей губ, языка, слизистой оболочки полости рта.
3. Патологическая анатомия.	Знание патологических изменений в гистологическом строении тканей губ, языка, слизистой оболочки полости рта при злокачественных новообразованиях.
4. Внутренние болезни.	Описание истории болезни, сравнения клинических обследований.
5. Общая хирургия.	Схематическое изображение операций при злокачественных новообразованиях губ, слизистой оболочки полости рта, языка
6. Пропедевтика хирургической стоматологии.	Владение методами забора материала для цитологического исследования.

4. ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ ВО ВРЕМЯ ПОДГОТОВКИ К ЗАНЯТИЮ.

4.1. Перечень основных терминов, параметров, характеристик, которые должен усвоить студент при подготовке к занятию:

Термин	Определение
1. Рак на месте.	Это cancer in situ.

2. Биопсия тотальная.	Биопсія in toto.
3. Продолжение заболевания.	Prolongatio morbi.
4. Метастаз.	Это вторичный патологический очаг, который возникает в результате переноса в организме разного патологического материала.
5. Канцерогенез.	Это механизм развития рака.

4.2. Теоретические вопросы к занятию:

1. Какие факторы влияют на возникновение злокачественных новообразований губ, языка, слизистой оболочки полости рта.
2. Как классифицируются злокачественные новообразования губ, языка, слизистой оболочки полости рта (отечественная классификация)?
3. Как классифицируются злокачественные новообразования губ, языка, слизистой оболочки полости рта по классификации TNM (международная классификация ВОЗ)?
4. Какие принципы диагностики злокачественных новообразований губ, языка, слизистой оболочки полости рта?
5. Что такое цитологический метод исследования? Какие методы забора материала при злокачественных новообразованиях губ, языка, слизистой оболочки полости рта Вы знаете? Методики выполнения.
6. Что такое биопсия? Какие методы биопсии губ Вы знаете? Методики выполнения разных методов биопсии.
7. Каких правил следует придерживаться во время взятия биопсии?
8. Какие принципы лечения злокачественных новообразований губ, языка, слизистой оболочки полости рта?
9. Что такое комбинированное лечение?
10. Что такое комплексное лечение?
11. Что такое паллиативное лечение?
12. Как выполняется диспансеризация больных со злокачественными новообразованиями губ, языка, слизистой оболочки полости рта?

4.3. Практические работы (задания), которые выполняются на занятии:

1. Обследовать больного со злокачественным новообразованием губ, слизистой оболочки полости рта или языка.
2. Заполнить медицинскую документацию на больного со злокачественным новообразованием губ, слизистой оболочки полости рта или языка.
3. Составить план обследования больного со злокачественным новообразованием губ, слизистой оболочки полости рта или языка.
4. Взять материал для цитологического исследования опухоли.
5. Провести забор материала для цитологического исследования лимфатических узлов.
6. Провести забор материала для гистологического исследования (выполнить биопсию).
7. Поставить и обосновать клинический диагноз.
8. Составить и обосновать план лечения.
9. Назначить больному диспансерное наблюдение.

5. СОДЕРЖАНИЕ ТЕМЫ:

ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ НОВООБРАЗОВАНИЯ ГУБЫ

Рак губы - возникает в участке красной каймы губы. У 90-95 % больных опухоль поражает нижнюю губу. 90 % больных - мужчины. Рак губы встречается преимущественно у людей 40-60 лет, однако может наблюдаться и у младших и более старых больных. Заболеваемость раком нижней губы в Украине составляет 4,7 на 100 тыс. населения.

Этиология. Рак нижней губы чаще возникает у лиц, которые испытывают длительное влияние атмосферных факторов, - длительная инсоляция, обветривание, изменение влажности, температуры. Значительную роль играют хроническая травматизация губ кариозными зубами и неправильно изготовленными протезами, микроожоги и хроническая травма в результате курения табака, вирусная инфекция и др.

Патогенез. В результате дегенеративно-пролиферативных изменений клеток мальпигиевого слоя эпителия губы нарушаются процессы ороговения, которые приводят к возникновению предракового состояния. Согласно классификации Машкиллейсона облигатными предраками губы являются преинвазивный хейлит Манганотти, очаговый гиперкератоз красной каймы губы, бородавчатый предрак красной каймы губы и болезнь Боуэна. Среди факультативных предраков с высокой достоверностью малигнизации есть папиллома, эрозивная и бородавчатая формы лейкоплакии, кожный рог, кератоакантома и другие. Такие заболевания, как хронический хейлит, эрозивная и гиперкератотическая форма красной волчанки и плоского лишая, хронические язвы и трещины губы при длительном существовании и отсутствии адекватного лечения также могут стать причиной возникновения рака.

Патологическая анатомия: рак нижней губы развивается из многослойного плоского эпителия красной каймы и в дальнейшем может распространяться на слизистую оболочку и кожу. Подавляющее большинство опухолей губы (80-95%) - это плоскоклеточный ороговевающий рак, около 4-18% наблюдений приходится на неороговевающие формы, очень редко - базальноклеточный и недифференцированный рак. Наиболее агрессивное течение у плоскоклеточного рака без ороговения и недифференцированных форм.

Для рака губы характерным является лимфогенное метастазирование, отдаленные метастазы встречаются редко. Первым этапом метастазирования рака губы является подбородочные и поднижнечелюстные лимфатические узлы, вторым этапом - глубокие шейные лимфатические узлы (позадичелюстные, вдоль внутренней яремной вены и сонной артерии), третий этап - надключичные.

Классификация рака губы. В зависимости от распространенности опухолевого процесса отечественная классификация предусматривает распределение рака губы на четыре стадии:

I. Опухоль или язва размером до 1,5 см, ограниченная слизистой оболочкой или подслизистым слоем красной каймы, без метастазов;

IIa. Опухоль или язва, ограниченная слизистой оболочкой или подслизистым слоем красной каймы больше чем 1,5 см, но не больше половины губы, без метастазов;

IIб. Опухоль или язва таких же или меньших размеров, но при наличии метастазов в 1-2 подвижных регионарных лимфоузлах;

IIIa. Опухоль или язва, которая занимает большую часть губы, с прорастанием в её толщину или распространением на угол рта, щеку, мягкие ткани подбородка, без метастазов;

IIIб. Опухоль или язва таких же размеров или меньшего распространения, однако с наличием ограниченно подвижных регионарных метастазов;

IV. Опухоль занимает большую часть губы с прорастанием всей толщины и распространением на костную ткань челюсти, с метастазами в неподвижных регионарных лимфоузлах, или любых размеров опухоль с отдаленными метастазами.

Классификация раков губы, слизистой оболочки полости рта, языка.

(коды МКБ - 10 C00; C02 - 06) по системе TNM (6-ое издание, 2002 год)

Анатомические разделы и подразделения

Губа

Внешняя поверхность верхней губы - C00.0

Внешняя поверхность нижней губы (красная кайма) - C00.1

Комиссуры губы - C00.6

Полость рта

Слизистый слой щек:

Слизистая поверхность верхней и нижней губы (C00.3, C00.4).

Слизистая оболочка щеки (C06.0).

III. Ретромолярная область (C06.2).

IV. Щечно-губная борозда, верхняя и нижняя – преддверие рта (C06.1).

Альвеолярная поверхность (отросток) слизистой оболочки десен верхней челюсти (C03.0).

Альвеолярная поверхность (отросток) слизистой оболочки десен нижней челюсти (C03.1).

Твердое небо (C05.0).

Язык:

Дорсальная поверхность передних двух третей языка (C02.0) и боковая поверхность (C02.1).

Вентральная (нижняя) поверхность передних двух третей языка (C02.2).

Передняя часть дна ротовой полости (C04.0).

TNM Клиническая классификация

T - первичная опухоль;
 T_x - недостаточно данных для оценки первичной опухоли;
 T₀ - первичная опухоль не определяется;
 T_{is} - преинвазивная карцинома (carcinoma in situ);
 T₁ - опухоль до 2 см в наибольшем измерении;
 T₂ - опухоль свыше 2 см, но не больше чем до 4 см в наибольшем измерении;
 T₃ - опухоль больше 4 см в наибольшем измерении;
 T₄ - губа: опухоль распространяется на соседние структуры (например, кортикальный слой нижней челюсти, нижний альвеолярный нерв, дно ротовой полости, кожу лица);
 T_{4a} - полость рта (резектабельные): опухоль распространяется на соседние структуры (например, кортикальный слой кости, глубокие мышцы языка, верхнечелюстную пазуху, кожу лица);
 T_{4b} - полость рта (нерезектабельные): опухоль распространяется на жевательные мышцы, крылоподобную пластинку или основание черепа и (или) охватывает внутреннюю сонную артерию;
 N - регионарные лимфатические узлы;
 N_x - недостаточно данных для оценки состояния регионарных лимфатических узлов;
 N₀ - нет признаков поражения регионарных лимфатических узлов;
 N₁ - метастазы в одном гомолатеральном лимфатическом узле до 3 см в наибольшем измерении;
 N₂ - метастазы в одном гомолатеральном лимфатическом узле до 6 см в наибольшем измерении, или множественные метастазы в гомолатеральных лимфатических узлах, ни один из которых не превышает 6 см в наибольшем измерении, или билатеральные, или контралатеральные метастатические узлы размером до 6 см в наибольшем измерении;
 N_{2a} - метастаз в гомо латеральном лимфатическом узле до 6 см в наибольшем измерении;
 N_{2b} - множественные метастазы в гомолатеральных лимфатических узлах, ни один из которых не превышает 6 см в наибольшем измерении;
 N_{2c} - билатеральные или контралатеральные метастатические лимфатические узлы размером до 6 см в наибольшем измерении;
 N₃ - метастазы в лимфатических узлах свыше 6 см в наибольшем измерении.
 Примечание: лимфатические узлы по средней линии тела считаются гомо латеральными.
 M - отдаленные метастазы;
 M_x - недостаточно данных для определения отдаленных метастазов;
 M₀ - нет признаков отдаленных метастазов;
 M₁ - есть отдаленные метастазы;

рTNM Патоморфологическая классификация

Категории рТ, рN, рM отвечают категориям T, N и M

рN0 - материал для гистологического исследования после селективной шейной регионарной лимфаденектомии должен включать не менее чем 6 лимфатических узлов; после радикальной или модифицированной радикальной шейной лимфаденектомии не менее чем 10 лимфатических узлов.

G - гистологическая градация

G_x - степень дифференциации опухоли не может быть определена;
 G₁ - высокая степень дифференциации;
 G₂ - средняя степень дифференциации;
 G₃ - низкая степень дифференциации;
 G₄ - недифференцированная опухоль.

ГРУППИРОВАНИЕ ПО СТАДИЯМ

Стадия 0	T _{is}	N ₀	M ₀
Стадия I	T ₁	N ₀	M ₀
Стадия II	T ₂	N ₀	M ₀
Стадия III	T ₃	N ₀	M ₀
	T ₁	N ₁	M ₀
	T ₂	N ₁	M ₀
	T ₃	N ₁	M ₀
Стадия IVA	T _{4a}	N ₀ , N ₁	M ₀
	T ₁ , T ₂ , T ₃ , N ₂ ,	N ₂	M ₀
	T _{4a}	N ₂	M ₀

Стадия IVB	T _{4в}	любое N	M ₀
	любое pT	N ₂	M ₀
Стадия IVC	любое T	любое N	M ₁

Клиника. Клинические проявления рака губы достаточно различны. Различают экзофитные и эндофитные виды роста опухолей. К экзофитным относятся папиллярная и бородавчатая формы, к эндофитным – язвенная и язвенно-инфильтративная формы. Экзофитные формы возникают на фоне папиллом, ограниченного очагового гиперкератоза. Эндофитные формы возникают на фоне хейлита Манганотти и других деструктивных дискератозов. Течение эндофитных форм рака более агрессивный. Язвенная форма характеризуется постепенным углублением язвенной поверхности, дно язвы становится неровным, форма – неправильной, края приподнятые, инфильтрированы, благодаря чему язва имеет кратерообразную форму. Сначала язва безболезненная, но вследствие присоединения воспалительных явлений появляется боль.

При язвенно-инфильтративных формах рака губы зона инфильтрации значительно превышает зону деструкции и имеет плотную консистенцию.

Следует подчеркнуть, что ранние симптомы рака губы являются малозаметными и они обычно теряются на фоне существующего передракового процесса. Признаком малигнизации может быть усиление деструктивного процесса и появление инфильтрата. Обычно на грани красной каймы губ появляется уплотнение, которое напоминает струп. После снятия роговых масс обнажается розовая поверхность с мелкими сосочками, покрытыми лимфой и капельками крови. Струп может отпадать самостоятельно, со временем возобновляясь. Темп роста опухоли от медленного к быстрому распространению на всю губу, более интенсивный при эндофитных формах рака. В более поздних периодах как экзофитные, так и эндофитные формы рака губы, прогрессируя, непременно приводят к возникновению инфильтративно-язвенных форм, которые сопровождаются образованием обширных дефектов губы, угла рта, подбородка с переходом на нижнюю челюсть. На этой стадии развития болезни присоединяются значительные воспалительные явления. Состояние таких больных резко ухудшается и они погибают от истощения, присоединения пневмонии или от кровотечения из опухоли, которая распадается.

Диагностика. Диагноз рака нижней губы основывается на данных осмотра как невооруженным глазом, так и с применением стоматоскопии (хейлоскопии). Эти методы дают возможность определить характер и глубину язвы, увидеть валик инфильтрации вокруг язвенной формы рака, определить состояние окружающей слизистой оболочки, на фоне которой возник участок новообразования. Применение прижизненного окрашивания 1% водным раствором толудинового синего дает возможность увидеть зоны, подозрительные на малигнизацию (зоны предопухолевых образований остаются неокрашенными, а клетки рака фиксируют синий цвет).

Пальпация губы через всю толщу осуществляется большими и указательными пальцами, что дает возможность определить настоящие размеры опухоли. Пальпацию регионарных лимфоузлов следует проводить одновременно с обеих сторон. При подозрении на рак губы обязательно следует проводить цитологическое исследование мазков-отпечатков из опухолевой язвы: патологический участок очищается от корок, некротического налета, после чего берется материал для цитологического исследования; исследуется также пунктат регионарных лимфоузлов. Биопсию желателно выполнять в условиях онкодиспансер.

Рак губы на начальных стадиях развития необходимо дифференцировать с преканцерозами, туберкулезом и сифилисом. Туберкулезная язва очень болезненна, плоская, имеет вокруг себя венец гиперемии. У сифилитической язвы подрытые края и "сальное" дно. Однако окончательное значение имеют морфологические и бактериологические данные, для сифилиса - серологические реакции.

Методы лечения. Перед началом лечения больных следует убедить в необходимости прекратить курение табака и провести санацию полости рта. Для выбора метода лечения учитывается стадия, клиническая и морфологическая форма опухоли.

Лечение в I стадии преимущественно лучевое: близкофокусная рентгенотерапия суммарной очаговой дозой до 70 Гр. В случае радио резистентных раков применяют хирургическое лечение - широкое прямоугольное, трапецевидное (но не клиноподобное) электроиссечение с пластичным закрытием дефекта. Применяют криохирургию. Лимфатические узлы во II стадии не удаляют.

Во II стадии для лечения первичного очага также применяют близкофокусную рентгенотерапию суммарной очаговой дозой до 70 Гр. При одиночных смещаемых регионарных метастазах (IIб стадия) - выполняется операция Ванаса или ее модификация (верхняя шейная лимфаденектомия).

В III стадии рака губы лечение первичной опухоли лучевое или комбинированное. Дистанционная гамма-терапия как самостоятельный метод проводится к суммарной дозе 60 Гр. В отдельных случаях дистанционная гамма-терапия после достижения 40-45 Гр может быть дополнена близко фокусной рентгенотерапией или внутритканевой гамма терапией к общей суммарной очаговой дозе 60-65 Гр. При IIIа стадии выполняется операция Ванаса по I или II вариантам с профилактической целью.

Лечение регионарных метастазов при IIIб стадии - комбинированное. Дистанционную гамма терапию суммарной очаговой дозой 40 Гр на зоны регионарного метастазирования выполняют одновременно с проведением лучевой терапии первичного очага. Непосредственно после вылечивания первичной опухоли выполняется фасциально-фулярное удаление клетчатки шеи или операция Крайля.

В IV стадии при отсутствии отдаленных или множественных не смещаемых регионарных метастазов полностью оправдана попытка комбинированного лечения: проведение предоперационной дистанционной гамма терапии в сочетании с расширенными и комбинированными операциями с широким иссечением нижней губы, фронтального отдела нижней челюсти, дна полости рта, а также двустороннее удаление клетчатки с лимфоузлами зон метастазирования. С паллиативной целью возможно проведение телегамма терапии до 40 Гр. При кровотечении показана перевязка наружных сонных артерий. Иногда значительной регрессии опухоли удается достичь после проведения внутринеартериальной регионарной химиотерапии (метотрексат, блеомицин).

При рецидивах рака губы после лучевой терапии показано широкое - не менее 2-3 см от опухоли - электрохирургическое удаление или криохирургия.

Прогноз зависит от стадии заболевания, особенностей гистологического строения опухоли, своевременности и адекватности лечения. Стойкое вылечивание при всех стадиях заболевания составляет 50-70%. При I-II стадиях пятилетнее выживание наблюдается у 90% больных. Менее благоприятное течение наблюдается при неороговевающих формах рака, и, особенно, при низко дифференцированных раках.

ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ НОВООБРАЗОВАНИЯ ЯЗЫКА И СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА

Эпидемиология. Заболеваемость раком слизистой оболочки полости рта, языка в 1996 году в Украине составляет 4,25 на 100 тыс. населения. Мужчины болеют значительно чаще женщин. Рак слизистой оболочки полости рта в Украине у мужчин составлял 4,4 % всех злокачественных опухолей, а у женщин - 0,8 %. В структуре злокачественных опухолей слизистой оболочки полости рта рак языка составляет около 60 %, рак слизистой оболочки дна полости рта около 20 %, рак слизистой оболочки щек - около 10 %, дальше идет рак неба и слизистой оболочки альвеолярных отростков. Чаще всего болеют люди в возрасте 50-70 лет, но нередко встречаются и значительно младшие больные. В географическом плане наивысшая заболеваемость наблюдается в республиках Центральной Азии, Пакистане, Индии.

Этиология. Начало рака слизистой оболочки полости рта и языка можно объяснить с позиции полиэтиологической теории происхождения рака. Механические раздражители: температурные, химические, биологические факторы, не будучи специфическими, при неудовлетворительном гигиеническом состоянии ротовой полости инициируют развитие как предраковых состояний, так - потом и самого рака. Кариозные зубы с острыми краями являются причиной 50 %, а несовершенные ортопедические конструкции - в 10% развития рака языка. Факторами, которые способствуют увеличению заболеваемости, являются также курение табака, закладывания под язык носа, жевание бетеля, ожоги этиловым алкоголем и другие. В результате действия этих факторов слизистая оболочка языка и ротовой полости грубеет, теряет эластичность, излишне ороговевает - появляется дискератоз в той или иной форме.

Предраковые заболевания. Согласно современным классификациям (А.Л.Машкиллейсон) к предраковым заболеваниям, которые предшествуют развитию рака слизистой оболочки полости рта принадлежат болезнь Боуэна (облигатный предрак) и группа факультативных предраков с большей потенциальной злокачественностью - лейкоплакия эрозивная и верукозная, папиллома и

папилломатоз неба; с меньшей потенциальной злокачественностью - лейкоплакия плоская, хронические язвы слизистой оболочки полости рта, эрозийные и гиперкератотические формы красного плоского лишая и красной волчанки, пост рентгеновский стоматит и другие.

Патологическая анатомия. Макроскопическое рак слизистой оболочки ротовой полости встречается в виде как экзофитных форм, к которым принадлежат папиллярные и бородавчатые (верукозные) опухоли, так и эндофитных форм, среди которых следует различать язвенные, инфильтративные и язвенно-инфильтративные опухоли.

Экзофитные формы рака встречаются у 20-30% больных и имеют вид сосочковых, бородавчатых или грибовидных образований на широкой основе.

Среди эндофитных форм чаще наблюдаются язвенные (30-40 %), для которых характерно наличие язвы с валикообразными приподнятыми краями, инфильтрованными стенками и основанием. Инфильтративные формы чаще всего наблюдаются в области задней трети языка (около 5 %) и характеризуются наличием плотного инфильтрата под неизменной слизистой оболочкой. В результате дальнейшего развития процесса начальные формы рака приобретают характер язвенно-инфильтративных.

Гистологически 90 % злокачественных эпителиальных опухолей слизистой оболочки полости рта - плоскоклеточные ороговевающие раки, иногда встречаются неороговевающие и недифференцированные. По гистологическому строению рак передних отделов языка преимущественно является плоскоклеточным, ороговевающим, то есть высокодифференцированным. Ближе к корню языка встречается рак плоскоклеточный неороговевающий, который является менее дифференцированным, и переходные формы. Низкодифференцированный рак (главным образом корня языка) составляет около 2-3 %. В области корня языка и неба встречаются также железистый рак, мукоэпидермоидный рак и аденокистозные карциномы (цилиндромы), которые возникают из малых слюнных желез.

Метастазирование почти всегда носит лимфогенный характер. Метастазами поражаются преимущественно регионарные лимфатические узлы. Гематогенные метастазы в отдаленные органы наблюдаются очень редко. Регионарными для слизистой оболочки полости рта и языка считаются подподбородочные, поднижнечелюстные, заглоточные и верхние глубокие шейные лимфоузлы. Самой постоянной и самой многочисленной группой первичных лимфатических узлов является цепочка глубоких шейных лимфатических узлов. Особенно часто наблюдается поражение этих регионарных лимфатических узлов у больных раком корня языка (до 70%).

Для рака переднего отдела полости рта и языка первым этапом метастазирования являются поднижнечелюстные и подподбородочные лимфоузлы, для рака задних отделов полости рта и задней трети языка кроме того есть глубокие шейные лимфоузлы (верхние, средние и окологлоточные). Вторым этапом метастазирования являются шейные лимфоузлы и третьим - надключичные. У больных раком языка и дна полости рта наблюдается значительно раньше и часто двустороннее или перекрестное метастазирование и агрессивное течение.

Классификация рака языка по стадиям развития:

А. Отечественная:

I стадия - опухоль до 1 см в наибольшем измерении, которая распространяется лишь на глубину слизистой оболочки и подслизистого слоя. Метастазов нет.

IIa стадия - опухоль или язва большего размера, которая врастает в толщу подлежащей мышечной ткани, но не выходит за среднюю линию языка.

IIб стадия - опухоль такого же размера или меньшая с наличием односторонних одиночных подвижных регионарных метастазов.

IIIa стадия - опухоль или язва, которая распространяется за среднюю линию языка или на дно полости рта.

IIIб стадия - опухоль того же размера или меньшая, но с наличием множественных подвижных регионарных метастазов или ограниченно подвижных одиночных метастазов.

IV стадия - опухоль, которая поражает большую часть языка и распространяется не только на соседние мягкие ткани, но и на кости лицевого скелета. Опухоли меньших размеров с неподвижными регионарными метастазами или отдаленными метастазами.

Клиническая картина рака слизистой оболочки полости рта и языка в значительной степени определяется как локализацией процесса, так и характером роста новообразования и стадией его развития. Выделяют три клинических периода развития рака полости рта:

I - начальный (бедный симптомами): на слизистой оболочке появляются безболезненные узелки, трещины, язвы, белые пятна. Вскоре появляются боль, гиперсаливация, неприятный запах из рта;

II - развитой период: в результате вторичных сопутствующих воспалительных явлений у больных возникают сильные боли с иррадиацией, затрудняется речь, больные отказываются от еды, нарушается сон, усиливается ихорозный запах из рта;

III - период запущенности заболевания: рак быстро распространяется, процесс является исключительно агрессивным. Опухолевый инфильтрат повреждается, появляется язва, инфильтрат поддается распаду, который еще увеличивает страдания больного. Появляется постоянная кровоточивость из опухолевой ткани. В результате роста опухоли уменьшается подвижность языка; прорастание опухоли в участок жевательных мышц приводит к контрактуре. Постоянно прогрессируют явления некроза. В результате ограничения подвижности языка возможна аспирация инфицированной слюны и пищевых масс, что содействует развитию сопутствующих заболеваний со стороны органов дыхания. Достаточно быстро нарастает истощение больного.

В ближайшие 2-3 месяца после первых признаков заболевания у больного возникают увеличенные регионарные лимфатические узлы, отдаленные метастазы наблюдаются достаточно редко. Наиболее неблагоприятной локализацией в полости рта считается рак языка, дна полости рта, слизистой оболочки ретромолярного участка. Для этих локализаций характерным является более раннее, часто двустороннее или перекрестное метастазирование и более злокачественное течение заболевания.

Диагностика. Проведение квалифицированных профилактических осмотров врачами-стоматологами, тщательное обследование, диспансеризация и лечение больных с предопухолевыми заболеваниями способствуют профилактике и ранней диагностике рака слизистой оболочки полости рта.

К обязательным методам обследования относятся: осмотр, пальпация опухоли и регионарных лимфоузлов, рентгенография легких для определения отдаленных метастазов в них, морфологическая верификация процесса.

Правильный ранний диагноз рака слизистой оболочки ротовой полости можно установить на основе анализа анамнестических данных, тщательного осмотра. Осмотр участка поражения следует проводить с помощью зеркал, шпателя, крючка Фарабефа. Применение стоматоскопии улучшает результативность обследования.

Для уточнения характера патологического очага на слизистой оболочке целесообразно применять прижизненное окрашивание толуидиновым синим. Зона злокачественной опухоли имеет ярко-синюю окраску, нормальные ткани и зона лейкоплакии не окрашиваются.

Во время осмотра и пальпации ретромолярного участка, дна полости рта, языка необходимо язык осторожно захватить марлевой салфеткой за кончик и максимально вытянуть последний в сторону, противоположную расположению опухоли. Пальпацию дна полости рта, щеки, языка всегда следует проводить бимануально. Если опухоль локализуется в корне языка, необходимо сделать ларингоскопию, во время которой можно установить характер распространения процесса на ротоглотку и надгортанник. При подозрении на прорастание злокачественной опухоли в прилегающие костные ткани необходимо рентгенологическое исследование.

Решающая роль в установлении диагноза рака принадлежит морфологическим исследованиям - цитологическому (исследование мазков-отпечатков, пунктатов лимфоузлов) и биопсии на фоне начальной лучевой терапии.

Дифференциальная диагностика проводится с неспецифическими воспалительными процессами и хроническими язвами, сифилисом, туберкулезом, актиномикозом, аберрантным зобом корня языка, доброкачественными опухолями.

Лечение. Перед началом специального лечения следует провести санацию полости рта. Метод лечения рака слизистой оболочки полости рта и языка определяется локализацией, степенью распространенности, морфологической формой опухоли и общим состоянием больного. Наилучшие результаты получают при применении комбинированных методов, которые заключаются в использовании предоперационного курса лучевой терапии (I этап), с последующим электрохирургическим удалением облученной опухоли (II этап) и широкого удаления одним блоком регионарных лимфатических узлов, клетчатки, которая их окружает и фасций поднижнечелюстной, подподбородочной и шейных участков.

Лучше всего разработана методика лечения рака языка. При лечении рака передних двух третей языка I и II стадии сначала проводят дистанционную гамма терапию из двух щёчно-поднижнечелюстных полей (суммарная очаговая доза 40-45 Гр) в сочетании с близкофокусной рентгенотерапией (суммарная доза 40-60 Гр). Через 3-4 недели после стихания явлений лучевого эпителиита и полной реализации эффекта лучевой терапии, выполняют половинную электрорезекцию языка (во II стадии). При наличии регионарных метастазов выполняется операция Ванаха (у больных раком передней трети языка) или фасциально-футлярное удаление клетчатки шеи по Пачесу.

У больных III стадией рака языка проводится дистанционная гамма-терапия суммарной очаговой дозой 40-45 Гр, которая может сочетаться с близкофокусной рентгенотерапией (передние отделы языка) или внутренне-тканевой гамма терапией. После стихания лучевых реакций, а также достаточной регрессии опухоли проводится расширенная операция с рассечением тканей щеки и электрорезекцией всех пораженных тканей. Таким вмешательством должна предшествовать перевязка язычных или наружных сонных артерий и одновременная операция Крайля.

Для цитостатического лечения применяют метотрексат, блеомицин, комплексные соединения платины, адриабластин. Лучше всего применять регионарную внутриартериальную химиотерапию.

Больным раком языка IV стадии показано паллиативное лучевое лечение, в ряде случаев - регионарная внутренне-артериальная химиотерапия.

При лечении рака корня языка в результате сложного анатомического расположения опухоли главным образом применяют дистанционную гамма терапию с вовлечением зон метастазирования суммарной очаговой дозой до 70 Гр.

Принцип лечения рака слизистой оболочки других отделов полости рта практически такой же, как и у больных раком языка, однако, в зависимости от анатомического расположения имеет некоторые особенности. В отличие от хирургии рака языка, который совершенствовался благодаря совершенствованию оперативной техники многими выдающимися онкологами, оперативное лечение рака слизистой оболочки других отделов полости рта считается мало перспективным.

Для лечения рецидивов рака языка и слизистой оболочки полости рта в последнее время все чаще применяется метод криодеструкции.

Прогноз. Особенности прогноза зависят от стадии заболевания, анатомической формы и гистологической структуры опухоли, вида и своевременности лечения. Самый благоприятный прогноз у больных раком задней половины полости рта и языка при наличии инфильтративных форм распространенных новообразований. В I-II стадиях при локализации опухоли в передних отделах языка вылечивается 75-50% больных. Лучшие результаты дает комбинированный метод лечения.

Реабилитация. Радикальное лечение рака слизистой оболочки полости рта и языка сопровождается значительной травматизацией, что приводит к нарушению процесса глотания и артикуляции (речи). Поэтому очень актуален вопрос восстановительного лечения, адекватной пластики дефектов тканей. После комбинированного лечения с проведением операции Крайля наблюдается стойкая потеря работоспособности, больные подлежат экспертизе в МСЭК с установлением II группы инвалидности.

Дифференциальная диагностика язвенных поражений слизистой оболочки полости рта

Травматическая	Сифилитическая	Туберкулезная	Актиномикотическая	Раковая
Резко ограничена. Неправильной формы. Края инфильтрованы, плотные, болезненные. Язва неглубокая с гладким дном,	Имеет «сальное» дно. Края язвы обрублены, гладкие, умеренной плотности, мало болезненные. Около основания язвы	Язва неглубокая; дно серовато-желтого цвета. Края мелкие, подрытые, фестончатые с мелкими грануляциями,	Язва - на месте актиномикотического узла; дно бухтоподобное, местами покрыто желтоватыми точками. При их	Язва имеет кратерообразный вид. Края очень плотные, валикообразные, которые постепенно спускаются к

покрытым эпителием розового цвета. Около основания язвы может быть болезненный инфильтрат.	- безболезненный инфильтрат.	которые легко кровоточат. Вокруг язвы широкий воспалительный пояс. Язва очень болезненна. Около основания язвы - болезненный инфильтрат.	исследовании находят друзы актиномицетов. Около основания язвы - плотный, мало болезненный, «деревянистый» инфильтрат.	дну язвы. Дно желтоватого цвета. Около основания язвы - плотный инфильтрат, безболезненный.
--	------------------------------	--	--	---

**Дифференциальная диагностика
язвенных поражений челюстно-лицевой области
(по Д.Л. Корытному)**

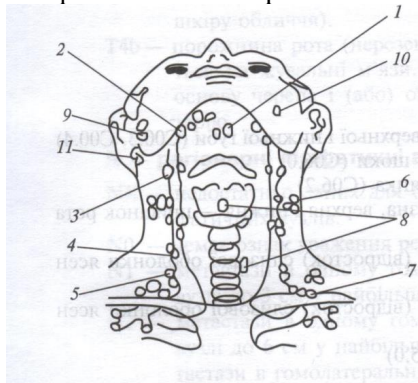
Виды	Декубита- льная	Трофичес- кая	Туберку- лезная	Сифилити- ческая	Раковая
Локализ-ация	На участках действия травмирующего фактора	Дно полости рта, ретромолярной области, язык	Чаще в среднем отделе полости рта	В любом участке полости рта и красной каймы губ	Чаще губа, язык
Количество элементов	Одиночные, мелкие, разной величины	Одиночные, значительной величины, глубокие	1-3 поверхностные, небольшие, подверженные периферическому росту	Одиночные размером от чечевицы до копеечной монеты, круглой или овальной формы	Одиночные, разной величины
Характеристики: а) краев	Неровное, фестончатые	Ровные	Подрытые, нависающие, изъеденные	Ровные, плотные, возвышаются над окружающими тканями	Неровные, изъеденные, вывернутые, повышенные
б) дна	Бугристое	Относительно ровное	Покрыто кровоточащими ранами, иногда остатками серовато-желтоватого распада	Ровное	Подрыто, легко кровоточит
в) налета	Серо-грязный в небольшом количестве	Обширный некротический	Серовато-желтый	Сальный	Кровянистый или корки

г) болезненность и консистенция	Слабая болезненность, умеренно-плотная	Безболезненная, мягкая	Очень болезненная, мягкая	Безболезненная, плотная	Болезненная, значительной плотности
д) окружающих тканей	Гиперемированные, отёкшие, инфильтрованы на небольшом расстоянии	Мало измененные, бледные	Отёкшие, виперемованы, могут быть серовато-желтые «тельца Треля» - туберкулезные бугорки	Воспаление отсутствует, незначительно инфильтрованы	Плотный инфильтрат, преувеличивает размеры язвы
е) состояние регионарных лимфатических узлов	Увеличенные, болезненные	Обычно не изменены	При увеличении образуют «пакеты», болезненные	Увеличенные, плотные, безболезненные	По первах не изменены, потом – увеличенные, плотные, безболезненные
Данные цитологических исследований	Без особенностей	Значительный распад тканей	Гигантские клетки Ланганса, туберкулезные палочки	В соскобе находятся бледные трепонемы	Атипичные или раковые клетки
Серологические реакции	Негативные	Негативные	Позитивные реакции Пирке и Манту	Позитивная реакция Вассермана и др.	Негативные
Общее состояние больного	Затрудненный прием пищи, субфебрилитет, головные боли, общая слабость	Имеют неполноценные нарушения со стороны сердечно-сосудистой системы	Легочные формы туберкулеза	Удовлетворительное	В терминальной стадии - кахексия

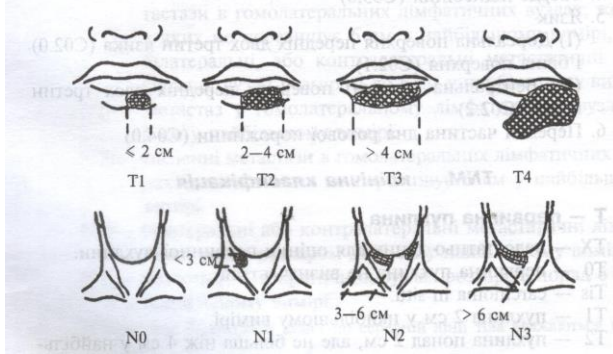
6. МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЯ:

А. Задания для самоконтроля:

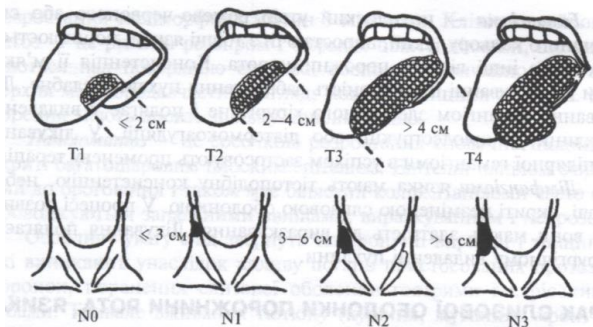
Лимфатический аппарат шеи



Анатомическая схема классификации стадий рака губы



Анатомическая схема классификации стадий рака языка



Б. Задачи для самоконтроля:

1. Какие гистологические формы рака губы встречаются чаще всего?
(Ответ: плоскоклеточный)
2. Какие стадии рака языка считают запущенным?
(Ответ: III и IV стадия)
3. Укажите оптимальный метод лечения рака губы T1 N0M0.
(Ответ: близкофокусная рентгенотерапия)

В. Материалы для тестового контроля. Тестовые задания с одним правильным ответом ($\alpha=II$):

1. Заболеваемость раком слизистой оболочки полости рта:

- А. Снижается.
- В. Стабильная.
- С. Повышается.

Правильный ответ: С)

2. Наиболее частой морфологической формой злокачественных опухолей слизистой оболочки полости рта является:

- А. Плоскоклеточный рак.
- В. Саркома.
- С. Мукоэпидермоидная опухоль.
- Д. Цилиндрома.
- Е. Недифференцированный рак.

(Правильный ответ: А)

3. Наиболее частой локализацией рака слизистой оболочки полости рта является:

- А. Язык.
- В. Дно полости рта.
- С. Слизистая щеки.
- Д. Слизистая мягкого неба.
- Е. Слизистая альвеолярного отростка челюсти.

(Правильный ответ: В)

Г. Учебные задачи 3-го уровня (нетипичные задачи):

1. У больного Ш., 55 лет, в центре нижней губы наблюдается язва 2 см в диаметре, с валикоподобными краями, наблюдается инфильтрация тканей, которые окружают язву.

Поставьте предварительный диагноз? В какие лимфатические узлы возможные метастазы? Определите метод лечения больного.

(Ответ: рак нижней губы. Возможны метастазы в подчелюстные лимфатические узлы. Лечение комбинировано)

2. Больная В., 60 лет, обратилась с жалобами на боль во время глотания, которые возникла около 3 недель тому назад и постепенно усиливается. Во время осмотра на боковой поверхности языка слева определяется язва с переходом на слизистую оболочку дна полости рта, до 2 см в диаметре, болезненная при пальпации, с кровоточащим дном, наблюдается ограничение подвижности языка. Окружающие ткани инфильтрированы.

Поставьте предварительный диагноз и укажите, какие методы исследования нужно провести для уточнения диагноза.

(Ответ: рак боковой поверхности языка слева. Необходимо провести биопсию (гистологический метод) и цитологическое исследование язвы)

3. Врач-стоматолог поликлиники обнаружила у больного поражение нижней губы, подозрительное на рак.

К какой клинической группе относится больной? Какая дальнейшая тактика врача-стоматолога?

(Ответ: клиническая группа 1-А. Необходимо провести биопсию или цитологическое обследование, направить больного в онкологический диспансер)

7. ЛИТЕРАТУРА:

Основная литература:

1. Онкологія. За ред. Б.Т. Білтнського, Ю.М. Шпарика. – Київ: «Здоров'я», 2004. – 527 с.
2. Онкологія /За ред. В.П.Баштана, А.Л. Одабашьяна, П.В. Шелешка. – Тернопіль; Укрмедкнига, 2003. – 316 с.
3. Черенков В.Г. Клиническая онкология: Руководство для студентов и врачей. М.: ВУНМЦ МЗ РФ, 1999. – 384 с.

Дополнительная литература:

1. Онкологія. За ред. І.Б. Щепотіна. – Київ: «Книга плюс», 2006. – 496 с.
2. Пачес А.И. Опухоли головы и шеи. М.: Медицина, 1983. – 416 с.
3. Соловьёв М.М. Онкологические аспекты в стоматологии. М.: Медицина, 1983. – 160 с.
4. Гистологическая классификация опухолей слюнных желёз. Всемирная организация здравоохранения. Женева, 1976.
5. Справочник по онкологии. Под ред. С.А. Гриневича, Д.В. Мясоедова. – Київ: «Здоров'я», 2009. -576 с.
6. Вибрані лекції з клінічної онкології. За ред. проф. Г.В. Бондаря і проф. С.В. Антіпової. Луганськ, 2009. – 560 с.
7. Стандарти діагностики і лікування онкологічних хворих. Затверджено наказом Міністерства охорони здоров'я України «Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Онкологія» від 17.09.2007 № 554. – 199 с.
8. Руководство по химиотерапии опухолевых заболеваний. Под ред. Н.И. Переводчиковой. – Москва: Практическая медицина, 2005. – 704 с.

Ministry of health Ukraine
Higher state educational establishment of Ukraine
«Ukrainian medical stomatological academy»

It is «ratified»
at meeting of chair of surgical stomatology
and maxillofacial surgery with plastic and
reconstructive surgery of the head and neck

The Head of the chair

doctor of medicine Aveticov D. S.



METHODICAL INSTRUCTION
FOR INDEPENDENT WORK OF STUDENTS DURING PREPARATION FOR PRACTICAL
(SEMINAR) LESSON

Names of the discipline	Surgical stomatology
Module №	3
Thematic module №	3
Theme of lesson	Organization of oncostomatological aid for patients and their prophylactic system. Sequence and principles (methods) of diagnosis of the oncostomatological patient. Medical documents for surgeon – stomatologist”.
Course	IV
Faculty	Stomatological

1. SUBJECT URGENCY.

Public awareness of head and neck cancer is low.

A randomised controlled trial found that patients attending primary care who had read an information leaflet about head and neck cancer had increased awareness of risk compared to patients who had not seen the leaflet. A questionnaire of awareness of signs and symptoms and risks of oral cancer showed that all those who received the leaflet (smokers, non-smokers and past smokers) reported greater knowledge ($p < 0.001$) with smokers 16 times more likely to perceive that they were at greater risk.

The most appropriate primary care setting in which to advise patients seeking help for suspected head and neck cancer has not been identified. Patients have different perceptions of the ability of dentists and doctors to diagnose and treat oral lesions. The signs and symptoms and the location of the lesions all influence a patient's choice of health professional for first consultation.

All healthcare practitioners, including dental and medical practitioners, should be aware of the presenting features of head and neck cancer, and the local referral pathways for suspected cancers.

There is no evidence for an effective screening programme for head and neck cancers. In particular, toluidine blue dye does not appear to be a cost-effective method of screening for oral cancers in a primary care (dental) setting.

Dental practitioners should include a full examination of the oral mucosa as part of routine dental check up.

Oral cavity tumours may arise from the anterior two-thirds of tongue (the oral tongue), floor of mouth, buccal mucosa, retromolar trigone, hard palate, or gingiva. Choice of therapeutic option for patients with early cancer of the oral cavity should be determined by the tumour's site and extent, the patient's general condition and preference and availability of local expertise.

It is important to consider the treatment related morbidity, and likely cosmetic and functional outcome of treatment, as well as tumour control, when making decisions about treatment.

In patients with head and neck cancer, 76% of recurrences occur within the first two years posttreatment, and 11% occur in the third year. In one study, 61% of patients with recurrence reported symptoms but 39% had no symptoms.

2. SPECIFIC GOALS:

2.1. To analyze the data of statistics of tumours and tumours-like diseases of maxillofacial area.

2.2. To explain features aetiology and pathogenesis of tumours and tumours-like diseases of maxillofacial area.

2.3. To offer methods of diagnostics of tumours and tumours-like diseases of maxillofacial area.

2.4. To classify tumours and tumours-like diseases of maxillofacial area.

2.5. To make the plan of examination of the patient with a tumour or tumours-like disease of maxillofacial area.

2.6. To make the plan of treatment of the patient with a tumour or tumours-like disease of maxillofacial area.

3. BASIC LEVEL OF PREPARATION.

Names of the previous disciplines	The received skills
1. Ethics.	To come into psychological contact with oncological patients.
2. The organization of public health services.	To use knowledge by principles of the organization of the oncological help and prophylactic medical examination. To issue the necessary documentation.
3. Pathomorphology.	To describe character of pathological changes of anatomic structures at development of tumours. To show skills on a capture of a material for cytologic and morphological research.
4. Pathological physiology.	To determine aetiology and pathogenesis tumours.
5. Propaedeutics of internal illnesses.	To write the scheme of the general examination of the patient. To examine oncological patient.
6. General oncology.	To describe principles of diagnostics and treatment oncological illness. To appoint the scheme of examination of the patient.

4. THE TASK FOR INDEPENDENT WORK DURING PREPARATION FOR THE LESSON

4.1. The list of the basic parameters, characteristics which the student should acquire by preparation for the lesson:

The term	Definition
1. A tumour	The abnormal weight of tissues with superfluous growth which does not correlate with growth of a normal tissues and lasts after cancellation of factors which have caused it.
2. Clinical examination for the prevention and treatment of disease.	System of medical actions which is carried out by medical establishments with the purpose of duly diagnostics, treatments and preventive maintenance of diseases.
3. Oncological vigilance	The medical tactics directed on early revealing of oncological diseases. The main rule of this tactics: « Irrespective of an occasion on which the patient has addressed to the doctor, the doctor should exclude at him the diagnosis of oncological disease».

4.2. Theoretical questions for the lesson:

1. Structure of the organization of the oncological stomatologic help.
2. Principles of clinical examination for the prevention and treatment of disease of patients with tumours of a head and a neck.
3. The organization of the oncological stomatologic help.
4. The medical documentation of the surgeon - stomatologist.
5. Classification of tumours of maxillofacial localization.
6. A method of examination of the patient with oncological diseases.

4.3. Practical works (tasks) which are carried out on lesson:

1. To make examination of the patient with a tumour of maxillofacial area.
2. To make the scheme of examination of the patient with a tumour or a tumour – like disease of maxillofacial localization.

5. ORGANIZATION OF THE MAINTENANCE OF THE TRAINING MATERIAL.

Oncology is the branch of medicine dealing with tumors (cancer). A medical professional who practices oncology is an oncologist. The term originates from the Greek "Ογκολογία" derived from onkos (όγκος), meaning bulk, mass, or tumor, and the suffix -logy (-λογία), meaning "study of" or "to talk about".

The oncology – science which studies the origin, development, prevalence of tumours, opportunities of their diagnostics, treatment and preventive measures. Our focus will be on its branch - the oncological stomatology. It studies oncological problems or localization of tumours in maxillofacial area in stomatology. There is a set of tumour definitions in the medical literature. What is understood under this definition?

Tumour is the pathological overgrowth of tissues, which arises spontaneously and is characterized by structural polymorphism and functional independence, these properties being inherited during cell division.

Epidemiology Head and neck cancers are traditionally associated with older men who smoke and consume alcohol. A percentage of patients will not have the traditional risk factors, but the absence of these risk factors does not preclude the diagnosis. Evidence suggests that the incidence in the younger population of both sexes is rising. This coincides with an increase in the incidence of oral cancer. No evidence to explain these changes was identified.

Risk factors

Healthcare professionals should be aware of the possible risk factors for head and neck cancer and that patients with a combination of risk factors may be at greater risk.

A detailed case history should be taken for patients with suspected head and neck cancer.

Smoking is a risk factor. Leaving a cigarette on the lip is predictive of lip cancer risk irrespective of cumulative tobacco consumption.

Chewing tobacco is a risk factor for cancer of the oral cavity.

Alcohol consumption strongly increases the risk of developing cancers of the oral cavity, pharynx and larynx. There is a strong relationship between the quantity of alcohol consumption and the level of risk. No threshold was identified below which there was no increased risk.

Poor diet is a risk factor for head and neck cancer. Conversely, people with a good Mediterranean diet have less than half the risk of developing oral/pharyngeal cancer and half the risk of developing laryngeal cancer (results adjusted for smoking and body mass index; BMI). The key protective elements of the Mediterranean diet include: citrus fruit; vegetables, specifically tomatoes (fresh and processed); olive oil and fish oils.

There is evidence to suggest that the presence of gastro-oesophageal reflux disease (GORD) is a risk factor for laryngeal and pharyngeal cancer.

There is evidence to suggest a genetic susceptibility to head and neck cancer. At present there are no valid genetic screening tools.

Human papillomavirus (HPV) 16 sero-positivity is associated with an increased risk of oral/pharyngeal cancer.

Diagnosis and staging of head and neck malignancy will normally include clinical examination by an experienced clinician, fibre optic endoscopy, fine needle aspiration (FNA)/core biopsy of any neck masses, followed by further examination under anaesthetic with additional biopsies if needed. Head and neck tumours are staged by the UICC: TNM Classification of Malignant Tumours, which describes the anatomical extent of disease based on an assessment of the extent of the primary tumour, the absence or presence and extent of regional lymph node metastasis and the absence or presence of distant metastasis. Patients with confirmed malignancy will also undergo radiological staging by computerised tomography (CT) or magnetic resonance imaging (MRI).

Endoscopy. Routine oesophagoscopy and bronchoscopy in the absence of specific symptoms appear to have minimum benefit with respect to detection of synchronous primary tumours.

Direct pharyngolaryngoscopy and chest X-ray are recommended for patients with squamous cell carcinoma of the head and neck, while oesophagoscopy and bronchoscopy might be reserved for patients with associated symptoms.

Symptom-directed selective endoscopy appears to be an effective alternative to panendoscopy for the identification of synchronous primary tumours.⁵⁸ When combined with a chest X-ray, symptom-directed endoscopy will detect most second primaries of the upper aerodigestive tract.

CT is more sensitive than endoscopy or manual examination at defining the T stage of the primary tumour (size of tumour, relationship to critical deep structures). Due to improved detection of superficial tumours and lack of artefact from dental amalgam, MRI is more accurate than CT in staging oropharyngeal and oral tumours.

CT and MRI are of similar accuracy in detecting neck node metastases, and are superior to physical examination. CT is marginally more accurate in detecting infrahyoid node metastasis.

The given definition does not describe the whole clinical and morphological picture of the tumour process. To solve this problem of the definition we can highlight 3 interconnected directions:

1. Biological - experimental oncology. It studies reasons, patterns and mechanisms of growth of tumours.

2. Individual - clinical oncology. Studies reasons of occurrence, pathogenesis, clinical displays of tumour development, develops methods of diagnostics, treatment and preventive measures of concrete displays of tumours of various localizations.

3. Social - study of prevalence and character of tumours (epidemiology), reasons of their occurrence and development, sexual as well as age structure of patients, etc.

Social and medical value of the problem of malignant new growths of maxillofacial area is caused by high occurrence of the disease and the subsequent death rate of the patients. It is the result of the untimely diagnostics and insufficient literacy about clinic of disease and medical tactics.

Nowadays the given service is presented by scientific research institutes, oncological clinics, oncological branches and the consulting rooms.

The oncological service of the country is headed by the Ministry of Health.

Problems of malignant formations cannot be solved by the efforts of the individual countries. International cooperation is of great importance. The basic international organization is the International Anticarcinogenic Union. It organizes congresses that summarize scientific achievements in the field of oncology every four years. United Nations has the Oncological Department in the World Health Organization (WHO). The department has the scholarship fund for training of the highly skilled oncologists.

Oncological clinic is the basic link in the struggle against cancer.

Oncology is concerned with:

- The diagnosis of any cancer in a person
- Therapy (e.g., surgery, chemotherapy, radiotherapy and other modalities)
- Follow-up of cancer patients after successful treatment
- Palliative care of patients with terminal malignancies
- Ethical questions surrounding cancer care
- Screening efforts:
 - of populations, or
 - of the relatives of patients (in types of cancer that are thought to have a hereditary basis, such as breast cancer).

Main tasks of the department of the head and neck:

Study of prevalence of formations on the head and/or neck;

The organization of preventive actions among the population;

The organization of general educational work on the given section;

Early diagnostics of the premalignant diseases and malignant formations of the head and neck;

Adequate treatment of tumours;

Prophylactic clinical examination of patients;

Rehabilitation of the patients;

Introduction of new methods of diagnostics and treatment of patients with tumours of the head and neck;

The analysis of the reasons of late diagnostics and untimely treatment of patients with tumours of the head and neck;

Training of doctors - stomatologists on the basis of oncological clinics.

Early detection of the malignant tumour is a prerequisite for its successful treatment.

History of the patient usually offers clues that may be suggestive of a malignant process:

- the living condition and habits;
- the area of living.

At its initial stages a tumour is unlikely to produce any complaints. As the suspicion of a malignancy is sometimes based only on a few indistinct symptoms, the meticulous questioning is mandatory. It is therefore necessary to inquire where there has been any minor change in the patient's well-being. Of great importance is what is referred to as the syndrome of minor symptoms and signs, i.e. the state of discomfort that may be indicative of the malignancy:

- fatigability without apparent cause and a reduction in working capability;
- rejection or unwillingness to eat certain foods;
- drowsiness;
- apathy to what used to be of interest;
- "a foreign body" sensation;
- abdominal discomfort rather than pain (e.g. a feeling of heaviness);
- lack of satisfaction after urination or defecation, ect.

Furthermore, a change in size, color or consistency of a pre-existing lesion (e.g. a birthmark) is not infrequently of a diagnostic value.

The earlier the diagnosis of the malignant tumour, the better the prognosis. As the patient with malignancy may first report to a physician of whatever speciality, the oncological alertness is important for each health care professional.

The oncological alertness implies:

1. Physician's knowledge of early and/or atypical symptoms and signs of malignancy and its complications.
2. Physician's knowledge of the clinical pictures of premalignant conditions and their treatment.
3. The timely referral of patients with supposedly malignant conditions to specialized medical centres.
4. The adequacy of the patient's examination by the physician who was the first to suspect the malignancy irrespective of their speciality.

Persistent progression of symptoms is often a hallmark of a malignant condition. The history of the disease is often short in duration; on the other hand, a long-standing chronic inflammation or

benign tumour may precede a malignant process.

The physical examination is invariably based on routine methods:

- inspection;
- palpation;
- auscultation.

Premalignant conditions include diffuse and focal overgrowth of the epithelium of the skin and mucous membranes, which can be recognized through inspection and endoscopy.

The examples might be as follows:

- leukoplakia, or ``white spots``, i.e. vegetations of the epithelium covering mucous membranes, the changes being undetectable on palpation;
- certain benign cutaneous lesions (e.g. papillomas, polyps, birth marks);
- different forms of senile dyskeratosis.

Pain is not a characteristic feature of tumour, with the exception of tumours arising from blood vessels and neural tissues, which exert pressure on the tissues. Usually, the pain is related to the distention of the adjacent tissues, infiltration of the nerves or organ insufficiency.

Palpation is one of the major methods used in the physical examination as it provides the physician with vital information of the tumour. The palpation of the tumour is to be gentle and with appropriate pressure, the finger tips being used to feel first the intact adjacent tissue while approaching the tumour itself. It is sometimes performed with both hands, as is the case with feeling the lymph nodes, breast tumours.

The size of a tumour measures from millimetres to centimeters. The tumour shape is accounted for its nature. Nodularity of the surface and adherence to the neighbouring tissues, coupled with firm consistency, is characteristic of a malignancy, in contrast to a benign overgrowth or a cyst which has smooth surface and is often round and mobile. It is noted that metastatic nodules on the surface of a malignant tumour are likely to be smooth.

The consistency of a tumour appreciably depends on its type:

- soft (normally implies a benign nature of the tumour, e.g. lipomas or polyps of mucous membranes; in some cases, however, this can be a finding of an undifferentiated tumour (e.g. sarcoma));
- hard (associated with an overgrowth of the connective tissue, e.g. fibroma);
- firm (firm consistency, together with elasticity without fluctuation, is typical of an encapsulated tumour filled with fluid);
- wooden-like without demarcation (carcinoma).

The mobility of a tumour can be either spontaneous (active) or induced (passive). Of special importance is the tumour motility in relationship to the skin or muscles.

The tumour can move spontaneously:

- when it originates from a mobile organ (in the cavity);
- on changing the body position;
- on swallowing;
- on muscular contraction (muscle tumour).
- The physician has to evaluate the tumour's mobility. It is of particular significance in infiltrating immobile tumours, which most commonly appear malignant by nature.

It is noteworthy that in numerous cases it is the metastases that are identified first. Similarly, all the lymph nodes have to be thoroughly palpated. Metastatic lymph nodes differ from intact ones in that they are enlarged, round, firm and occasionally nodular and adhered to the surrounding tissues and other lymph nodes. However, unlike inflamed nodes, they commonly lack tenderness.

Oral and pharyngeal tumours have to be examined by way of palpation. The digital examination of these tumours yields additional information about their size, form, mobility and consistency.

To confirm the diagnosis of a malignant lesion or its metastases special investigations have to be performed:

1. Endoscopy.
2. Cytology (swabs, aspirates).
3. Histology (biopsy).
4. X-ray investigations.
5. Radioisotope methods (scanning, scintigraphy).
6. Ultrasonography.

7. Computerised axial tomography.

8. Laboratory tests (blood cell morphology, enzyme activity etc, as indicated).

The classification was suggested as an international one by the Committee on Tumour Nomenclature of the International Anticancer Union. According to this classification, there are 7 groups of tumours, their total number exceeds 200:

- Epithelial tumours without specific localization (nonorganospecific).
- Tumours of endocrine and exocrine glands as well as epithelial integument (organspecific).
- Mesenchymal tumours.
- Tumours of melanin-forming tissue.
- Tumours of nervous system and brain membranes.
- Tumours of blood system.
- Teratomas.

According to their clinico-morphological characteristics the tumours are divided into 3 groups: benign, malignant, tumours with local destructive growth.

Metastases can be: lymphogenic, hematogenic, implantation(contact).

According to the clinical classification, the 4 stages of pathological overgrowth are identified:

I stage-tumour is localized, occupies a limited area, does not infiltrate into the wall of the organ, metastases are absent.

II stage-tumour is of a big size, can infiltrate into the organ wall but does not spread beyond the organ, there can be solitary metastases to the regional lymph nodes.

III stage-tumour is of a big size with degeneration, infiltration into the hollow organ wall; multiple metastases to the regional lymph nodes are present.

IV stage-tumour with distant metastases to organs and lymph nodes and with infiltration of surrounding organs.

The TNMGP classification

Abbreviation	Stands for	Characteristics to be considered	Stages
T	Tumour	Size of the primary tumour	T1-T4
N	Nodes	Involvement of the lymph nodes	NO-nodes are not palpable N1-metastases to the regional nodes N2-metastases to the second level nodes N3-metastases to distant nodes
M	Metastases	Presence of organ metastases	M0-no metastases M1-metastases present
G	Grade	Tumour differentiation	G1-low level of malignancy(highly differential tumour) G2-moderate level of malignancy(low differentiated tumour) G3-high level (undifferentiated tumour)
P	Penetration	Depth of the tumourous infiltration into the walls of a hollow organ(histological criteria)	P1-cancer infiltrating into the mucous membrane P2-cancer infiltrating into the submucous layer P3-cancer infiltrating into as deep as the serous layer P4-cancer infiltrating into the serous layer or extending beyond the organ wall.

Head and neck surgeon

Surgeons who treat head and neck cancer may have different specialties. For example, surgeon may be: an ear nose and throat (ENT) surgeon and have particular expertise in these areas a maxillofacial surgeon with oral and dental expertise a plastic surgeon with a specialist interest in reconstructive techniques.

Oncologist

These doctors specialise in the non-surgical treatments for cancer. They will decide on the correct combination of radiotherapy and/or chemotherapy and will prescribe the optimum dose.

A speech and language therapist (SLT) will advise you on swallowing and speech techniques and the provision of specialist equipment such as speaking valves.

A dietitian will advise the nutrition and feeding. Some patients require a feeding tube and the dietitian will help to assess when tube feeding is necessary. Specialist nurses or doctors will insert the feeding tube and give advice on how to use it.

Restorative dentist

A dentist who specialises in oral rehabilitation after surgery or radiotherapy to the mouth will assess teeth before, during and after treatment.

Role of the dental practitioner in cancer prevention and diagnosis

- Prevention

Actively discourage smoking and betel quid use Encourage moderation of alcohol intake Health promotion and education on oral carcinoma Provide check-ups for the edentulous and/or institutionalised elderly and other high risk non-attenders

- Early diagnosis

Be vigilant and suspicious Always examine mucosa as well as the teeth Monitor low-risk premalignant lesions Refer all high-risk lesions on discovery Perform biopsy appropriately

- After treatment

Manage simple denture problems after surgery

Alleviate the effects of post-irradiation dry mouth, e.g.

preventing caries

Monitor for recurrence, new premalignant lesions and second primary tumours

Monitor for cervical metastasis

Maintain morale of and provide additional support to patients and their relatives.

6. Types of individual work of students.

A. To study the following questions:

1. To know the organization of oncostomatological aid.
2. To know methods of investigations of patients.

B. Test tasks for self checking:

1. Patient A., 53 years, turn to for an advice or information to the doctor surgeon-stomatologist with complaints to presence of the ulcer on a lateral surface of the tongue which was formed by sharp edge of prothetic. The ulcer was formed more than 1 month. What should be tactics of the doctor?

(The answer: if after removal of the injuring factor, the ulcer will not disappear after 2 weeks, it is necessary to direct the patient in oncological dispensary (clinic)).

2. The doctor the surgeon-stomatologist has directed a material taken from a ulcer on a mucous membrane of hypoglossal area on cytologic research. From cytologic laboratory has received confirmation of a malignant ulcer. What should be the further actions of the doctor?

B. To observe a disease;

C. Excise the ulcer in out-patient conditions of a stomatological polyclinic with the further histological research;

D. To direct the patient to maxillofacial department;

E. To invite to consultation the doctor - oncologist;

The answer: + to direct the patient in oncological dispensary (clinic).

3. The patient has addressed to the surgeon - stomatologist with complaints to bad healing after extraction more than two weeks. The doctor has some times made scraping of socket. Three weeks later the constant pain in a jaw has appeared and the patient has directed on consultation to an oncological clinic. After histologic research of granulations the diagnosis of a malignant tumour has been put. What mistake was made by the doctor?

The answer: the granulations removed from socket necessary to direct on histological research.

C Materials for test control. Test tasks with single right answer ($\alpha=2$):

1. Specify the characteristic not peculiar to a malignant tumour:
A. growth with infiltration;

- F. has no capsule;
- G. atypical cells;
- D. does not give metastasises;
- E. breaks the general condition.

(Right answer: D).

2. Specify the characteristic not peculiar to a benign tumour?

- A. Has well expressed capsule;
- B. Does not give metastasises;
- C. Propensity to disintegration of a tumour;
- H. Does not break the general condition;
- I. Has no atypical cells.

(Right answer: C).

D. Educational task of the third level:

1. The patient of, 41 years, came to the surgeon-stomatologist with complaints to swelling existence in the right paraparotide area which appeared more than 10 years ago, slowly grew. At objective research the new growth to 3 cm in diameter, soft elastic consistences, painless is revealed, to subject tissues isn't soldered, mobile.

What should be tactics of the doctor? What additional methods of inspection should be carried out?

(Answer: the doctor should take a material for cytological research. Additional methods of inspection: laboratory (the general and biochemical analysis of blood), if necessary radiological (sialogrames, considering a new growth arrangement)

2. The doctor surgeon-stomatologist directed a material taken from an ulcer in the left submandibular area on cytologic research. By results of cytological research atypical cages are found.

What further actions of the doctor?

(Answer: to send the patient to an oncological clinic)

3. Patient And., 42 years, addressed to the surgeon-stomatologist because it had a dryness in a mouth. At objective research it is established: asymmetry of the face at the expense of a swelling in the right parotid and chewing area, ptosis the right eye and omission of the right corner of a mouth. Integuments in color aren't changed. The right sudmandibular lymph nodes are increased, soldered among themselves, motionless. Mouth opening the free. The mucous membrane of the right shchechny area without visible pathology, dry, a saliva from the mouth of a channel of parotid salivary gland isn't allocated.

Make the preliminary diagnosis. What should be tactics of the doctor?

(Answer: malignant new growth of the right parotid salivary gland. Cytologic and radiological research. Consultation and the subsequent treatment at the oncologist)

7. Literature fundamental (basic):

1. Дунаевский В.А., Шеломенцев Ю.А. Предопухольевые заболевания и злокачественные опухоли слизистых оболочек полости рта. – Москва: Медицина, 1986. – 184с.
2. Колесов А.А., Воробьев Ю.И., Каспарова Н.Н. Новообразования мягких тканей и костей лица у детей и подростков. – Москва: Медицина, 1989. – 304с.
3. Машкилейсон А.Л. Предрак красной каймы губ и слизистой оболочки полости рта.- Москва: Медицина, 1970. – 109с.
4. Пачес А.Г. Опухоли головы и шеи.- Москва: Медицина, 1983. – 416с.
5. Heatley M K 1996 Cytokeratins and cytokeratin staining in diagnostic histopathology. Histopathology 28:479^83
6. Layton S, Korsen J 1994 Informed consent in oral and maxillofacial surgery: a study of the value of written warning. Sr J Oral Maxillofac Surg 32:34-66
7. Minden N J, Fast T B 1994 Evaluation of health history forms used in U.S. dental schools. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 77:105-109
8. 9.O'Conner N 1995 Laboratory diagnosis in haematology. Medicine UK 23:489-494 Stanley M W 1995 False-positive diagnoses in exfoliative cytology (editorial). Am J CLin Pathol 104:117-119
9. 11.Whaites E 1996 Essentials of dental radiography and radiology.

Additional (supplementary) literature:

1. Солнцев А.М., Колесов В.С., Доброкачественные опухоли лица, челюстей и органов полости рта.- Киев.: Здоровье,1985.-150 с.
2. Соловьев М.М. Онкологические аспекты в стоматологии. –Москва .: Медицина, 1983. – 150 с.
3. Шувалов С.М. Злокачественные опухоли ротоглотки. Винница, 1996. - 231 с.

**Ministry of health Ukraine
Higher state educational establishment of Ukraine
«Ukrainian medical stomatological academy»**

It is «ratified»
at meeting of chair of surgical stomatology
and maxillofacial surgery with plastic and
reconstructive surgery of the head and neck

The Head of the chair

doctor of medicine Aveticov D. S.



**METHODICAL INSTRUCTION
FOR INDEPENDENT WORK OF STUDENTS DURING PREPARATION FOR PRACTICAL
(SEMINAR) LESSON**

Names of the discipline	Surgical stomatology
Module №	3
Thematic module №	3
Theme of lesson	Biological bases of clinical oncology. Oncological vigilance. Classification of tumours of maxillofacial area.
Course	IV
Faculty	Stomatological

1. SUBJECT URGENCY.

Public awareness of head and neck cancer is low.

A randomised controlled trial found that patients attending primary care who had read an information leaflet about head and neck cancer had increased awareness of risk compared to patients who had not seen the leaflet. A questionnaire of awareness of signs and symptoms and risks of oral cancer showed that all those who received the leaflet (smokers, non-smokers and past smokers) reported greater knowledge ($p < 0.001$) with smokers 16 times more likely to perceive that they were at greater risk.

The most appropriate primary care setting in which to advise patients seeking help for suspected head and neck cancer has not been identified. Patients have different perceptions of the ability of dentists and doctors to diagnose and treat oral lesions. The signs and symptoms and the location of the lesions all influence a patient's choice of health professional for first consultation.

All healthcare practitioners, including dental and medical practitioners, should be aware of the presenting features of head and neck cancer, and the local referral pathways for suspected cancers.

There is no evidence for an effective screening programme for head and neck cancers. In particular, toluidine blue dye does not appear to be a cost-effective method of screening for oral cancers in a primary care (dental) setting.

Dental practitioners should include a full examination of the oral mucosa as part of routine dental check up.

Oral cavity tumours may arise from the anterior two-thirds of tongue (the oral tongue), floor of mouth, buccal mucosa, retromolar trigone, hard palate, or gingiva. Choice of therapeutic option for patients with early cancer of the oral cavity should be determined by the tumour's site and extent, the patient's general condition and preference and availability of local expertise.

It is important to consider the treatment related morbidity, and likely cosmetic and functional outcome of treatment, as well as tumour control, when making decisions about treatment.

In patients with head and neck cancer, 76% of recurrences occur within the first two years posttreatment, and 11% occur in the third year. In one study, 61% of patients with recurrence reported symptoms but 39% had no symptoms.

2. SPECIFIC GOALS:

2.1. To analyze the reasons of occurrence of tumours and tumours-like formations of maxillofacial area and a neck.

2.2. To explain pathogenesis of tumours and tumours-like formations of maxillofacial area and a neck.

2.3. To know definition of concept oncological vigilance.

2.4. To classify tumours and tumours-like formations of maxillofacial area and a neck.

2.5. To know biological bases of clinical oncology.

3. BASIC LEVEL OF PREPARATION.

Names of the previous disciplines	The received skills
1. Ethics.	To come into psychological contact to the oncological patient.
2. The organization of public health services.	To apply knowledge of principles of the organization of the oncological help and prophylactic medical examination. To know the necessary documentation.
3. Pathomorphology	To describe character of pathological changes of anatomic structures at development of a tumour. To show skills how to take a material for cytologic and morphological research.
4. Pathological physiology.	To define the aetiology and pathogenesis of tumours .
5. Propaedeutics of internal illnesses.	To write the scheme of the general examination of the patient. To examine the oncological patient.
6. General oncology.	To describe principles of diagnostics and treatment of oncological diseases. To appoint the scheme of examination of the patient.

4. TASKS FOR INDEPENDENT WORK DURING PREPARATION FOR LESSON.

4.1. The list of the main terms, parameters, characteristics which the student should know during preparation for lesson:

The term	Definition
1. A tumour	The abnormal weight of tissues with superfluous growth which does not correlate with growth of a normal tissues and proceeds after cancellation of tissues which have caused of it.
2. Carcinogenesis	Complex and multiphase process which resulting the significant tumoral reorganization of normal cells of the organism.
3. Carcinogen	A carcinogen is any substance, <u>radionuclide</u> , or <u>radiation</u> that is an agent directly involved in causing <u>cancer</u> . This may be due to the ability to damage the <u>genome</u> or to the disruption of cellular <u>metabolic</u> processes. Several radioactive substances are considered carcinogens, but their carcinogenic activity is attributed to the radiation, for example <u>gamma rays</u> and <u>alpha particles</u> , which they emit. Common examples of carcinogens are inhaled <u>asbestos</u> , certain <u>dioxins</u> , and <u>tobacco</u> smoke. Although the public generally associates carcinogenicity with synthetic chemicals, it is equally likely to arise in both natural and synthetic substances.
4. Mutation	A mutation is a permanent change in the DNA sequence of a gene. Mutations in a gene's DNA sequence can alter the amino acid sequence of the protein encoded by the gene. How does this happen? Like words in a sentence, the DNA sequence of each gene determines the amino acid sequence for the protein it encodes. The DNA sequence is interpreted in groups of three nucleotide bases, called codons. Each codon specifies a single amino acid in a protein.
5. Ahistogenesis, ontogenesis	Histogenesis is the formation of different <u>tissues</u> from undifferentiated <u>cells</u> . These cells are constituents of three primary <u>germ layers</u> , the <u>endoderm</u> , <u>mesoderm</u> , and <u>ectoderm</u> . The science of the microscopic structures of the tissues formed within histogenesis is termed <u>histology</u> . Ontogenesis - (biology) the process of an individual organism growing organically; a purely biological unfolding of events involved in an organism changing gradually from a simple to a more complex level; "he proposed an indicator of osseous development in children".
6. Oncological vigilance	Vigilance experiences- cancer patients. Cancer disease, treatment, and errors in health care put patients at increased risk for poor outcomes. To improve outcomes and protect patients, researchers recommend increased vigilance; yet, research on vigilance in health care is minimal. There are even fewer studies on patients, family members, and nurses' experiences of vigilance, although such studies could contribute to understanding mechanisms that foster vigilance within and across groups.

4.2. Theoretical questions for the lesson:

1. Carcinogenesis. Modern sights at biological bases of a carcinogenesis.
2. Biological principles of treatment of benign and malignant tumours in maxillofacial region.
3. System of immunity at tumours and tumour-like formation in maxillofacial region.
4. What is the oncological vigilance?
5. Classifications of tumours of a head and a neck.

4.3. Practical works (tasks) which are carried out on lesson:

1. To make examination of the patient with a tumour in maxillofacial area.

2. To interrogate the patient and to write the document and to make a scheme of examination.
3. To survey the patient with a tumour, to establish the diagnosis and to appoint a treatment.

5. ORGANIZATION OF THE MAINTENANCE OF THE TRAINING MATERIAL.

Immunofluorescent and immunohistochemical staining

Immunostaining methods make use of the highly specific binding between antibodies and antigens to stain specific molecules within the tissues. Fresh (unfixed) tissue is sometimes required.

Immunostaining has revolutionised histological diagnosis and has made some more complex techniques such as electron microscopy almost redundant. It is time-consuming and must be meticulously carried out with adequate controls to avoid both false -positive and false-negative results.

Antibodies, often monoclonal, can be purchased. They react with the target molecule and the combination is labelled, either by being coupled to a fluorescein or an enzyme such as peroxidase. The antibody is incubated on the section where it binds specifically to the target molecule. Surplus reagent is washed off and any binding (a positive reaction) is visible by its fluorescence in an ultraviolet light microscope or by reacting the enzyme with synthetic substrate to produce a coloured product.

Molecular biological tests

Molecular biological diagnostic tests have revolutionised diagnosis, particularly in screening for and identification of genetic abnormalities and rapid identification of bacteria and viruses. Some malignant neoplasms have characteristic genetic abnormalities, mostly chromosomal translocations, which can be detected by cytogenetics, polymerase chain reaction (PCR) or fluorescent in situ hybridisation. Molecular techniques are also the method of choice for the diagnosis of some lymphomas which cannot be accurately categorised by routine histological methods.

Identification of many bacteria and viruses is now often undertaken using PCR. In this test the clinical sample is solubilised and the nucleic acids hybridised with complementary probes which are specific for known pathogens. If the pathogen is present in the sample, PCR will copy the nucleic acid repeatedly until enough is synthesised to be seen in an electrophoresis gel. If no pathogen is present no nucleic acid is synthesised. Identification of Mycobacteria is a good example of the value of this type of test. Previously, identification of mycobacterial infection required approximately 6 weeks to culture the sample. PCR can be performed in 48 hours, is more sensitive and differentiates different types of mycobacteria with a high degree of precision. This test is therefore ideal for investigation of enlarged lymph nodes in the neck. A more recent application of PCR to detect micro-metastases of tumours is potentially also of enormous value.

Such methods have yet to become widespread in dentistry, even in hospital specialities. However, when confronted with a difficult diagnosis it is sensible to discuss the case with the pathologist or microbiologist before biopsy, to ensure that appropriate samples are available for these specialised tests.

Haematology, clinical chemistry and serology

Blood investigations are clearly essential for the diagnosis of diseases such as leukaemias, myelomas, or leukopenias which have oral manifestations, or for defects of haemostasis which can greatly affect management. Blood investigations are also helpful in the diagnosis of other conditions such as some infections, and sore tongues or recurrent aphthae which are sometimes associated with anaemia. There are many different types of haematological examinations but despite the frequent use of the term 'routine blood test', no test should ever be requested as a routine, only to answer a specific question (Table 1). The request form should always be completed with sufficient clinical detail to allow the haematologist or clinical chemist to check that the appropriate tests have been ordered and to allow the interpretation of the results. It is important to include details of any drug treatment on blood test request forms. Always put the blood into the appropriate tube because some anticoagulants are incompatible with certain tests. A haematologist will not be impressed with a request for assessment of clotting function on a specimen of coagulated blood.

Table 1. Types of blood test useful in oral diagnosis

Test	Main uses
'Full blood picture-usually includes erythrocyte number, size and haemoglobin indices and differential white cell count	Anaemia and the effects of sideropaenia and vitamin B ₁₂ deficiency associated with several common oral disorders. Leukaemias

Blood film	Leukaemias, infectious mononucleosis, anaemias
Erythrocyte sedimentation rate	Raised in systemic inflammatory and autoimmune disorders. Particularly important in giant cell arteritis and Wegener's granulomatosis
Serum iron and total iron binding capacity	Iron deficiency associated with several common oral disorders
Serum ferritin	A more sensitive indicator of body stores of iron than serum iron and total iron binding capacity but not available in all laboratories
Red cell folate level	Folic acid deficiency is sometimes associated with recurrent aphthous ulceration and recurrent candidosis
Vitamin B ₁₂ level	Vitamin B ₁₂ deficiency is sometimes associated with recurrent aphthous ulceration and recurrent candidosis
Autoantibodies (e.g. rheumatoid factor, antinuclear factor, DNA binding antibodies, SS-A, SS-B)	Raised in autoimmune diseases. Specific autoantibody levels suggest certain diseases
Viral antibody titres (e.g. herpes simplex, varicella zoster, mumps virus)	A rising titre of specific antibody indicates active infection by the virus
Paul - Bunnell or monospot test	Infectious mononucleosis
Syphilis serology	Syphilis
Complement tests	Occasionally useful in diagnosis of SLE or familial angio-oedema.
Serum angiotensin converting enzyme	Sarcoidosis
Serum calcium, phosphate, and parathormone levels	Paget's disease and hyperparathyroidism
HIV test	HIV infection (testing only possible under particular circumstances)
Skeletal serum alkaline phosphatase	Raised in conditions with increased bone turnover, e.g. Paget's disease and hyperparathyroidism
	Lowered in hypophosphatasia

Microbiology. Despite the fact that the most common oral diseases are infective, microbiology is surprisingly rarely of practical diagnostic value in dentistry (Table 2). Direct Gram-stained smears will quickly confirm the diagnosis of thrush or acute ulcerative gingivitis, and H & E-stained smears can show the distorted, virally infected epithelial cells in herpetic infections more easily than microbiological tests for the organisms themselves. A key microbiological investigation is culture and sensitivity of pus organisms. Whenever pus is obtained from a soft tissue or bone infection it should be sent for culture and determination of antibiotic sensitivity of the causative microbes. Those of osteomyelitis, cellulitis, acute parotitis, systemic mycoses (frequently mistaken for tumours), or other severe infections need to be identified if appropriate antimicrobial treatment is to be given. However, such treatment has usually to be started empirically without this information but the sensitivity test may dictate a change.

Viral identification is rarely required for oral diseases as many oral viral infections are clinically typical and indicate the causative virus. A smear alone may show the nuclear changes of herpetic infection in epithelial cells from the margins of mucosal ulcers. A more sensitive and almost as rapid result may be obtained by sending a swab for virus detection using ELISA (enzyme-linked immunosorbent assay).

Table 2. Microbiological tests useful in oral diagnosis

Test	Main uses
Culture and antibiotic sensitivity	Detect unusual pathogens, e.g. actinomycosis in soft tissue infection. Antibiotic sensitivity for all infection,, particularly osteomyelitis and acute facial soft tissue infection.
Smear for candida	Candidosis
Viral culture or antigen screen	Viral culture identifies many viruses but requires considerable time. Screening for viral antigen is faster but of more limited diagnostic value

Practical point Always take a sample of pus for culture and antibiotic sensitivity from bone and soft tissue infections before giving an antibiotic.

Practical point Always take the temperature of any patient with a swollen face, enlarged lymph nodes, malaise or other symptom or sign which might indicate infection.

Other clinical tests. Several simple clinical tests may be valuable in diagnosis of oral disease. Urine tests are valuable for the diagnosis of diabetes (suggested by repeated candidal or periodontal infection), autoimmune conditions which damage the kidneys, for instance Wegener's granulomatosis, and for the detection of Bence -Jones protein in myeloma.

Taking the patient's temperature is an easily forgotten investigation. The temperature should be noted whenever bone or soft tissue infections are suspected. It helps distinguish facial inflammatory oedema from cellulitis and indicates systemic effects of infections and the need for more aggressive therapy.

Interpreting special investigations and making a diagnosis and treatment plan

The history, examination and results of special investigations should provide the material for a diagnosis and treatment plan. Check that the results of each investigation are compatible with the preliminary diagnosis and do not indicate any need to avoid a particular treatment.

If a result appears at odds with other information take into account the normal variation, perhaps with age or diurnal variation, and consider the possibility of false-positive and false-negative results. A common cause of unusual blood test results is a delay in taking blood samples to the laboratory.

Further advice and specialised tests may be appropriate. General medical, ear, nose and throat, neurological and psychiatric referral are among the specialities to whom patients may be referred. In referrals, it is important to state whether the dentist is requesting the medical specialist to exclude a condition and refer the patient back, or to take over investigation. If the latter, it is essential that dental causes have been completely eliminated as the cause of the problem.

Practical point Good clinical record keeping is essential for good patient management as well as for medicolegal reasons

Finally, ensure that the patient's notes include a complete record of the consultation and investigation results. This must be correctly dated, legible, limited to relevant facts and include a clear complaint history, list of clinical findings, test results and plan of treatment organised in a suitable form for quick reappraisal. It must be signed by the clinician and in addition, the name should be printed below if the signature is anything less than perfectly legible. It should be possible for another person to continue to investigate or treat the patient without difficulty on the basis of the clinical record.

Photography or computerised video imaging is a very valuable adjunct to the clinical record. Pictures are especially useful in monitoring lesions which may vary in the course of a long follow-up, for instance white patches. It is useful to include teeth or a scale in the frame to allow accurate assessment of small changes in size. Photographs may also be helpful in explaining to patients about their condition and to show the effects of treatment.

NORMAL HAEMATOLOGICAL VALUES

RED CELLS	
Haemoglobin	Males 13-17 g/dl. Females 11.5-16 g/dl (adults)
hematocrit (packed cell volume- PCV)	Males 40-50 l/l. Females 34-47 l/l
Mean corpuscular volume (MCV)	78-98 fl
Mean corpuscular haemoglobin concentration (MCHC)	30-35 g/dl
Red cell count	Males $4-6 \times 10^{12}$. Females $4-5 \times 10^{12}$

Erythrocyte sedimentation rate(ESR)	0-15 mm/h
WHITE CELLS	
Total count	4-10x10 ⁹ /l
Neutrophils	2-7.5 x10 ⁹ /l
Lymphocytes	1-3x10 ⁹ /l
Monocytes	0.15-0.8 x 10 ⁹ /l
Eosinophils	0.05-0.44 x10 ⁹ /l
Platelets	150-400 x10 ⁹ /l

The factors causing occurrence of a tumour.

Exogenous factors	Endogenous factors
An irrational feed. Smoking. Raised insolation. The use of alcohol. Influence of industrial carcinogen. Virus infections.	Genetic predisposition. Primary or secondary immunodeficiencies. Endogenous carcinoge. Stresses.

Theories throughout history (Cancer causes)

From the earliest times, physicians have puzzled over the causes of cancer. Ancient Egyptians blamed cancers on the gods.

Humoral theory. Hippocrates believed that the body had 4 humors (body fluids): blood, phlegm, yellow bile, and black bile. When the humors were balanced, a person was healthy. Too much or too little of any of the humors caused disease. An excess of black bile in various body sites was thought to cause cancer. This theory of cancer was passed on by the Romans and was embraced by the influential doctor Galen's medical teaching, which remained the unchallenged standard through the Middle Ages for over 1,300 years. During this period, the study of the body, including autopsies, was prohibited for religious reasons, which limited progress of medical knowledge. **Lymph theory.** Among theories that replaced the humoral theory of cancer, was the formation of cancer by another body fluid, lymph. Life was believed to consist of continuous and appropriate movement of the fluid parts of the body through the solid parts. Of all the fluids, the most important were blood and lymph. Stahl and Hoffman theorized that cancer was composed of fermenting and degenerating lymph varying in density, acidity, and alkalinity. The lymph theory gained rapid support. The eminent Scottish surgeon John Hunter (1728–1793) agreed that tumors grow from lymph constantly thrown out by the blood. **Blastema theory.** In 1838, German pathologist Johannes Muller demonstrated that cancer is made up of cells and not lymph, but he believed that cancer cells did not come from normal cells. Muller proposed that cancer cells developed from budding elements (blastema) between normal tissues. His student, Rudolph Virchow (1821–1902), the famous German pathologist, determined that all cells, including cancer cells, are derived from other cells. **Chronic irritation theory.** Virchow proposed that chronic irritation was the cause of cancer, but he falsely believed that cancers "spread like a liquid." In the 1860s, German surgeon, Karl Thiersch, showed that cancers metastasize through the spread of malignant cells and not through some unidentified fluid. **Trauma theory.** Despite advances in the understanding of cancer, from the late 1800s until the 1920s, trauma was thought by some to cause cancer. This belief was maintained despite the failure of injury to cause cancer in experimental animals. **Infectious disease theory.** Zacutus Lusitani (1575–1642) and Nicholas Tulp (1593–1674), 2 doctors in Holland, concluded at almost the same time that cancer was contagious. They made this conclusion based on their experiences with breast cancer in members of the same household. Lusitani and Tulp publicized the contagion theory in 1649 and 1652, respectively. They proposed that cancer patients should be isolated, preferably outside of cities and towns, in order to prevent the spread of cancer. Throughout the 17th and 18th centuries, some believed that cancer was contagious. In fact, the first cancer hospital in France was forced to move from the city in 1779 because people feared cancer would spread throughout the city. Although human cancer, itself, is not contagious, we now know that certain viruses, bacteria, and parasites can increase a person's risk of developing cancer.

6. MATERIALS FOR SELF-CHECKING:

A. To study the following questions:

1. To fill columns of the table:

Mechanisms of antineoplastic resistance of an organism

Anti-cancerogenic mechanisms	Antitransformational mechanisms	Antitumoral mechanisms
1. An inactivation of chemical carcinogens in process of makrosomalny oxidation. 2. Inhibition of free radicals antioxidant system. 3. _____ 4. _____	1. Fermentativnye of system of a reparation of DNA. 2. _____ 3. Antionkogennye proteins p53, p21, p16.1. 4. _____	Cytotoxic action: - T-lymphocytes - macrophages - natural killers, an antibody to tumoral anti-genes. TNF (factor of a necrosis of a tumor). Interferon.

2. Add data in the table:

The factors causing emergence of tumors

Exogenic factors	Endogenic factors
1 Irrational food. 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____ 6. Virus infections.	1. Genetic tendency. 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. Stresses.

B. Test tasks for self checking:

1. The patient, 42 years, addressed to the surgeon-stomatologist with complaints to new growth existence in an oral cavity. At objective inspection it is established: on not changed mucous membrane of the left cheek the new growth of light pink color, a roundish form, on a leg, diameter to 1 sm, painless, soft elastic consistences is defined.

What method of a biopsy should be used?

(Answer: excisional biopsy)

2. The patient, 24 years, addressed to the surgeon-stomatologist concerning new growth existence in a chin which slowly increases. Objectively: asymmetry of the face at the expense of new growth existence in a chin. Skin in color isn't changed. In time of palpation it is defined a new growth in the size 3x5 cm, an oval form, mobile, painless.

What diagnostic manipulation should be carried out?

(Answer: punktional biopsy)

3. In surgical department of regional stomatologic policlinic came the patient with suspicion is directed on existence of a tumor of the right parotid salivary gland.

What method of inspection will be the most informative in this case?

(Answer: histologic research)

C Materials for test control. Test tasks with the individual right answer ($\alpha=2$):

1. The surgeon - stomatologist of a regional stomatologic polyclinic has patients with tumours of maxillofacial area. They past treatment in department of the head and neck in oncological clinic. What documentation should be on these patients?

A. An out-patient form of the patient and control form of dispensary monitoring.

B. An excerpt from a medical history of the patient.

C. An out-patient form of the patient, a log-book of the patients.

D. Writing out from a hospital.

(Right answer – A).

2. After the combined radical treatment of a cancer of the skin of a cheek II clinical group of the patient is on dispensary monitoring. How frequently he should pass examination?

A. 1 time half-year.

B. Once a year.

C. The first year - 1 time for the quarter, the second year of 1 times in half-year, then - once a year.

D. The first year - 1 time half-year, further - once a year.

E. Quarterly during 5 years.

(Right answer – C).

3. The tumour is diagnosed at the patient of 56 years. The tumour is characterized by invazive growth, with infiltration of surrounding tissues, forms perifocal centers of inflammation. The tumour makes metastasises in nearby lymph nodes and the remote tissues. For what type of tumours such mechanism of development is inherent?

- A. For not classified tumours.
- B. For benign tumours.
- C. For tumour –like formations.
- D. For malignant tumours.
- E. For a congenital pathology.

(Right answer – D).

D. Educational problems of the 3rd level (atypical tasks):

1. The patient, 32 years, has addressed with complaints to presence of formation on the tongue. Earlier for medical aid did not address. Appearance of the patient without features, submandible lymph nodes are not increased. On the lateral surface of tanguge on the right side is an oval formation.

1. Put the preliminary diagnosis. You can assume what disease or a pathological condition?
2. What additional data and the clinical data are necessary for the final diagnosis? Make the plan of treatment.

2. The patient, 34 years, has addressed with complaints to presence of formation on the mucous membrane of left cheek. Formation has noticed casually. The patient thinks, that she is practically healthy. Has in the anamnesis a bilateral chronic sinusitis. Appearance of the patient without features. Regional lymph nodes are not increased. On the mucous membrane of the left cheek on the line of closing teeth the new growth is defined.

- 1. Put the preliminary diagnosis.
- 2. What additional data and the clinical data are necessary for the final diagnosis? Make the plan of treatment.
- 3. Whether has value for scheduling of treatment presence of chronic bilateral sinusitis?

7. Literature:

7.1. Basic literature:

- 1. Гнатышак А.И. Общая клиническая онкология. – Львов, 1988. – 233с.
- 2. Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии: В 2-х томах./ Под ред. В.М.Безрукова, Т.Г.Робустовой. – Изд.2-е, перераб. И доп. – М.: Медицина, 2000. – 448с.
- 3. Хирургическая стоматология в схемах и таблицах: Учеб.пособие для студентов и врачей-интернов / Г.П.Рузин, А.А.Дмитриева. – Харьков: ХГМУ, 2001. – 108с.
- 4. Heatley M K 1996 Cytokeratins and cytokeratin staining in diagnostic histopathology. Histopathology 28:479^83
- 5. Layton S, Korsen J 1994 Informed consent in oral and maxillofacial surgery: a study of the value of written warning. Sr J Oral Maxillofac Surg 32:34-66
- 6. Minden N J, Fast T B 1994 Evaluation of health history forms used in U.S. dental schools. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 77:105-109
- 7. O'Conner N 1995 Laboratory diagnosis in haematology. Medicine UK 23:489-494 Stanley M W 1995 False-positive diagnoses in exfoliative cytology (editorial). Am J CLin Pathol 104:117-119
- 8. Whaites E 1996 Essentials of dental radiography and radiology.

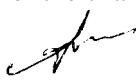
7.2. Additional (supplementary) literature:

- 1. Губайдулина Е.Я., Цегельник Л.Н. Опухоли, опухолеподобные поражения и кисты лица, органов полости рта, челюстей и шеи //Хирургическая стоматология. – М.: Медицина, 1996. – С.512-624.
- 2. Солнцев А.М., Колесов В.С. Доброкачественные опухоли лица, челюстей и органов полости рта. – Киев: Здоровье, 1985. – 150 с.
- 3. Шаргородский А.Г. Атлас опухолей мягких тканей и костей лица. – Москва, 1998. – 221с.
- 4. Пачес А.И. Опухоли головы и шеи. – М.: Медицина, 1997. – 450 с.

**Ministry of health Ukraine
Higher state educational establishment of Ukraine
«Ukrainian medical stomatological academy»**

It is «ratified»
at meeting of chair of surgical stomatology
and maxillofacial surgery with plastic and
reconstructive surgery of the head and neck

The Head of the chair

doctor of medicine Aveticov D. S. 

**METHODICAL INSTRUCTION
FOR INDEPENDENT WORK OF STUDENTS DURING PREPARATION FOR PRACTICAL
(SEMINAR) LESSON**

Names of the discipline	Surgical stomatology
Module №	3
Thematic module №	3
Theme of lesson	Precancer diseases of face skin, mucous membrane of an oral cavity and tongue: histologic structure, clinical forms, diagnostics, treatment, complications and prevention.
Course	IV
Faculty	Stomatological

1. SUBJECT URGENCY.

Danger of precancer diseases is that they can exist long time without disturbing the patient, for example some forms of a leykoplakia. Malignant regeneration of these diseases at first too doesn't cause essential changes of a condition of the patient. The inattentive relation to the health quite often turns around too late request for medical care. Timely identification and treatment of precancer diseases makes a responsible task of the dentist, especially if to consider a current trend in growth of these pathological conditions.

2. SPECIFIC GOALS:

- 2.1. To analyze results of clinical inspections of patients with precancer diseases.
- 2.2. To explain results of additional researches.
- 2.3. To offer plans of treatment of patients with various precancer conditions.
- 2.4. To classify all precancer diseases of maxillofacial area.
- 2.5. To treat an etiology and clinical manifestations of precancer diseases of face skin and a mucous membrane of a mouth, early semiology of their regeneration in a malignant tumor.
- 2.6. To draw the scheme of the factors promoting emergence of precancer diseases.
- 2.7. To analyze the basic principles of diagnostics and treatment of these diseases.
- 2.8. To make the plan of diagnostics and differential diagnostics, precancer diseases of maxillofacial area, to reveal and explain malignancy process precancer, to carry out a curation of the patient, to establish the diagnosis, to carry out differential diagnostics, to make the plan of inspection and treatment of the patient with precancer diseases.

3. BASIC LEVEL OF PREPARATION.

Names of the previous disciplines	The received skills
1. Topographical anatomy.	To define a site of defeat of maxillofacial localization.
2. Histology.	To describe a morphological structure of mucous membranes of an oral cavity and language, face skin.
3. Propaedeutics of surgical stomatology.	To own methods of a fence of a material for histological or cytological research.
4. Pathological anatomy.	To identify histological and cytological a picture at precancer conditions.
5. Pathological physiology.	To describe etiology and pathogenesis of precancer conditions.
6. Propaedeutics of internal diseases.	To use scheme of examine of patient, to write a history of illness.

4. TASKS FOR INDEPENDENT WORK DURING PREPARATION FOR LESSON.

4.1. The list of the main terms, parameters, characteristics which the student should know during preparation for lesson:

Term	Definition
1. Cytology.	It is a science about a cell.
2. Biopsy.	This lifetime captures of a slice of a fabric for histological research.
3. Malignancy.	This acquisition by cages of an organism normal or pathologically changed tissue properties malignant the lake.

4.2. Theoretical questions for lesson:

1. What is the precancer?
2. What is the facultative precancer diseases?
3. What is the obligate precancer diseases?
4. To list the factors promoting emergence of precancer diseases.
5. To carry out classification of precancer diseases of face skin and a mucous membrane of an oral cavity.
6. To describe a clinical picture of precancer diseases of a mucous membrane of a mouth.
7. To describe a clinical picture of precancer diseases of a red border of lips.

8. To describe a clinical picture of precancer diseases of face skin.
9. Histological features, an etiology at precancer conditions.
10. Diagnostics methods, additional methods of research at suspicion on a precancer disease.
11. Differential diagnostics of precancer diseases.
12. Prevention of emergence of precancer diseases of an oral cavity.
13. Methods of treatment of precancer diseases.
14. Complications of precancer diseases of face skin, lips and mucous membrane of an oral cavity.

4.3. Practical works (tasks) which are carried out on lesson:

1. To choose necessary tools for a material fence on cytological research.
2. To carry out a material fence for cytological research, to fill the direction in cytological laboratory.
3. To choose necessary tools for carrying out a biopsy.
4. To execute a biopsy for histological research; to fill the direction in histological laboratory.
5. To fill medical documentation of patients with pretumoral diseases.

5. ORGANIZATION OF THE MAINTENANCE OF THE TRAINING MATERIAL.

Today a variety of oral precancers are successfully evaluated and managed as a routine facet of oral health care, despite the inevitable controversies and differing definitions. Each of these has its own level of risk and because of the potentially fatal consequences it is extremely important for each clinician to remain knowledgeable and updated on the diagnostic and prognostic features of all premalignancies of the head and neck region. It is especially important to remember that a premalignancy is not guaranteed to eventually transform into cancer, as was believed in the not too distant past. Many, in fact, only do so in a small proportion of cases. This means that the clinician may have to make some very real choices relative to the management of such lesions as leukoplakia, erythroplakia, smokeless tobacco keratosis and lichen planus, and it means that the best choice may not be complete surgical removal, but rather a good, rational follow-up protocol.

A logical review of any controversial issue must begin with a number of definitions. Fortunately, the World Health Organization (WHO) has provided simple but workable definitions of oral precancerous conditions and lesions. The following variations of the WHO definitions are recommended for use with oral precancers:

Precancerous Lesion (Precancer, Premalignancy) -- A benign, morphologically altered tissue which has a greater than normal risk of containing a microscopic focus of cancer at diagnosis or of transforming into a malignancy after diagnosis.

Precancerous Condition -- A disease or patient habit which does not necessarily alter the clinical appearance of local tissue but is known to have a greater than normal risk of precancer or cancer development.

Malignant Potential -- The risk of cancer being present in a precancerous lesion or condition, either at the time of initial diagnosis or at a future date. The potential for mucosa without precancerous lesions or conditions is termed "normal".

Leukoplakia -- A chronic white mucosal macule which cannot be scraped off, cannot be given another specific diagnostic name, and does not typically disappear with removal of known etiologic factors.

Erythroplakia -- A chronic red mucosal macule which cannot be given another specific diagnostic name and cannot be attributed to traumatic, vascular or inflammatory causes.

Smokeless Tobacco Keratosis -- A chronic white or gray/translucent mucosal macule, in an area of smokeless tobacco (ST) contact, which cannot be scraped off and disappears with cessation of the ST habit.

Leukoplakia

Oral leukoplakia is well established as one of the very best examples of premalignancy in man and the management of such lesions is now a routine facet of the practice of dentistry. The precancerous nature of leukoplakia was initially suspected because a large number were found in close proximity to mucosal carcinomas, especially in arsenic-treated syphilis patients. Later investigation found dysplastic and/or microinvasive epithelium in 17-25% of leukoplakia biopsy samples. But true premalignancy was not proven until large numbers of leukoplakias were followed for long periods of time. For half a century now rates of malignant transformation have been available from numerous follow-up studies.

Such studies have not only proven premalignancy, but have helped us to recognize that certain clinical features of leukoplakia can be strong predictors of future risk, stronger predictors than much more sophisticated contemporary laboratory tests. Inconsistencies in the design and reporting of clinical investigations have, unfortunately, resulted in such a wide variance in transformation rates that it is difficult to know which to accept. Basic disease characteristics such as lesion size, duration, multiplicity, etiologic factors, etc. have been largely ignored, and only recently has a precancer staging system been proposed which can assure uniformity between future follow-up investigations. Until such a system is in effect, however, it is inappropriate to do more than suggest a range of malignant transformation rates. Table 1 indicates that this range varies from 3-20%, but specific leukoplakia subtypes, to be mentioned later, have been associated with rates as high as 40%.

It should be emphasized that leukoplakia is not only the most common oral precancer, representing 85% of such lesions, but it is also the most common of all chronic lesions of the oral mucosa, affecting 3% of white adults. As only one leukoplakia in four is ever biopsied, as biopsy sites are determined by clinical evaluation, and as follow-up consists predominantly of clinical examination, it is incumbent upon every dental practitioner to be familiar with its clinical features.

The World Health Organization has provided a clinical definition which is now generally accepted for oral leukoplakia: a keratotic white plaque that cannot be scraped off, cannot be given another specific diagnostic name and has no known etiology except tobacco use. Leukoplakia, then, is a clinical diagnosis which has the unusual attribute of being dependent not so much on definable appearances as on the exclusion of other lesions which present as oral white plaques. Such lesions as lichen planus, chronic cheek bite, frictional keratosis, tobacco pouch keratosis, nicotine palatinus, leukoedema, white sponge nevus, etc. must be ruled out before a diagnosis of leukoplakia can be made.

Leukoplakia has a varied clinical appearance and its appearance frequently changes over time. Change or progression over time accounts for yet another unique aspect of leukoplakia: it is one of the few diseases in which long duration is not evidence of harmless future behavior. Lesions of long duration have a greater risk of malignant transformation than those of short duration, and the older a leukoplakia the worse is its prognosis. The average duration at diagnosis is 2.4 years. Carcinomas arising from leukoplakias usually occur 2-4 years after the onset of the white plaque, but may occur decades later. Transformation does not appear to be dependent on the age of the affected patient.

Leukoplakias begin as thin gray or gray/white plaques which may appear somewhat translucent, are sometimes fissured or wrinkled, and are typically soft and flat. They usually have sharply demarcated borders but occasionally blend gradually into normal mucosa. This early stage is sometimes referred to as preleukoplakia, but is preferably designated thin leukoplakia. Thin leukoplakia may disappear or continue unchanged, but as time progresses as many as 2/3 of such plaques extend slowly laterally and acquire a distinctly white appearance from a thickening keratin layer. They may become leathery to palpation and fissures may deepen, but there should be only a few, if any, localized nodules or surface projections if they are to be given the next most "severe" diagnosis: homogeneous or thick, smooth, perhaps fissured leukoplakia. Most of these lesions remain indefinitely in this phase but some, perhaps as many as one-third, regress or disappear and a few become even more severe.

The latter lesions begin to develop surface irregularities of a nodular or granular nature, hence are referred to as granular or nodular leukoplakia. Occasionally, pointed projections develop on the surface and may be so numerous that the resulting lesions are called verruciform leukoplakia. Both types have a similar prognosis. It should be mentioned, furthermore, that hairy leukoplakia, seen on the lateral tongues and buccal commissures of HIV infected patients, is a distinctive, rapid-onset, nonpre-malignant keratosis with similarities to verruciform leukoplakia, but is not a true leukoplakia. It is, rather, a keratin hyperplasia presumably induced by the Epstein-Barr virus and is perhaps better termed "oral HIV keratosis."

The thick or homogeneous leukoplakias may become dysplastic, even invasive, with no change whatsoever in the clinical appearance. An additional surface change can occur over time, however. Multiple circular or oval patches of nonblanching redness or erythroplakia begin appearing in scattered areas. Such areas presumably represent sites in which epithelial cells are so immature that they are no longer able to produce keratin. These intermixed red-and-white lesions, called erythroleukoplakia, speckled leukoplakia, or nonhomogeneous leukoplakia, are the most worrisome form of the disease and carry an extremely high risk of malignant transformation. Their multiplicity, moreover, is strong support for the multicentric-origin theory of cancer, a theory which originated from studies of oral carcinomas. It has been demonstrated, incidentally, that oral

cancers associated with leukoplakia have a better prognosis than those which arise without juxtapositioned leukoplakia, regardless of the clinical type at the time of diagnosis.

Oral leukoplakia is a predominantly male disease, except in regional populations in which women use tobacco products more than men. In the United States a slight decrease has been noted in this male predilection: 74% of affected persons were males in 1935, compared to 69% in 1988. This decrease is a welcome change, as leukoplakias in males have a much higher risk of dysplasia or malignant transformation than similar lesions in females. Overall, the disease is more frequently diagnosed now than in 1935, but this is probably because of enhanced awareness rather than because of a real increase in incidence.

This precancer usually affects persons over 40 years of age. Prevalence increases rapidly with age, especially for males. While fewer than 1% of males prior to 30 years of age have lesions, an alarming 8% of males beyond 70 years of age are affected. This may have grave implications for the practice of dentistry as the U.S. population ages. The average age of affected persons, 60 years, is similar to the average age for oral cancer patients, although some studies have found it to occur about five years earlier than cancer.

The etiology of leukoplakia remains unknown. Many physical agents have been proposed, including tobacco, alcohol, chronic friction, electrogalvanic reaction between unlike restorative metals, and ultraviolet radiation. Tobacco smoking is by far the most accepted factor, although obvious smoke-related keratotic changes such as nicotine palatinus (smoker's palate) are legitimately excluded from the diagnosis of leukoplakia. The cancer risk in nicotine palatinus is so low, surprisingly, that it appears to be nonexistent and most authorities no longer consider it to be a precancerous lesion except in persons who practice reverse-smoking (smoking with the lit end of a cigar or cigarette in the mouth). Clinical changes in this lesion appear to be largely related to thermal irritation and disappear within a few weeks of habit cessation.

The evidence for a tobacco smoking etiology for leukoplakia, however, is quite strong. Not only do 70-90% of leukoplakia patients have such a habit, but 78% of lesions either completely disappear (58%) or regress within 12 months after smoking cessation. Ironically, leukoplakias remaining after habit cessation or in persons who have never smoked may have a higher risk of malignant transformation than leukoplakias in smokers.

Ultraviolet radiation is another accepted etiologic factor for leukoplakia but only for those associated with actinic cheilitis or "farmer's lip." Significantly, two-thirds of all lip vermilion carcinomas are associated with leukoplakia. This is the strongest association for any cancer of the upper aerodigestive tract. Chronic mechanical irritation is no longer considered important to the production of precancerous leukoplakia. Such obvious traumatic lesions as linea alba and chronic cheek bite have never been reported to have transformed into malignancies. White lesions produced by mechanical irritation are best considered as frictional keratoses, which have no potential for malignant transformation.

Microorganisms have been implicated in leukoplakia etiology for more than a century, beginning with the classic dorsal leukoplakia of syphilitic glossitis. Today tertiary syphilis is rare, but a fungus, *Candida albicans*, is ubiquitous and is so often found in thick or homogeneous lesions that the terms candida epithelial hyperplasia and candida leukoplakia are commonly used to describe them. It is not known whether this yeast produces dysplasia or secondarily infects previously altered epithelium, but some leukoplakias have disappeared or become altered to a lower risk level after topical antifungal therapy.

Recently developed molecular biology and virology techniques have allowed investigators, for the first time, to identify human papillomavirus in leukoplakia and oral cancer. Detection rates are similar to normal oral epithelium, however, and such techniques have not yet been applied to large numbers of followed patients. It is, nevertheless, very significant that HPV type 16, a type demonstrated in oral leukoplakias and carcinomas, has been shown to induce dysplasia in squamous epithelium in an otherwise sterile in vitro environment.

Conservative surgical excision remains the treatment of choice for small leukoplakias. Electrocautery, cryosurgery and laser ablation appear to be equally effective, although thermal excision tends to hinder a pathologist's ability to evaluate extension and degree of dysplasia. The key is long-term follow-up after removal, because recurrences are frequent and additional leukoplakias occur. Clinical evaluation every six months is recommended, every 2-3 months for high risk lesions. Treatment sites remaining disease free for three years need no longer be followed, but any patient with residual leukoplakia should be followed for a lifetime. Multiple biopsies of high risk areas of large, multiple, or recurrent lesions are essential and should be followed by removal of all dysplastic tissue identified. Even

moderate epithelial dysplasias should be removed, as recent research from laryngeal keratosis has identified a significant risk of malignant transformation.

Proliferative Verrucous Leukoplakia

Proliferative verrucous leukoplakia (PVL) is a very special form of oral precancer. First described under that title in 1985, it is a white mucosal plaque or discoloration which virtually always develops nodular, papillary or verruciform surface projections and which gradually, sometimes rapidly, spreads laterally to encompass a large mucosal area. On an average, 2.6 mucosal sites are affected. Four of every five affected patients are female and the mean age at diagnosis is 62 years (range: 22-89 years). The usual site of female involvement is the buccal mucosa (63% of cases), while the tongue is most frequently affected in men (82% of cases).

Etiologic factors are elusive. Two-thirds of patients do not have a tobacco habit, but there are especially strong associations with human papillomavirus (89%) and candida albicans (50%), a feature which is discussed below in the microbiology section of this paper.

At initial diagnosis, almost half of PVL samples will demonstrate epithelial dysplasia, and few cases are spared this change eventually. More than 70% of affected patients will develop an oral carcinoma during the decade following PVL diagnosis. Thus far no better treatment has been identified than aggressive and frequent surgical interventions and very close follow-up.

Erythroplakia

Erythroplakia is a clinical term for a chronic red mucosal macule which, like leukoplakia, cannot be given another specific diagnostic name and cannot be attributed to traumatic, vascular or inflammatory causes. Such lesions are less common than white precancers but very careful observation will reveal erythroplakia in association with a many early invasive oral carcinomas. Erythroplakia may also be associated with leukoplakia (**erythroleukoplakia**), and in mixed red and white lesions it is the red portion that is more worrisome than the white. Most cases of erythroplakia are diagnosed on the mucosa of the lateral and ventral tongue, the oral floor and the soft palate.

This lesion has been called "the dangerous oral mucosa" because it **typically** presents as carcinoma in situ, severe epithelial dysplasia or superficially invasive carcinoma under the microscope. In very high risk settings, such as oral floor lesions in heavy smokers and alcohol abusers, 80% of these red patches already may contain focal areas of microinvasive cancer at the time of initial biopsy.

Follow-up studies are not available for erythroplakia, but its usual microscopic counterpart, carcinoma in situ, has been shown to transform into invasive carcinoma in approximately one of every four cases. This malignant transformation occurs despite the fact that carcinoma in situ lesions are routinely treated by conservative surgical removal or laser ablation. One head and neck site, the larynx, has several investigations which followed **untreated** carcinoma in situ lesions (see [Follow-up web page](#)). Without therapy this disease transforms into invasive carcinoma in 60-90% of the cases within 5-10 years after initial diagnosis.

Smokeless Tobacco Keratosis

Smokeless tobacco keratosis (snuff pouch, snuff dipper's lesion, tobacco pouch) is a chronic white or gray/translucent mucosal macule localized in areas of direct contact with smokeless tobacco. The lesion cannot be scraped off, disappears with cessation of the tobacco habit, and is poorly demarcated from surrounding mucosa. Typically there is a soft, velvety feel to the altered mucosa and further palpation of a tobacco chewer's cheek will usually reveal a distinct "pouch" caused by flaccidity in the chronically stretched muscles in the area of tobacco placement. As tobacco is not in the mouth during a clinical examination the usually stretched mucosa appears folded or fissured. Induration, ulceration and pain are not associated with this lesion but occasional inflammatory erythema may be noted.

It usually takes 5-10 years of tobacco habit for smokeless tobacco keratosis to become apparent, but it may be present after less than a year. Once it occurs, it typically remains unchanged indefinitely unless the daily smokeless tobacco contact time increases, in which case it will gradually become thickened to the point of appearing as a distinctly white, leathery or nodular plaque. In the latter case lesions may become clinically indistinguishable from leukoplakia.

The development of smokeless tobacco keratosis in users is very much dependent on the type of habit popular in a society. Snuff appears to produce more keratoses, for example, than chewing tobacco, and persons who keep their quid in one site are more prone to keratoses than those using multiple sites. Other factors leading to high risk of keratosis include the specific brand of tobacco used, an extended

duration of the habit, an excessive daily contact-hours of tobacco on oral mucous membranes, an increased amount of tobacco consumed daily, and a deficiency of beta-keratin or vitamin A.

The malignant transformation potential of smokeless tobacco keratosis has not been determined, but the tobacco habit itself is said to carry a risk four times greater than normal mucosa, based on case-control studies of oral cancer patients. Investigations using large numbers of tobacco chewers have found few if any keratotic lesions with serious dysplasias, although older and smaller investigations have concluded that as many as 16% of biopsied cases show at least mildly dysplastic cells.

Some authorities have attempted to provide a clinical grading scale for smokeless tobacco keratoses according to intensity of whiteness, erythema and fissuring. Unfortunately, none of these grading systems has successfully correlated severe or high-grade lesions with an increased risk of malignancy.

Oral Submucous Fibrosis

This irreversible precancerous condition is strongly associated with the habit of chewing areca nuts. Affected users experience a burning sensation of the oral mucosa, occasional mucosal ulceration, a peculiar marble-like blanching of the mucosa, and palpable fibrous bands of the buccal mucosa, soft palate and lips. Leukoplakic lesions are commonly seen and oral carcinoma development has been shown to occur in 5% of users during a 15 year period of follow-up. Whether or not these cancers develop more from the leukoplakias than from the nonleukoplakic mucosa is as yet unknown, but presumably the leukoplakias behave in the same precancerous fashion as leukoplakias in persons without submucous fibrosis. It should be emphasized that the increased risk of oral cancer in betel quid chewers is only relevant to those who include tobacco in the quid; without the addition of tobacco the relative risk is insignificant, although all other features of the disease remain the same.

6. MATERIALS FOR SELF-CHECKING:

A. To study the following questions:

1. What is the precancer?
2. What is the facultative precancer diseases?
3. What is the obligate precancer diseases?
4. To list the factors promoting emergence of precancer diseases.
5. To carry out classification of precancer diseases of face skin and a mucous membrane of an oral cavity.
6. To describe a clinical picture of precancer diseases of a mucous membrane of an oral cavity.
7. To describe a clinical picture of precancer diseases of a red border of lips.
8. To describe a clinical picture of precancer diseases of face skin.
9. Histological features, an etiology at precancer conditions.
10. Diagnostics methods, additional methods of research at suspicion on a precancer disease.
11. Differential diagnostics of precancer diseases.
12. Prevention of emergence of precancer diseases of an oral cavity.
13. Methods of treatment of precancer diseases.
14. Complications of precancer diseases of face skin, lips and mucous membrane of an oral cavity.

B. Test tasks for self checking:

1. At survey of an oral cavity the center of the changed mucous membrane of a cheek in the form of whitish the spots, accurately outlined, painless, smooth, located along the line of a smykaniye of teeth is revealed.

It is possible to put what preliminary diagnosis?

(Answer: Leykoplakia)

2. At sick advanced age on a red border of a lip within 1 month the erosion of an oval form about 1 cm with a smooth reddish bottom is, doesn't bleed, painless. Along the edges of epiteliya at lifted in the form of the roller. In places it is covered with the skin which removal was accompanied by bleeding

It is possible to put what preliminary diagnosis?

(Answer: Manhganotti's heylyitis)

3. At sick young age on a red border of a lip limited education round forms in diameter to 0,5 cm, a dense consistence is. A surface of grayish-pink color with a small amount densely sitting bilisuvaty scales. Epitely around it is not changed.

Probable diagnosis?

(Answer: warty precancer of a red border)

C Materials for test control. Test tasks with the single right answer ($\alpha=2$):

1. What disease belongs to the obligate precancer?
 - A. Leukoplakia.
 - B. Bowen's illness.
 - C. Papillomatosis.
 - D. Post-beam stomatitis.
 - E.
2. What of diseases treats an obligate precancer of a red border of lips?
 - A. Leukoplakia.
 - B. Keratoakantoma.
 - C. Skin horn.
 - D. Papilloma.
 - E. Warty precancer.(Right answer: E).
3. What of diseases should be carried to an obligate precancer of a red border of lips?
 - A. Leukoplakia.
 - B. Keratoakantoma.
 - C. Skin horn.
 - D. Papilloma.
 - E. Limited hyperkeratosis.(Right answer: E).

D. Educational problems of the 3rd level (atypical tasks):

1. On a mucous membrane of a lower lip at the patient the center of bright red color with a velvety surface is limited, is slightly shelled. Microscopic: polymorphic cages multilayered flat an epithelium are revealed, the phenomena of the centers diskeratosis are absent.

Disease diagnosis?
(Answer: Keyr's erythroplazia).
2. The disease began with emergence on skin of a cheek dense, at lifted over knot skin from a decries site in the center, filled in horn masses. In 3-4 weeks it is education reached 2 cm in diameter. To a morphological sign the center akantosis, existence of «a horn bowl» was characteristic.

What disease is revealed at the patient?
(Answer: keratoakantoma).
3. The patient on skin of a lip has an individual horn ledge which conic is narrowed to top. Width of education about 0,4 cm, at length to 0,6 cm, painless, gray color. Education has a layered structure.

What disease is revealed at the patient?
(Answer: skin horn).

7. Literature:

7.1. Basic literature:

1. Skikevich M. G., Aveticov D. S. The basics of stomatology. Poltava. – 2012, 176 p.
2. Neville BW, Damm DD, Allen CM, et al. Oral & maxillofacial pathology. 2nd ed. Phila., PA: Saunders; 2002; 337–369.

7.2. Additional literature:

1. Pindborg JJ, Murti PR, Bhonsle RB, et al. Oral submucous fibrosis as a precancerous condition. Scand J Dent Res 1984; 92:224–229.
2. Murti PR, Bhonsle RB, Gupta PC, et al. Etiology of oral submucous fibrosis with special reference to the role of areca nut chewing. J Oral Pathol Med 1995; 24: 145–152.
3. Horowitz AM, Drury TF, Goodman HS, et al. Oral pharyngeal cancer prevention and early detection. Dentists' opinions and practices. J Am Dent Assoc 2000; 131: 453–462.

**Ministry of health Ukraine
Higher state educational establishment of Ukraine
«Ukrainian medical stomatological academy»**

It is «ratified»
at meeting of chair of surgical stomatology
and maxillofacial surgery with plastic and
reconstructive surgery of the head and neck

The Head of the chair

doctor of medicine Aveticov D. S.



**METHODICAL INSTRUCTION
FOR INDEPENDENT WORK OF STUDENTS DURING PREPARATION FOR PRACTICAL
(SEMINAR) LESSON**

Names of the discipline	Surgical stomatology
Module №	3
Thematic module №	3
Theme of lesson	Epithelial tumours of soft tissues. Clinic, diagnostics, differential diagnostics, treatment.
Course	IV
Faculty	Stomatological

1. SUBJECT URGENCY.

The Skin Cancer Foundation recommends that everyone practice monthly head-to-toe self examination of their skin, so that they can find any new or changing lesions that might be cancerous or precancerous. Skin cancers found and removed early are almost always curable. Learn about the warnings signs of skin cancer and what to look for during a self examination. If you spot anything suspicious, see a doctor.

Performed regularly, self-examination can alert you to changes in your skin and aid in the early detection of skin cancer. It should be done often enough to become a habit, but not so often as to feel like a bother. For most people, once a month is ideal, but ask your doctor if you should do more frequent checks.

You may find it helpful to have a doctor do a full-body exam first, to assure you that any existing spots, freckles, or moles are normal or treat any that may not be. After the first few times, self-examination should take no more than 10 minutes – a small investment in what could be a life-saving procedure.

- One in 50 men and women will be diagnosed with melanoma of the skin during their life time.
- An estimated 76,250 new cases of invasive melanoma will be diagnosed in the US in 2012, with an estimated 9,180 to result in death.
- One person dies of melanoma every hour (every 62 minutes).
- Melanoma is the most common form of cancer for young adults 25-29 years old and the second most common form of cancer for young people 15-29 years old.
- The survival rate for patients whose melanoma is detected early, before the tumor has penetrated the skin, is about 99 percent. The survival rate falls to 15 percent for those with advanced disease.
- The vast majority of mutations found in melanoma are caused by ultraviolet radiation.
- The incidence of many common cancers is falling, but the incidence of melanoma continues to rise at a rate faster than that of any of the seven most common cancers. Between 1992 and 2004, melanoma incidence increased 45 percent, or 3.1 percent annually.
- Melanoma accounts for less than five percent of skin cancer cases, but it causes more than 75 percent of skin cancer deaths.
- Survival with melanoma increased from 49 percent (1950 - 1954) to 92 percent (1996 - 2003).
- Melanoma is the fifth most common cancer for males and sixth most common for females.
- Women aged 39 and under have a higher probability of developing melanoma than any other cancer except breast cancer.
- About 65 percent of melanoma cases can be attributed to ultraviolet (UV) radiation from the sun.
- One or more blistering sunburns in childhood or adolescence more than double a person's chances of developing melanoma later in life.
- A person's risk for melanoma doubles if he or she has had more than five sunburns at any age.
- Survivors of melanoma are about nine times as likely as the general population to develop a new melanoma.

2. SPECIFIC GOALS:

- 2.1. To analyze an aetiology and pathogenesis of epithelial tumours of soft tissues of a head and a neck.
- 2.2. To define, what is a tumoral process.
- 2.3. To make the plan of examination of the patient with a tumour of soft tissues of a maxillofacial region.
- 2.4. To classify tumours of soft tissues.
- 2.5. To explain clinical attributes of epithelial tumours of soft tissues of a maxillofacial region.
- 2.6. To draw the scheme of examination and treatment of the patient with epithelial tumours of soft tissues of a maxillofacial region.
- 2.7. To analyze value of additional methods of examinations of patients with epithelial tumours of soft tissues.
- 2.8. Dispensary supervision of patients with epithelial tumours of soft tissues of a maxillofacial region.

3. BASIC LEVEL OF PREPARATION.

Names of the previous disciplines	The received skills
1. Ethics.	To come into psychological contact to the patient.
2. Histology and pathomorphology.	To know a morphological structure of the epithelial tumour of a soft tissues.
3. Inner disease.	To apply methods of examination of the patient with epithelial tumours of soft tissues.
4. Propaedeutics of surgical stomatology.	To be able to use methods of additional examination of patients with epithelial tumours of soft tissues.

4. THE TASK FOR INDEPENDENT WORK DURING PREPARATION FOR THE LESSON

4.1. The list of the basic parameters, characteristics which the student should acquire by preparation for the lesson:

The term	Definition
1. Carcinogenesis.	Although there are many different forms of cancer, the basic multistage process by which various tumors develop is similar for all cancers. This process is called carcinogenesis. Carcinogenesis begins when carcinogens (cancer-causing substances) damage the DNA in a cell (e.g., a genetic mutation) and/or cause changes in other cell components or cell activities that can predispose them to cancer. These altered cells look normal, but they grow faster than the surrounding normal cells—a stage called hyperplasia.
2. A tumour.	A tumor or tumour is commonly used as a synonym for a <u>neoplasm</u> [a solid or fluid-filled (cystic) lesion that may or may not be formed by an abnormal growth of <u>neoplastic</u> cells] that appears enlarged in size. Tumor is not synonymous with <u>cancer</u> . While cancer is by definition malignant, a tumor can be <u>benign</u> , <u>pre-malignant</u> , or <u>malignant</u> , or can represent a lesion without any cancerous potential whatsoever.
3. Epithelioma.	It is a tumour which is formed of cells of epithelium which cover a surface of a body. Earlier this tumour named a carcinoma.

4.2. Theoretical questions for the lesson:

1. What do you know of epithelial tumours of soft tissue?
2. To give the clinical characteristic of a papilloma.
3. To give the clinical characteristic of keratoacanthoma.
4. To give the clinical characteristic of a skin horn.
5. To give the clinical characteristic of nevus.
6. What are epitheliomas?
7. Clinical displays of malignant growth in epithelial tumours of soft tissues.
8. To make the differential diagnostics of epithelial tumours of soft tissues in maxillofacial area.
9. What methods of diagnostics use for verification of tumours.
10. What methods apply to treatment of epithelial tumours of soft tissues.

4.3. Practical works (tasks) which are carried out on lesson:

1. To survey the patient.
2. To write the history of disease or an out-patient card.
3. To appoint the plan of examination of the patient.
4. To make a biopsy.
5. To take a material for cytologic research.

5. ORGANIZATION OF THE MAINTENANCE OF THE TRAINING MATERIAL.

Epithelium, in anatomy, layer of cells closely bound to one another to form continuous sheets covering surfaces that may come into contact with foreign substances. Epithelium occurs in both plants and animals.

A **precancerous lesion** is a change in some areas of your skin that carries the risk of turning into skin cancer. It is a preliminary stage of cancer. These precancerous lesions can have several causes; UV radiation, genetics, exposure to such cancer-causing substances (carcinogens) as arsenic, tar or x-ray radiation.

Papilloma is a general medical term for a tumor of the skin or mucous membrane with finger-like projections. Papillomas are also known as neoplasms. While the vast majority of papillomas are benign (noncancerous), they can occasionally be dysplastic (precancerous) or malignant (cancerous).

Papillomas can occur in areas throughout the body. Papillomas on the skin (cutaneous papillomas) are commonly referred to as warts. They occur on areas such as the hands, feet and knees. Papillomas can also occur in the nose, brain, genitals, conjunctiva of the eye, and female breast ducts. Papilloma in the throat, windpipe and lungs is a rare disease called recurrent respiratory papillomatosis (RRP).

Most papillomas are caused by a virus. The human papillomaviruses (HPVs) are a group of more than 150 viruses that can cause papillomas. HPVs can cause papillomas of the skin, genitals, mouth, eyes and throat. Certain HPVs can cause cervical cancer in women.

Some types of papilloma have other, nonviral, causes. For example, nasal papilloma may be caused by a tissue injury. In addition, there are types of papillomas that do not have known causes. These include intraductal (breast duct) papilloma and choroid plexus papilloma (a rare benign brain tumor most often seen in young children).

Genital warts, a type of papilloma caused by HPV infection, are very contagious through sexual contact. They can also lead to a potentially serious disease, called recurrent respiratory papillomatosis, in an infant or child born to a mother with active genital warts during pregnancy. **Seek early and regular prenatal care** to reduce the risk of transmission of HPV infection during pregnancy or delivery.

Seek prompt medical care if you, your partner, or your child, have a new skin or genital growth, whether or not it is painful, so it can be properly diagnosed and treated to prevent complications.

In rare cases, recurrent respiratory papillomatosis can produce rapidly growing tumors in the respiratory tract. This can lead to complete respiratory obstruction or blockage. Another type of papilloma, choroid plexus papilloma, can lead to increased intracranial pressure and hydrocephalus (fluid on the brain). **Seek immediate medical care** if you, your child, or someone you are with, have serious symptoms of these conditions including difficulty breathing; bulging soft spot on top of an infant's head (fontanel); change in level of consciousness, such as passing out; sudden change in vision; sudden paralysis; seizure; or sudden feeling of severe pressure in the head.

Papillomas that occur on the **skin (cutaneous papilloma)** are commonly known as warts. They can occur on areas such as the hands and knees. Symptoms can include:

- Black dots in the wart, often called seed warts.
- Clusters of bumps on the skin.
- Painful or painless bumps.
- Raised or flat warts.
- Rough or smooth bumps or warts.

Nasal papillomas occur in the nose and can cause the following symptoms:

- Headache.
- Nasal congestion.
- Postnasal drip.

Benign Epithelial Tumors

Firm; non-tender; fixed to the surface; rough or cauliflower surface; pale.	
Papilloma	Pedunculated; exophytic
Verruca vulgaris	Broad-based; exophytic
Condyloma acuminatum	Broad-based; exophytic; multiple lesions; frequently genital lesions



Keratoacanthoma (skin tumor that grows rapidly (especially in older people) and resembles a carcinoma but does not spread; it usually disappears spontaneously, often leaving a scar).

Keratoacanthoma (KA) is a relatively common low-grade malignancy that originates in the pilosebaceous glands and closely and pathologically resembles squamous cell carcinoma (SCC). In fact, strong arguments support classifying KA as a variant of invasive SCC. KA is characterized by rapid growth over a few weeks to months, followed by spontaneous resolution over 4-6 months in most cases. KA reportedly progresses, although rarely, to invasive or metastatic carcinoma; therefore, aggressive surgical treatment often is advocated. Whether these cases were SCC or KA, the reports highlight the difficulty of distinctly classifying individual cases.

Histologic Findings: KAs are composed of singularly well-differentiated squamous epithelium that show only a mild degree of pleomorphism and likely form masses of keratin that constitute the central core of KA.

Pathophysiology: Both sunlight and chemical carcinogens have been implicated as pathologic factors in growth of the tumor. Trauma, human papilloma virus, genetic factors, and immunocompromised status also have been implicated as etiologic factors.

Surgical Care:

- The primary therapy for KA is surgical excision of the tumor.
 - Excise tumors with adequate margins (3-5 mm) and histopathologic evaluation to exclude invasive SCC.
 - Partial shave biopsy usually inadequately distinguishes between KA and invasive SCC.
 - In some patients, smaller lesions may be treated with deep excisional shave and curettage or other destructive techniques.
 - Since the biological behavior of an individual KA cannot be predicted, many consider surgical treatment of KA to be equivalent to treatment for SCC.
 - Mohs micrographic surgery may be indicated for large or recurrent KAs or KAs located in anatomic areas with cosmetic or functional considerations.
 - KA are radiosensitive and respond well to low doses of radiation (<10 Gr).
 - Radiation therapy may be useful in selected patients with large tumors in whom resection will result in cosmetic deformity or for tumors that have recurred following attempted excisional surgery.
 - Radiation therapy is less appealing in younger patients in whom radiation damage worsens with time.
 - Radiation therapy is an important alternative treatment for selected patients who understand the risks and benefits, who are not good surgical candidates, or who lack access to Mohs surgery.
- Both laser therapy and cryotherapy have been used successfully in small KAs, in KAs found in difficult to treat locations, and as an adjunct to surgical removal.

Cutaneous horns usually are asymptomatic. Because of their excessive height, they can be traumatized. This may result in inflammation at the base with resulting pain. Rapid growth may occur.

The distribution of cutaneous horn usually is in sun-exposed areas, particularly the face, pinna, nose, forearms, and dorsal hands. It is a hyperkeratotic papule with the height greater than one-half the width of the base. Usually a cutaneous horn is several millimeters long.



A typical presentation of a cutaneous horn on the ear.



An unusually large cutaneous horn extending from the ear.

- The lesion at the base of the keratin mound is benign in the majority of cases. Malignancy is present in up to 20% of cases, with squamous cell carcinoma being the most common type. The incidence of squamous cell carcinoma increases to 33% when the cutaneous horn is present on the penis. Tenderness at the base of the lesion is often a clue to the presence of a possible underlying squamous cell carcinoma.
- Because of the proportion of cutaneous horns that arise from actinic keratoses and squamous cell carcinomas, races with lighter complexions tend to be preferentially affected. A cutaneous horn in a black African woman has been reported.
- A sex predilection for cutaneous horn has not been shown consistently. In men, the rate of malignancies at the base of the lesion is increased when compared with age-matched women.
- The peak occurrence of cutaneous horn is in persons aged 60 years to mid 70s. Lesions with malignancy at the base occur more frequently in patients aged 70 years or older.

Cutaneous horn is a clinical diagnosis referring to a conical projection above the surface of the skin that resembles a miniature horn. The base of the horn may be flat, nodular, or crateriform. The horn is composed of compacted keratin. Various histologic lesions have been documented at the base of the keratin mound, and histologic confirmation is often necessary to rule out malignant changes. No clinical features reliably distinguish between benign and malignant lesions. Tenderness at the base and lesions of larger size favor malignancy.

Cutaneous horns usually arise on sun-exposed skin but can occur even in sun-protected areas. The hyperkeratosis that results in horn formation develops over the surface of a hyperproliferative lesion. Most often, this is a benign verruca or seborrheic keratosis; or it could be a premalignant actinic keratosis. More than half of all cutaneous horns are benign, and a further 23-37% are derived from actinic keratoses. A malignancy has been reported at the base of a cutaneous horn in up to 20% of lesions.

Benign lesions associated with cutaneous horns include angiokeratoma, angioma, benign lichenoid keratosis, cutaneous leishmaniasis, dermatofibroma, discoid lupus, infundibular cyst, epidermal nevus, epidermolytic acanthoma, fibroma, granular cell tumor, inverted follicular keratosis, keratotic and micaceous pseudoepitheliomatous balanitis, organoid nevus, prurigo nodularis, pyogenic granuloma, sebaceous adenoma, seborrheic keratosis, trichilemmoma, and verruca vulgaris.

Lesions with premalignant or malignant potential that may give rise to cutaneous horns include adenoacanthoma, actinic keratosis, arsenical keratosis, basal cell carcinoma, Bowen disease, Kaposi sarcoma, keratoacanthoma, malignant melanoma, Paget disease, sebaceous carcinoma, and squamous cell carcinoma.

Causes. Malignant lesions at the base of the horn usually are squamous cell carcinoma, although basal cell carcinoma has been rarely reported. These are predominately precipitated by ultraviolet

radiation. Rare tumors at the base include Paget disease of the breast, sebaceous adenoma, and granular cell tumor. The premalignant lesion, actinic keratosis, is a frequent finding at the base. The human papilloma virus most frequently causes infectious etiology resulting in a verruca vulgaris. Molluscum contagiosum of the poxvirus group occasionally has formed a cutaneous horn. The only other infectious cause has been leishmaniasis.

Benign idiopathic causes are frequent and include seborrheic keratosis, epidermal nevus, trichilemmal cyst, trichilemmoma, prurigo nodule, and intradermal nevus.

Diagnosis is confirmed with a skin biopsy. An adequate specimen usually can be obtained with a simple shave biopsy. The specimen must be of sufficient depth to ensure that the base of the epithelium is obtained for histologic examination.

The horn is composed of compact hyperkeratosis, which may be either orthokeratotic or parakeratotic in nature. Associated acanthosis is a common finding. The base will display features of the pathologic process responsible for the underlying lesion.

Surgical care:

- Treatment recommendation is contingent upon the type of lesion at the base. In order to rule out a malignancy, it is essential to perform a biopsy of the lesion that includes the base of the horn. In the case of benign lesions at the base of the horn, the biopsy is both diagnostic and therapeutic.

- Excise malignancies with appropriate margins. Patients discovered to have horns with an underlying squamous cell carcinoma also should be evaluated for metastasis.

- Local destruction with cryosurgery is first-line treatment for verruca vulgaris, actinic keratosis, and molluscum contagiosum. Benign lesions do not require any further therapy after the diagnostic biopsy.

In patients with squamous cell carcinoma or basal cell carcinoma, follow-up examinations to screen for a recurrence or a new primary are recommended for the first 3 years after diagnosis. Other diagnoses require follow-up as routinely recommended for that entity.



Nevus (or **naevus**, plural **nevi** or **naevi**, from *nævus*, Latin for "birthmark") is the medical term for sharply-circumscribed and chronic lesions of the skin. These lesions are commonly named birthmarks and moles. Nevi are benign by definition. However, 50% of malignant melanomas (a skin cancer) arise from pre-existing naevi. Using the term nevus and nevi loosely, most physicians and dermatologists are actually referring to a variant of nevus called the "Melanocytic nevus", which are composed of melanocytes. Histologically, melanocytic nevi are differentiated from lentigines (also a type of benign pigmented macule) by the presence of nests of melanocytes, which lentigines (plural form of lentigo) lack.

Diagnosis of nevi



A dermatoscope.



A modern polarized dermatoscope.

Clinical diagnosis of a melanocytic nevus from other nevi can be made with the naked eye using the ABCD guideline, or using dermatoscopy. The main concern is distinguishing between a benign nevus, a dysplastic nevus, and a melanoma. Other skin tumors can resemble a melanocytic nevus clinically, such as a seborrheic keratosis, pigmented basal cell cancer, hemangiomas, and sebaceous hyperplasia. A skin biopsy is required when clinical diagnosis is inadequate or when malignancy is suspected.

All melanocytic nevi will change with time - both congenital and acquired nevi. The "normal" maturation is evident as elevation of the lesion from a flat macule to a raised papule. The color change occurs as the melanocytes clump and migrate from the surface of the skin (epidermis) down deep into the dermis. The color will change from even brown, to speckled brown, and then losing the color and becomes flesh colored or pink. During the evolution, uneven migration can make the nevi look like melanomas, and dermatoscopy can help in differentiation between the benign and malignant lesions.



Are unusual moles that may resemble melanoma. People who have them are at increased risk of developing single or multiple melanomas. The higher the number of these moles someone has, the higher the risk; those who have 10 or more have 12 times the risk of developing melanoma compared to the general population. **Dysplastic nevi** are found significantly more often in melanoma patients than in the general population.

Epithelioma, an abnormal growth, or tumour, of the epithelium, the layer of tissue (such as the skin or mucous membrane) that covers the surfaces of organs and other structures of the body. Epitheliomas can be benign or malignant (that is, cancerous), and there are various types depending on the kinds of epithelial cells affected. Common epitheliomas include basal cell carcinoma and squamous cell carcinoma (cancerous epitheliomas are known as carcinomas), two types of skin cancer that involve the inner layers and scalelike outer cells of the skin, respectively; and parathyroid adenoma, a benign tumour of glandular tissue in the parathyroid gland that can cause a condition known as hyperparathyroidism.

Classification. Epitheliomas can be benign growths or malignant carcinomas. They are classified according to the specific type of epithelial cells that are affected.

The most common epitheliomas are basal cell carcinoma and squamous cell carcinoma (skin cancers).

Treatment usually involves surgically removing the tumor and affected tissue.

The **prognosis** varies dramatically, depending on the type and stage at the time of treatment. However, the most common epitheliomas are very easily treated and rarely result in death.

Bowen's disease (BD) (also known as "squamous cell carcinoma in situ") is a neoplastic skin disease, it can be considered as an early stage or intraepidermal form of squamous cell carcinoma. It was

named after John T. Bowen. Erythroplasia of Queyrat is a form of squamous cell carcinoma in situ arising on the glans or prepuce, possibly induced by HPV.

Causes of BD include solar damage, arsenic, immunosuppression (including AIDS), viral infection (human papillomavirus or HPV) and chronic skin injury and dermatoses.

Signs and symptoms. Bowen's disease typically presents as a gradually enlarging, well demarcated erythematous plaque with an irregular border and surface crusting or scaling. BD may occur at any age in adults but is rare before the age of 30 years - most patients are aged over 60. Any site may be affected, although involvement of palms or soles is uncommon. BD occurs predominantly in women (70-85% of cases). About 60-85% of patients have lesions on the lower leg, usually in previously or presently sun exposed areas of skin.

This is a persistent progressive non-elevated red scaly or crusted plaque which is due to an intraepidermal carcinoma and is potentially malignant. The lesions may occur anywhere on the skin surface or on mucosal surfaces. Freezing, cauterization or diathermy coagulation is often effective treatment.

Histology. Bowen's disease is essentially equivalent to squamous cell carcinoma in situ. Atypical squamous cells proliferate through the whole thickness of the epidermis. The entire tumor is confined to the epidermis and does not invade into the dermis. The cells in Bowen's are often highly atypical under the microscope, and may in fact look more unusual than the cells of some invasive squamous cell carcinomas.

Treatment. Photodynamic therapy (PDT), Cryotherapy (freezing) or local chemotherapy (with 5-fluorouracil) are favored by some clinicians over excision. Because the cells of Bowen's disease have not invaded the dermis, it has a much better prognosis than invasive squamous cell carcinoma. Outstanding results have been noted with the use of imiquimod for Bowen's disease of the skin, including the penis (erythroplasia of Queyrat), although Imiquimod is not FDA approved for the treatment of squamous cell carcinoma.

Trichoepitheliomas



Are skin-colored lesions that can occur mostly on the face and neck. These tumors represent the body's attempt to form hair follicles and shafts. In some people, they can become quite numerous and large, and while benign they may resemble basal cell carcinoma, a type of skin cancer. The tendency to develop multiple trichoepitheliomas is inherited and the condition is more common in females.

Basal cell carcinoma



BCCs are abnormal, uncontrolled growths or lesions that arise in the skin's basal cells, which line the deepest layer of the epidermis (the outermost layer of the skin). BCCs often look like open sores, red patches, pink growths, shiny bumps, or scars. Usually caused by a combination of cumulative UV exposure and intense, occasional UV exposure, BCC can be highly disfiguring if allowed to grow, but almost never spreads (metastasizes) beyond the original tumor site. Only in exceedingly rare cases can BCC spread to other parts of the body and become life-threatening.

There are an estimated 2.8 million cases of BCC diagnosed in the US each year. In fact, it is the most frequently occurring form of all cancers. More than one out of every three new cancers are skin cancers, and the vast majority are BCCs. It shouldn't be taken lightly: this skin cancer can be disfiguring if not treated promptly. We have the information you need about the prevention, detection, and treatment of

Frequently, two or more of these features are present in one tumor. In addition, BCC sometimes resembles noncancerous skin conditions such as psoriasis or eczema. Only a trained physician, such as a specialist in diseases of the skin, can decide for sure. If you observe any of the warning signs or some other worrisome change in your skin, consult your physician immediately.

A scar-like area that is white, yellow or waxy, and often has poorly defined borders; the skin itself appears shiny and taut. This warning sign may indicate the presence of an invasive BCC that is larger than it appears to be on the surface.

An open sore that bleeds, oozes, or crusts and remains open for a few weeks, only to heal up and then bleed again. A persistent, non-healing sore is a very common sign of an early BCC.



BCCs are easily treated in their early stages. The larger the tumor has grown, however, the more extensive the treatment needed. Although this skin cancer seldom spreads, or metastasizes, to vital organs, it can damage surrounding tissue, sometimes causing considerable destruction and disfigurement — and some BCCs are more aggressive than others.

When small skin cancers are removed, the scars are usually cosmetically acceptable. If the tumors are very large, a skin graft or flap may be used to repair the wound in order to achieve the best cosmetic result and facilitate healing.

Risk of recurrence. People who have had one BCC are at risk for developing others over the years, either in the same area or elsewhere on the body. Therefore, regular visits to a dermatologist should be routine so that not only the site(s) previously treated, but the entire skin surface can be examined.

BCCs on the scalp and nose are especially troublesome, with recurrences typically taking place within the first two years following surgery.

Should a cancer recur, the physician might recommend a different type of treatment. Some methods, such as Mohs micrographic surgery, may be highly effective for recurrences.

Basal Cell Carcinoma Prevention Guidelines. While BCCs and other skin cancers are almost always curable when detected and treated early, it is best to prevent them in the first place. Make these sun safety habits part of your daily health care routine:

- Seek the shade, especially between 10 AM and 4 PM.
- Do not burn.
- Avoid tanning and UV tanning booths.
- Cover up with clothing, including a broad-brimmed hat and UV-blocking sunglasses.
- Use a broad spectrum (UVA/UVB) sunscreen with an SPF of 15 or higher every day. For extended outdoor activity, use a water-resistant, broad spectrum (UVA/UVB) sunscreen with an SPF of 30 or higher.
- Apply 1 ounce (2 tablespoons) of sunscreen to your entire body 30 minutes before going outside. Reapply every two hours or after swimming or excessive sweating.
- Keep newborns out of the sun. Sunscreens should be used on babies over the age of six months.
- Examine your skin head-to-toe every month.

See every year for a professional skin exam. After the physician's examination, the diagnosis of BCC is confirmed with a biopsy. In this procedure, the skin is first numbed with local anesthesia. A piece of tissue is then removed and sent to be examined under a microscope in the laboratory to seek a definitive diagnosis. If tumor cells are present, treatment is required. Fortunately, there are several effective methods for eradicating BCC. Choice of treatment is based on the type, size, location, and depth of penetration of the tumor, the patient's age and general health, and the likely cosmetic outcome of specific treatments.

Treatment can almost always be performed on an outpatient basis in the physician's office or at a clinic. With the various surgical techniques, a local anesthetic is commonly used. Pain or discomfort during the procedure is minimal, and pain afterwards is rare.

Mohs Surger. Using local anesthesia, the physician removes the tumor with a very thin layer of tissue around it. The layer is immediately checked under a microscope thoroughly. If tumor is still present in the depths or peripheries of this surrounding tissue, the procedure is repeated until the last layer examined under the microscope is tumor-free. This technique saves the greatest amount of healthy tissue and has the highest cure rate, generally 98 percent or better. It is frequently used for tumors that have recurred, are poorly demarcated, or are in critical areas around the eyes, nose, lips, and ears. After removal of the skin cancer, the wound may be allowed to heal naturally or be reconstructed using plastic surgery methods.

Excisional Surgery. After numbing the area with local anesthesia, the physician uses a scalpel to remove the entire growth along with a surrounding border of normal skin as a safety margin. The skin around the surgical site is then closed with a number of stitches, and the excised tissue is sent to the laboratory for microscopic examination to verify that all the malignant cells have been removed. The effectiveness of the technique does not match that of Mohs, but produces cure rates around 90 percent.

Curettage and Electrodesiccation. Using local anesthesia, the physician scrapes off the cancerous growth with a curette (a sharp, ring-shaped instrument). The heat produced by an electrocautery needle destroys residual tumor and controls bleeding. This technique may be repeated twice or more to ensure that all cancer cells are eliminated. It can produce cure rates approaching those of surgical excision, but may not be as useful for aggressive BCCs or those in high-risk or difficult sites.

Radiation. X-ray beams are directed at the tumor, with no need for cutting or anesthesia. Total destruction generally requires several treatments per week for a few weeks. Radiation may be used for tumors that are hard to manage surgically and for elderly patients or others who are in poor health. Cure rates are around 90 percent, but the technique can involve long-term cosmetic problems and radiation risks, as well as multiple visits. No anesthesia is necessary.

Cryosurgery. Tumor tissue is destroyed by freezing with liquid nitrogen, without the need for cutting or anesthesia. The procedure may be repeated at the same session to ensure total destruction of malignant cells. The growth becomes crusted and scabbed, and usually falls off within weeks. Cryosurgery is effective for the most common tumors and is the treatment of choice for patients with bleeding disorders or an intolerance to anesthesia. This method is used less commonly today, and has a lower cure rate than the surgical techniques—approximately 85-90 percent depending on the physician's expertise.

The **skin's** outer layer and variable amounts of deeper skin are removed using a carbon dioxide or erbium YAG **laser**. Lasers give the doctor good control over the depth of tissue removed, and are sometimes used as a secondary therapy when other techniques are unsuccessful

MEDICATIONS. Imiquimod is FDA-approved only for superficial BCCs, with cure rates generally between 80 and 90 percent. The 5% cream is rubbed gently into the tumor five times a week for up to six weeks or longer. It is the first in a new class of drugs that work by stimulating the immune system.

5-Fluorouracil (5-FU) also has been FDA-approved for superficial BCCs. The 5% liquid or ointment is gently rubbed into the tumor twice a day for three to six weeks.

Trials with more invasive BCCs are under way for both imiquimod and 5-FU. Side effects are variable, and some patients do not experience any discomfort, but redness, irritation, and inflammation are predictable.

Melanoma. The most dangerous form of skin cancer, these cancerous growths develop when unrepaired DNA damage to skin cells (most often caused by ultraviolet radiation from sunshine or tanning beds) triggers mutations (genetic defects) that lead the skin cells to multiply rapidly and form malignant tumors. These tumors originate in the pigment-producing melanocytes in the basal layer of the epidermis. Melanomas often resemble moles; some develop from moles. The majority of melanomas are black or brown, but they can also be skin-colored, pink, red, purple, blue or white. Melanoma is caused mainly by intense, occasional UV exposure (frequently leading to sunburn), especially in those who are genetically predisposed to the disease. Melanoma kills an estimated 8,790 people in the US annually.

If melanoma is recognized and treated early, it is almost always curable, but if it is not, the cancer can advance and spread to other parts of the body, where it becomes hard to treat and can be fatal. While it is not the most common of the skin cancers, it causes the most deaths. The American Cancer Society estimates that at present, about 120,000 new cases of melanoma in the US are diagnosed in a year. In 2010, about 68,130 of these were invasive melanomas, with about 38,870 in males and 29,260 in women.

Even if you have carefully practiced sun safety all summer, it's important to continue being vigilant about your skin in fall, winter, and beyond. Throughout the year, you should examine your skin head to toe once a month, looking for any suspicious lesions. Self-exams can help you identify potential skin cancers early, when they can almost always be completely cured.

First, for a successful self-exam, you obviously need to know what you're looking for. As a general rule, to spot either melanomas or non-melanoma skin cancers (such as basal cell carcinoma and squamous cell carcinoma), take note of any new moles or growths, and any existing growths that begin to grow or change significantly in any other way. Lesions that change, itch, bleed, or don't heal are also alarm signals.

What causes melanoma? The most important preventable cause is exposure to too much ultraviolet light in sunlight, especially during the first 20 years of life. There is lots of evidence linking melanoma to this, and melanomas are especially common in white-skinned people who live in sunny countries. The use of artificial sources of ultraviolet light, such as sun beds, also raises the risk of getting a melanoma.

Some people are more likely to get a melanoma than others:

- People who burn easily in the sun are particularly at risk. Melanoma occurs most often in fair-skinned people who tan poorly. Often they have blond or red hair, blue or green eyes, and freckle easily. Melanomas are less common in dark-skinned people.
- Past episodes of severe sunburn, often with blisters, and particularly in childhood, increase the risk of developing a melanoma. However, not all melanomas are due to sun exposure, and some appear in areas that are normally kept covered.
- People with many (more than 50) ordinary moles, or with a very large dark hairy birthmark, have a higher than average chance of getting a melanoma.
- Some people have many unusual (atypical) moles (known as 'dysplastic naevi'). They tend to be larger than ordinary moles, to be present in large numbers, and to have irregular edges or colour patterns. The tendency to have these 'dysplastic naevi' can run in families and carries an increased risk of getting a melanoma.
- The risk is raised if another family member has had a melanoma. People who have already had one melanoma are at an increased risk of getting another one.

- People with a damaged immune system (e.g. as a result of an HIV infection or taking immunosuppressive drugs, perhaps after an organ transplant) have an increased chance of getting a melanoma.

Are melanomas hereditary? About 1 in 10 of people with a melanoma have family members who have also had one. There are several reasons for this. Fair skin is inherited; dysplastic naevi can run in families, as can a tendency to have large numbers of ordinary moles.

What are the symptoms of melanoma? Melanomas may not cause any symptoms at all, but tingling or itching may occur at an early stage. Some melanomas start as minor changes in the size, shape or colour of an existing mole: others begin as a dark area that can look like a new mole. Later on a melanoma may feel hard and lumpy, and bleed, ooze or crust up.

What does a melanoma look like? All melanomas do not look the same, and there are several different types. The **ABCD** system (below) tells you some of the things to look out for.

A melanoma may show one or more of the following features:

- **A symmetry** – the two halves of the area differ in their shape.
- **B order** – the edges of the area may be irregular or blurred, and sometimes show notches.
- **C colour** – this may be uneven. Different shades of black, brown and pink may be seen.
- **Diameter** - most melanomas are at least 6 mm. in diameter.

Melanomas can appear on any part of the skin but they are most common in men on the body, and in women on the legs.

How is a melanoma diagnosed? If you are at all worried about changes in a mole, or about a new area of pigmentation appearing on your skin, you should see your family doctor. The **ABCD** changes listed above can sometimes be found in completely harmless conditions, and doctor will often be able to put your mind at rest quickly. However, if there is still any doubt, doctor will usually refer you to a specialist (a dermatologist or a surgeon with a special interest in pigmented lesions) who will examine the area, perhaps with a special instrument (a dermatoscope), and decide whether it needs to be removed. The only way in which the diagnosis of a melanoma can be made firmly is by looking at the suspected area under microscope in the laboratory.

If the mole needs to be examined further, the whole of the suspicious area will then be removed under a local anaesthetic (an excision biopsy) and sent to the laboratory to be examined. If the area is too large to remove easily, a sample of it (a biopsy) will be taken. If a melanoma is found, the biopsy specimen will provide valuable information about its type and depth that will help to plan the next step in treatment.

Can a melanoma be cured? Yes: three quarters of the people who have a melanoma removed will have no further problems. However it is crucial for a melanoma to be removed as early as possible - before it has had time to spread deep into the skin or to other parts of the body. The thinner the melanoma is when it is removed; the better is the survival rate. This is why a doctor should examine anyone with a suspicious mole or blemish as soon as possible. In a small minority of people the melanoma may have spread but further surgery or chemotherapy can often help to control this.

How can a melanoma be treated? At present, the treatment for melanoma is surgical. There is no other treatment of proven benefit, and usually no other tests are needed. Radiotherapy is of little benefit, and various drugs have been tried, but with limited success only.

Most people who have had a melanoma removed will need another operation to try to prevent the melanoma from coming back at the original site. During the operation, some healthy skin will be removed from around the original scar to make absolutely sure that all of the melanoma has been taken away, and this makes the scar larger than before. Occasionally a skin graft will be needed.

“Sentinel node biopsy” may be discussed with some people. In this, a small sample of the nearest lymph node is taken as an additional procedure when the melanoma is being removed. However sentinel node biopsy is not used routinely, and is usually performed only as part of a research study: it is not an essential part of treatment.

After your operation you will be followed up regularly in the outpatient clinic. There are three main reasons for this:

- To make sure the tumour has not come back or spread.
- To detect any other skin cancers.
- To provide you with support and information.

At the clinic your scar will be checked, and your neck, groin and armpits will also be examined for lumps to detect any spread to the lymph nodes there. Any other moles that you are concerned about will be examined and, if you have large numbers of moles, an eye will be kept on these too. Photographs of these moles may be taken and kept in your hospital notes. When you come back to the clinic, they will allow your doctors to compare the way your moles look now with how they looked before.

If your melanoma was at a very early stage when it was removed, you may need to be seen only once more in the follow-up clinic. Otherwise you will be reviewed 3-monthly for at least 3 years. If you develop problems between clinic appointments, you should consult your family doctor who will arrange for an earlier hospital appointment if this is necessary.

Top sun safety tips:

- Protect the skin with clothing, including a hat, T shirt and UV protective sunglasses
- Seek shade between 11am and 3pm when it's sunny
- Use a sunscreen of at least SPF 30 which also has high UVA protection
- Keep babies and young children out of direct sunlight
- The British Association of Dermatologists recommends that you tell your doctor about any changes to a mole.

• **Sunscreens should not be used as an alternative to clothing and shade, rather they offer additional protection. No sunscreen will provide 100% protection.**

Lymphoepithelioma - A cancer of the epithelium and lymphoid tissue of the nasopharynx. **Lymphoepithelioma** is a type of poorly differentiated nasopharyngeal carcinoma characterized by prominent infiltration of lymphocytes in the area involved by tumor. Lymphoepithelioma is also known as "class III nasopharyngeal carcinoma" in the WHO classification system. It has high tendency to metastasize and is exquisitely radio sensitive tumour. Most cases are associated with Epstein-Barr virus infection.

Lymphoepithelioma may also be referred to as **Schmincke-Regaud tumor**, after the German pathologist Alexander Schmincke and French radiologist Claude Regaud.

6. MATERIALS FOR SELF-CHECKING:

A. Tasks for self-checking (tables, scheme, pictures, graphics):

Benign epithelial tumours of soft tissues in maxillofacial areas.

Clinical characteristics	The name of the tumour			
	Papilloma	Keratoacanthoma	Skin horn	Nevus
Localization	Skin, mucous membrane	Skin of the person	Skin of the person	Skin or mucous membrane
The form	Roundish	Roundish, saucer visible	Cone visible	Roundish or wrong
The size	From 1-2mm to 1cm and it is more	To 2-3cm in diameter	From some mm up to several cm	Can reach the big area
Mobile	Mobile if has a leg	Motionless	Inactive	Motionless

B. Test tasks for self checking:

1. The old man with complains of presence on the lower lip of a painless, firm new growth which some months exist, slowly increasing. Objectively: on the skin of a lower lip cone-shaped formation up to 1 cm in length, firm, painless, dark brown color on a wide basis is defined.

What diagnosis is most possible?

(The answer: a skin horn).

2. The patient complains of presence of a painless new growth on the skin of a cheek which quickly grows. Objectively: on the skin of the left cheek of a new growth 1 x 1,5 cm, saucer visible forms with a smooth surface and cavity in the center as a crater that is filled with horn weight.

What diagnosis is most possible?

(The answer: keratoacanthoma).

3. Having removed a papilloma of tongue, the doctor has directed a material on histologic research, having placed it to 70 % ethyl spirit.

Whether actions of the doctor true are?

(The answer: no, a spirit sharply changes a histologic picture of a material).

C Materials for test control. Test tasks with the individual right answer ($\alpha=2$):

1. Find the description of a nevus of a skin:

A. Above a surface of a skin, painless growths. Are covered with hair, dark brown color, there are some cracks, do not bleed, borders are not precise.

B. Single, dense, painless formation in the size in some millimeters of the brown color, covered with a wrinkled skin, on the leg.

C. Single, painless formation in the size up to 0,5 sm, bright red color with the smooth surface, located on a leg.

D. The flat papule brown color in the size up to several millimeters, roundish forms, painless, with a smooth surface.

E. Tumour-like formation of black color, the size up to 0,5 sm, motionless, painless, quickly increases.

(The right answer: D).

2. When nevus is malignant it is no looks so:

A. Acute increase in its sizes.

B. Change of a degree of pigmentation.

C. Occurrence of the stagnant incendiary phenomena on periphery невуса.

D. Occurrence of the ulcer.

E. Occurrence of a hair on the nevus.

(The right answer: E).

3. Trichoepithelioma is:

A. A benign tumour that develops from hair follicles and that contains ferriferous cysts.

B. A benign tumour of hair follicles which consist of highly differentiated cellular elements.

C. The benign tumour which genetically is connected with a hair follicle.

D. A benign tumour which arises from epithelium of sebaceous glands and that keeps structural similarities with initial glands.

E. Benign formation that develops from excretory ducts of sweat glands.

(The right answer: A).

D. Educational problems of the 3rd level (atypical tasks):

1. The ulcer in a cavity at the review of the patient has such appearance: edges dense, turned out in a look to a crater, a basis condensing, the bottom is covered with a fine-grained tissue which easily bleeds at palpation. The ulcer is painless.

What diagnosis is more authentic?

(Answer: cancer ulcer)

2. On skin in a site of the left cheek half a year ago there was a small knot reminding the grain acting over a surface of skin. The tumor of a dense consistence, deadwhite color, is located on a plaque. After removal of a tumor it is revealed that structural unit of a tumor is bazalioma.

What diagnosis is more authentic?

(Answer: bazalioma)

3. The patient has on a mucous membrane of a lower lip has tumour-like formation of a spherical form, the size to 0,5 cm, a soft consistence, with accurate contours, mobile, painless; a mucous membrane over education without pathological changes.

It is possible to think of what disease?

(Answer: papilloma)

7. Literature:

7.1. Basic literature:

1. Пачес А.И. Опухоли головы и шеи. - М.: Медицина, 1983.

2. Дунаевский В.А., Шеломенцев Ю.А. Предопухолевые заболевания и злокачественные опухоли слизистых оболочек полости рта. - М.: Медицина, 1986.

3. Колесов А.А., Воробьев Ю.И., Каспарова Н.Н. Новообразования мягких тканей и костищ лица в детей и подростков. - М.: Медицина, 1989.

4. Blot, W.J., J.K. McLaughlin, D.M. Winn, D.F. Austin, R.S. Greenberg, S. Preston-Martin, L. Bernstein, J.B. Schoenberg, A. Stemhagen, and J.F. Fraumeni. 1988. Smoking and drinking in relation to oral and pharyngeal cancer. *Cancer Research* 48:3282-3287.
5. Bricker, S.L., R.P. Langlais and C.S. Miller. 1994. *Oral Diagnosis, Oral Medicine, and Treatment Planning*, Second Edition. Philadelphia, Lea and Febiger Publishing.
6. Greenblatt, M.S., W.P. Bennett, M. Hollstein, C.C. Harris. 1994. Mutations in the p53 tumor suppressor gene: clues to cancer etiology and molecular pathogenesis. *Cancer Research* 54(18):4855-4878.
7. Lidral, A.C., J.C. Murray, K.H. Buetow, A.M. Basart, H. Scheerer, R. Schiang, A. Naval, E. Layda, K. Magee, W. Magee. 1997. Studies of the candidate genes TGFB2, MSX1, TGFA, and TGFB3 in the etiology of cleft lip and palate in the Philippines. *Cleft Palate - Craniofacial Journal* 34(1):1-6.

7.2. Additional literature:

<http://www.skincancer.org/content/view/17/79/>

www.wessexcancer.org

**Ministry of health Ukraine
Higher state educational establishment of Ukraine
«Ukrainian medical stomatological academy»**

It is «ratified»
at meeting of chair of surgical stomatology
and maxillofacial surgery with plastic and
reconstructive surgery of the head and neck

The Head of the chair

doctor of medicine Aveticov D. S.



**METHODICAL INSTRUCTION
FOR INDEPENDENT WORK OF STUDENTS DURING PREPARATION FOR PRACTICAL
(SEMINAR) LESSON**

Names of the discipline	Surgical stomatology
Module №	3
Thematic module №	3
Theme of lesson	Tumor-like formations of soft tissues: atheroma, rhinophyma, keratoacanthoma, keratolytic papilloma (warty (skin) horn). Clinic, diagnostics, differential diagnostics, treatment
Course	IV
Faculty	Stomatological

1. ACTUALITY OF THEME.

Tumor-like new formations of the soft tissues, especially such, as atheroma, are often observed at practice of surgeon-stomatologist. Usually they do not make a threat to life and health of patient, but at certain terms some of them, for example keratoacanthoma, can become malignant tumor. Clear knowledge of clinical displays of this group of new formations will help a doctor to set a faithful diagnosis and avoid flagrant errors.

2. SPECIFIC GOALS:

2.1. To analyze the clinical symptoms of atheroma, rhinophyma, keratoacanthoma, keratolytic papilloma (wart-like skin horn).

2.2. To explain the etiologic and pathogenetic factors of development of tumor-like formations of soft tissues.

2.3. To offer the plan of examination of patient with a diagnosis atheroma, rhinophyma, keratoacanthoma, keratolytic papilloma (wart-like skin horn).

2.4. To classify tumor-like formations of soft tissues.

2.5. To interpret principles of diagnostics and treatment of tumor-like formations of soft tissues.

2.6. To draw the graphology chart of lesson.

2.7. To analyze the results of laboratory and instrumental examination.

2.8. To diagrammatize treatment of patients with atheroma, rhinophyma, keratoacanthoma, keratolytic papilloma (wart-like skin horn).

3. BASIC LEVEL OF PREPARATION

Names of previous disciplines	Obtained skills
1. Topographical anatomy.	To determine topographic-anatomic areas of head and neck.
2. Histology.	To prepare material for histological investigation.
3. Pathological anatomy.	To describe the histological picture of tumor-like formations of soft tissues.
4. Pathological physiology.	To interpret etiology and pathogenesis of tumors.
5. Propaedeutics of surgical stomatology.	To conduct curation of patient with a tumor of maxilla-facial region.
6. General oncology.	To determine the scheme of examination of patient with a tumor of maxilla-facial region.

4. TASKS FOR INDEPENDENT WORK DURING PREPARATION FOR LESSON.

4.1. The list of the main terms, parameters, characteristics which the student should know during preparation for lesson:

Term	Definition
1. Biopsy.	Surgical removal of tissue specimen from living organism for histological research.
2. Autopsy.	A postmortem surgical removal of tissue specimen for histological research.
3. Aspiration or needle biopsy.	A taking of material from lesion for histological research by needle with large diameter.
4. Incisional biopsy	A taking of material for histological research by excision of piece of tumor on border of healthy tissues.

4.2. Theoretical questions for lesson:

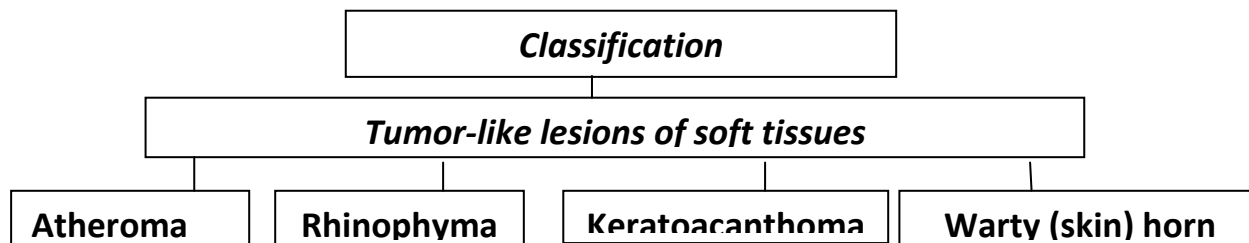
1. To transfer factors which are provoke to neoplasm of soft tissues.
2. To describe the clinical picture of atheroma.
3. To describe the clinical picture of rhinophyma.
4. To describe the clinical picture of keratoacanthoma.
5. To describe the clinical picture of skin horn.
6. Methods of diagnostics and additional methods of research of patients.

7. Differential diagnostics of tumors of soft tissues.
8. Prophylaxis of origin of neoplasms of soft tissues.
9. Clinical displays of malignization of tumor-like formations of soft tissues.
10. Methods of treatment of neoplasm of soft tissues.

4.3. Practical works (tasks) which are carried out on lesson:

It is not foreseen by the program.

5. ORGANIZATION OF THE MAINTENANCE OF THE TRAINING MATERIAL.



Clinic, diagnostics, treatment

Atheroma («athere» - porridge) is a retentional cyst of sebaceous gland, which appears after corking of conclusion channel of gland of skin. More frequent it has place at the traumatic damage of skin during shaving and other. Atheromas are more frequent singl, but can be and plural (atheromatosis). Atheroma grows slowly and painlessly, localized in any area of skin of face and head. Objectively: atheroma has a spherical form, a skin is not changed in a color, mobile. Skin is adhes with the membrane of cyst in one place (in the area of entrance of duct of sebaceous gland). There is contraction of skin in this place. As skin is folded there, there is a symptom of «lemon crust». Atheroma is mobile, painless at palpation, it has densely elastic consistency, the surface is smooth, borders are clear. It has size from a few millimeters to a few centimeters in a diameter. In some cases at the pressure on atheroma from depression porridge-like mass with unpleasant smell is discharged.

Atheromas can purulent. In such cases it loses mobile, a skin is red, there is an edema of surrounding tissues, an abscess is formed. The capsule of atheroma is formed from connecting tissues, inwardly covered a flat epithelium.

Treatment of atheroma is surgical – delete of capsule together with the region of skin which is accrete with the overhead pole of cyst. In the case of suppuration of atheroma it treat as an ordinary abscess, and a capsule of atheroma is deleted after complete liquidation of inflammation's symptoms.

Rhinophyma is chronic inflammation of skin of nose with the lesion of all its elements and hyperplasia of sebaceous glands and vessels. More frequent meets for old men, that has problem with an alcohol.

A disease develops slowly. Objectively: painless nodosal purple-blue color neoplasm in the area of tip and wings of nose. On the skin's surface there is extended vessels – telangioectasies. Rhinophyma results to deformations of nose and distortion of face.

Disease is divided into two forms – fibrotic and glandular (nodosal, knotted). A fibrotic form is characterized by the increase of nose and it does not lose the form. At a glandular form knots are formed on wings and tag of nose which in future meet between itself.

Treatment of rhinophyma is surgical. Pathological vegetations must be removed with direct skin transplantation.

Keratoacanthoma is a tumor-like epithelial formation, that clinically and histologically resemble epidermoid carcinoma but it heals spontaneously without treatment (self limiting lesion) It is of unknown etiology. Clinical features: common age – over 50 years of age, common sex: males more than females, common site: sun exposed skin, including the lip, rarely intraorally. Keratoacanthoma appears as an elevated dome-shaped nodule with a depressed central keratinfilled core giving it a crater-like appearance. It does not exceed 1 to 1,5 cm in diameter, it reaches its maximum size within 4-8 weeks, persists static for another 4-8 weeks, then regresses spontaneously within another 6-8 weeks. Histologically keratoacanthoma is characterized by a central keratin formation, surrounded by hyperplastic epithelium (pseudoeplitheliomatous hyperplasia), with mixed inflammatory cells infiltration.

It simulates the histological features of a well- differentiated squamous cell carcinoma but with absence of deep invasion. Keratoacanthoma is a self limiting lesion, but careful follow up is required.

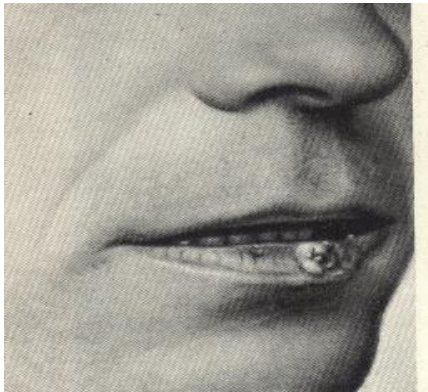
Warty (skin) horn (keratolytic papilloma) has appearance of formation conic form as a horn, on wide basis, grey or umber color. It can has the appearance of hemisphere. Neoplasm is painless, has a smooth or layer surface, hard, as a horn. Size of skin horn is from a few millimeters till a few centimeters in length. Formation has clear borders. Treatment is surgical excision till the unchanged (normal) tissues.

Differential diagnostics of tumor-like formations of soft tissues

Name of neoplasm	Clinical description									
	Localization	Form	Size	Mobility	Consistency	Color	Character of surface	Presence of limb	Growing	Other
Atheroma	Skin of face or hairy area of head	Spherical	From a few mm to a few cm	Mobile	Densely-elastic	A skin is not changed in a color	Smooth	Absent	Slow	Painless, adhes with a skin in one point
Rhinophima	Skin of wings and tip of nose	Knots or diffuse intumescences of nose	Knots to 1,5-2 cm in a diameter	Immobile	Dense or densely-elastic	Red-blue	Knotted	Knots on wide basis	Slow	A skin has the extended vessels and pores, palpation is painless
Kerato-acanthoma	Skin of face or red borders of lip	Saucer-shaped with depressing in a center	To 2-3 cm in a diameter	Immobile	Dense	The color of surrounding skin	Smooth	On wide basis	Rapid	Palpation is painless, it can regresses spontaneously
Skin horn	Skin of face or hairy area of head	Cone-shaped	From a few mm to a few cm	Immobile	Hard	Grey, brown or black	Smooth	On wide basis	Slow	Palpation is painless

6. MATERIALS FOR SELF-CHECKING:

A. To study the following questions:



Keratoacanthoma of lower lip



Skin horn of upper lip

B. Test tasks for self checking:

1. An old patient complains of a presence of painless, hard neoplasm on the lower lip, which exists already a few months, slowly increased. Objectively: on the skin of lower lip cone-shaped dark-brown color neoplasm on wide basis is determined, size of lesion is up to 1 cm at long, it is hard and painless at palpation.

What diagnosis is most reliable?

(Answer: skin horn)

2. A patient complains of the presence of painless neoplasm on the skin of cheek, which grows quickly. Objectively: there is new formation on the skin of the left cheek (size – 1,5*1,5 cm, saucer-shaped form with a smooth surface and crater-shaped depressing in a center, that is filled horny mass.

What diagnosis is most reliable?

(Answer: keratoacanthoma)

3. At patient under the unchanged skin of forehead mobile formation of spherical form 2*2 cm is determined, neoplasm has elastic consistency, smooth surface and painless at palpation. At an attempt to collect a skin in a fold above formation, a skin acquires type of «lemon peel». According to patient formation appeared a few years ago as a little marble under a skin.

What diagnosis does take place in this case?

(Answer: atheroma)

C Materials for test control. Test tasks with the individual right answer ($\alpha=2$):

1. Atheroma is:

- A. Tumor of fatty tissues.
- B. Epithelial tumor.
- C. Tumor from muscular tissues.
- D. Retentional cyst of sebaceous gland.
- E. Tumor of skin.

(Right answer: D)

2. Rhinophyma is:

- A. Retentional cyst of sebaceous gland.
- B. Tumor of skin of nose.
- C. Hypertrophy of skin of nose.
- D. Hyperplasia of sebaceous glands of skin of nose.
- E. Tumor of nervous tissues.

(Right answer: D)

3. Keratoacanthoma is:

- A. Tumor from bone tissues.
- B. Tumor from muscular tissues.
- C. Tumor from nervous tissues.
- D. Tumor from connectively tissues.
- E. Tumor of epithelial origin.

(Right answer: E)

D. Educational problems of the 3rd level (atypical tasks):

1. A patient complains of the presence of painless new formation on the skin of cheek, which grows quickly. Objectively: on the skin of the left cheek there is new formation 1,5*1,5 cm, acetabuliform form with a smooth surface and falling back in a center as a crater, that is filled horny mass.

Define a diagnosis, conduct differential diagnostics, appoint treatment.

(Answer: keratoacanthoma; removal within borders of healthy tissues.)

2. The elderly patient, that likes an alcohol, grumbles about distortion of form of nose. Objectively: deformation of tag and wings of nose due to the presence of the knotted painless excrescences of skin, that feebly displaced at palpation. Skin of nose is blue-red color with the extended pores and telangioectasis.

What diagnosis is most reliable, appoint treatment.

(Answer: rhinophyma, removal within the limits of healthy tissues and skin transplantation.)

3. At patient under the unchanged skin of forehead mobile formation of spherical form 2*2 cm is determined, neoplasm has elastic consistency, smooth surface and painless at palpation. At an attempt to collect a skin in a fold above formation, a skin acquires type of «lemon peel». According to patient formation appeared a few years ago as a little marble under a skin.

What diagnosis takes place in this case, conduct differential diagnostics and appoint treatment.

(Answer: atheroma, removal of capsule with the area of skin.)

7. Literature:

7.1. Basic literature:

1. Wray D. General and oral surgery / D. Wray, D. Stenhouse, D. Lee, A. Clark. – Edinburg, London, New York, Philadelphia, Sydney, Toronto: Churchill Livingstone, 2003. – 336 p.
2. Miloro M. Peterson's Principles of Oral and Maxillofacial Surgery / M. Miloro, G.E. Ghali, P.E. Larsen, P.D. Waite. – Hamilton, London, Ontario: BC Decker Inc, 2004. – 1461p.
3. Moore U.J. Principles of Oral and Maxillofacial Surgery / U.J. Moore. – Blacwell Science, 2005. – 273p.
4. Coulthard P. Master Dentistry / P. Coulthard, K. Horner, Ph. Sloan, D.E. Theader. – Edinburg, London, New York, Philadelphia, Sydney, Toronto: Churchill Livingstone, 2003. – 251 p.
5. Pedlar J. Oral and Maxillofacial Surgery / J. Pedlar, J. Frame. – Edinburg, London, New York, Philadelphia, Sydney, Toronto: Churchill Livingstone, 2003. – 325 p.
6. Fradiskos D. Fradiiskos. Oral Surgery / Fradiskos D. Fradiiskos. – Springer, 2005. – 365 p.
7. Skikevich M.G. Benign tumors and tumor-like formations of maxilla-facial region / M.G. Skikevich, V.N. Gavrilyev. – Poltava: ASMI, 2008. – 132 p.

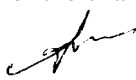
7.2. Additional literature:

1. Mitchell D. An Introduction to Oral and Maxillofacial Surgery / D. Mitchell. – Oxford University Press, Jan, 2006. – 356 p.
2. Skikevich M.G. The basics of stomatology / M.G. Skikevich, D.S. Aveticov. – Poltava. – ASMI, 2012. – 176 p.
3. Tkachenko P.I. Propaedeutics of surgical stomatology and inflammatory diseases of maxillofacial region / P.I. Tkachenko, A.I. Pan'kevich, K.Yu. Rezvina. – Poltava. – ASMI, 201. – 283 p.

**Ministry of health Ukraine
Higher state educational establishment of Ukraine
«Ukrainian medical stomatological academy»**

It is «ratified»
at meeting of chair of surgical stomatology
and maxillofacial surgery with plastic and
reconstructive surgery of the head and neck

The Head of the chair

doctor of medicine Aveticov D. S. 

**METHODICAL INSTRUCTION
FOR INDEPENDENT WORK OF STUDENTS DURING PREPARATION FOR PRACTICAL
(SEMINAR) LESSON**

Names of the discipline	Surgical stomatology
Module №	3
Thematic module №	3
Theme of lesson	Tumors and tumor-like formations of fibrotic tissue. Clinic, diagnostics, differential diagnostics, treatment.
Course	IV
Faculty	Stomatological

1. ACTUALITY OF THEME.

Tumors and tumor-like formations from fibrotic tissue, such, as a fibroma and epulid, are observed on an ambulatory reception of dentist comparatively more frequent from other benign tumors of cavity of mouth. Therefore, clear knowledge of clinical displays of this group of new formations is necessary to the doctor for correct diagnosis and prevention of diagnostic errors.

2. SPECIFIC GOALS:

- 2.1. To analyze the clinical displays of fibroma, fibromatosis of gums, epulis.
- 2.2. To explain the etiologic and pathogenic factors of development of tumors and tumor-like lesions of fibrotic tissue.
- 2.3. To offer the plan of examination of patient with a fibroma, fibromatosis of gums, epulis.
- 2.4. To classify tumor-like formations of fibrotic tissue.
- 2.5. To interpret principles of diagnostics and treatment of tumors and tumor-like formations of fibrotic tissue.
- 2.6. To draw the graphology chart of theme.
- 2.7. To analyze the results of laboratory and instrumental examinations.
- 2.8. To diagrammatize treatment of patients with a fibroma, fibromatosis of gums, epulis.

3. BASIC LEVEL OF PREPARATION

Names of previous disciplines	Obtained skills
1. Topographical anatomy.	To determine topographic-anatomic areas of head and neck.
1. Histology.	To prepare material for histological investigation.
3. Pathological anatomy.	To describe the histological picture of tumor and tumor-like formations of soft tissues.
4. Pathological physiology.	To interpret etiology and pathogenesis of tumors.
5. Propaedeutics of surgical stomatology.	To conduct curation of patient with a tumor of maxilla-facial region.
6. General oncology.	To determine the scheme of examination of patient with a tumor of maxillofacial region.

4. TASKS FOR INDEPENDENT WORK DURING PREPARATION FOR LESSON.

4.1. The list of the main terms, parameters, characteristics which the student should know during preparation for lesson:

Term	Definition
1. Desmoid.	It is a variety of fibroma which develops from fascias and tendons.
2. Histiocytoma.	It is a variety of fibroma which contains histiocytes in the composition.

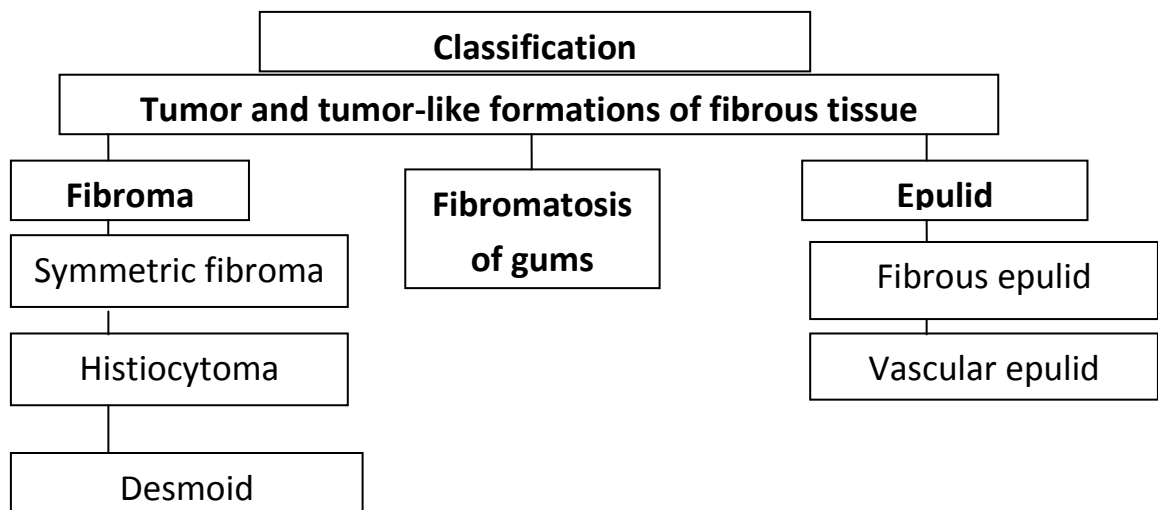
4.2. Theoretical questions to lesson:

1. To transfer factors which provoke to tumor and tumor-like formations of fibrotic tissue.
2. To describe the clinical picture of fibroma.
3. To describe the clinical picture of fibromatosis of gums.
4. To describe the clinical picture of fibrotic epulid.
5. To describe the clinical picture of vascular epulid.
6. Methods of diagnostics and additional methods of research of patients.
7. Differential diagnostics of tumor and tumor-like formations from fibrotic tissue.
8. Prophylaxis of origin of tumor and tumor-like lesions from fibrotic tissue.
9. Clinical displays of malignant regeneration of tumor and tumor-like formations from fibrotic tissue.
10. Methods of treatment of tumor and tumor-like formations from fibrotic tissue.

4.3. Practical works (tasks) which are carried out on lesson:

To conduct palpation of regional lymphatic nodes of maxillofacial region and neck.

**5. ORGANIZATION OF THE MAINTENANCE OF THE TRAINING MATERIAL.
TABLE OF CONTENTS OF TOPIC:**



Clinic, diagnostics, treatment

Fibroma is a benign tumor which develops from the fibred connective tissue. It can be localized on the skin of any area of head and neck or on the oral mucosa.

Fibroma is divided into hard (does not contain fatty tissues) and soft (contains the elements of fatty tissues).

Fibroma of skin is painless neoplasm densely elastic or soft consistency, it is located in skin or comes forward above its surface as a hemisphere. Fibroma is limitedly mobile, it has wide basis and color of normal skin (it can be pink or brown color). A surface of fibroma is smooth (hard fibroma) or in folds (soft fibroma).

The varieties of fibroma is dermatofibroma and desmoid. Both forms feel like инфильтрующего growth.

In the mouth cavity fibroma is localized more frequent on the mucous membrane of cheeks, alveolar process and tongue. There is a symmetric location of fibroma as fusiform neoplasm from the lingual or palatal side of alveolar process is the so-called symmetric fibroma.

The traumatic fibroma or fibro-epithelial polip is cliniccally and histologically identical to fibrous epulis of the gingival, commonly the cheeks particularly along the occlusal line, then the lip and tongue. The differential diagnosis of traumatic fibroma includes: neurofibroma, neurolemmoma, granular cell tumor,

A fibromatosis of gums is excrescence of gums to the level of transitional fold as diffuse excrescence of gums or as particles in the area of a few teeth, sometimes during all alveolar process. Excrescences can be soft or dense, painless.

Epulid (Epulis) literally means on the gum. Epulis are the commonest of the oral hyperplastic lesions, sub gingival placue and calculus are considered to be the main etiological factors of epulis as a reactive hyperplastic lesion. Epulis on histological ground can be classified into:

- a. Fibrous epulis,
- b. Vascular epulis (pyogenic granuloma, pregnancy epulis),
- c. Giant cell epulis (Peripheral giant cell granuloma).

All types of epulis share the following clinical features:

- They are more common in female.
- They are commonly occurring anterior to maxillary molar teeth (intercanine area).
- All types of epulis show tendency to recure with different recurrent rates; (2%) for fibrous epulis, (14%) for the vascular epulis and (36%) for the giant cell epulis.

A. Fibrous epulis

Clinical features

Common age: adults.

Fibrous epulis is the commonest of all types of epulis (65% of all types of epulis). Fibrous epulis appears as a firm pedunculated or sessile mass of similar color to the adjacent gingival tissue. The surface of the lesion may ulcerate due to trauma.

Histological features

Histologically fibrous epulis shows proliferating fibroblast, highly collagenous and relatively avascular, and may contain a mild to moderate chronic inflammatory cell infiltration. Island of ossification may be present and in such condition the lesion is termed as peripheral ossifying fibroma, with no difference in their clinical behavior.

Different diagnosis

The different diagnosis of fibrous epulis includes:

1. Vascular epulis
2. Giant cell epulis.

Treatment is surgical excision.

B. Vascular epulis

Vascular epulis accounts for about 28% of all epulis and is composed of pyogenic granuloma and pregnancy epulis.

1. Pyogenic granuloma

The term pyogenic is a misnomer term as it is not pus producing lesion.

Clinical features

Pyogenic granuloma appears as a soft, deep reddish, purple, sessile or pedunculated swelling, often ulcerated. Hemorrhage may occur spontaneously or following minor trauma.

Histological features

Pyogenic granuloma histologically composed of masses of hyperplastic granulation tissues, characterized by high vascular proliferation, variable numbers of chronic inflammatory cells may be seen.

Treatment

Surgical excision together with removal of underlying cause.

2. **Pregnancy epulis**

Pregnancy epulis, clinically and histologically identical to pyogenic granuloma and it is considered as a pyogenic granuloma occurs in pregnant female.

Treatment

The treatment of pregnancy epulis is surgical excision which preferred to be done until after birth because lesions excised during pregnancy show frequent recurrence.

C. Giant cell epulis

Giant cell epulis is an unusual reactive hyperplastic connective tissues response to injury of the gingival tissues. It is the less common type of epulis, it account for about (7%) of all types of epulis.

Clinical features

Giant cell epulis appears as a dark red, pedunculated or sessile swelling commonly ulcerated. In dentate area the lesion usually arises interdentally with buccal or palatal swelling, joints by a narrow waist between teeth.

Histological features

Microscopically giant cell epulis shows hyperplastic granulation tissue that composed of: multinucleated giant cells, few trabeculae or osteoid bone tissue may occasionally present and variable numbers of chronic inflammatory cells infiltration may be present.

Treatment The treatment of choice of giant cell epulis is radical surgical excision with rate of recurrence.

Differential diagnostics of tumors and tumor-like formations from fibrotic tissue

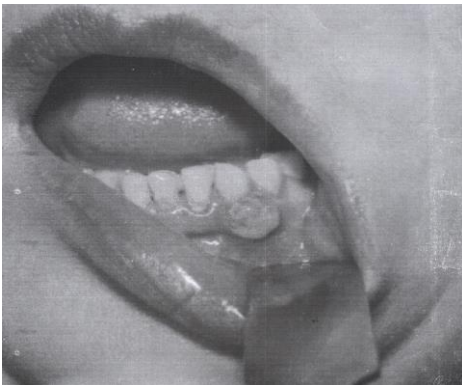
Name of neoplasm	Clinical description									
	Localization	Form	Size	Mobile	Consisten-cy	Color	Character of surface	Presence of leg	Growth	Other
Fibroma	On the skin of face or mucosa of mouth cavity or in the layer of tissues	Semispherica	From a few mm to a few cm	Limitedly mobile	Dense or soft	Color of surrounding tissues	Smooth	Thick leg or wide basis	Slow	Painless
Fibromatosis of gums	An alveolar process	Diffuse excrescence of gums along alveolar process	In the area of a few teeth or along all process	Considerably mobile	Dense or densely elastic	Color of surrounding tissues	Smooth or lobed	Wide basis	Slow	Grow to the transitional fold, painless
Fibrotic epulid	An alveolar process in the area of neck of tooth	Mushroom-like	From a few mm till to a few cm	Limitedly mobile	Dense or densely elastic	Color of surrounding tissues	Smooth	Wide basis	Slow	More frequent grows at vestibular side, painless
Angiomatosal epulid	An alveolar process	Mushroom-like	From few mm to few cm	Limitedly mobile	Soft	Bright red	Smooth or nodular	Wide basis	Slow	Often observed at pregnant, bleeds easily, painless

6. MATERIALS FOR SELF-CHECKING:

A. To study the following questions:



Giant cell epulid of lower jaw



Vascular epulid lower jaw



Fibrotic epulid maxilla

B. Tasks for self-control:

1. A patient grumbles about a presence of painless neoplasm on the mucosa of cheek, which is a few years and slowly increasing. Objectively: semispherical form new formation is determined on the mucosa of the left cheek; neoplasm has wide basis, to 1 sm in a diameter, dense, painless, with clear limits, light pink color.

What diagnosis is most reliable?

(Answer: fibroma)

2. A patient complains of the presence of proliferation of gums of maxilla. Objectively: gums of upper jaw are diffusely increased during all alveolar process from a vestibular side. Proliferation spreads to the transitional fold, painless, densely elastic consistencies, closes the vestibular surface of crowns of teeth.

What diagnosis is most reliable?

(Answer: fibromatosis of gums)

3. Patient has neoplasm in the area of neck of molars of lower jaw at right from a vestibular side of alveolar process. New formation has mushroom-like form, smooth surface and wide basis. Neoplasm is painless, dense consistency, limitedly mobile, light pink color.

What diagnosis does take place in this case?

(Answer: fibrotic epulid)

C. Materials for test control. Test tasks with the single right answer (a=II):

1. Fibroma is:

- A. Tumor of fatty tissue.
- B. Epithelial tumor.
- C. Tumor from muscular tissue.
- D. Retencional cysts
- E. Tumor from connecting tissue.

(Right answer: A).

2. Whatever tumor behaves to the fibroma:

- A. Hard fibroma.
- B. Soft fibroma.
- C. Desmoid.
- D. Histiocytoma.
- E. Ateroma.

(Right answer: E).

3. Epulid is:

- A. Benign tumor.
- B. Malignant tumor.
- C. Inflammatory disease.
- D. Dystrophic disease.
- E. Tumor-like formation

(Right answer: E).

D. Educational tasks of 3-th levels (atypical tasks):

1. During a prophylactic review at sick from a vestibular side of alveolar process of maxilla in the area of frontal teeth doctor founded new formation of gums of spherical form of bright red color which bleeds at touching. New formation is painless, located on a wide leg in the area of gingival margo.

Define a diagnosis, conduct differential diagnostics, appoint treatment.

(Answer: vascular epulid, removal within limits of healthy tissues, diathermocoagulation of bone bed.)

2. Patient has new formation of mushroom-like form in the area of neck of mollars of lower jaw at right from a vestibular side of alveolar process with smooth surface on wide basis. Neoplasm is painless, dense consistency, limitedly mobile, pinky color.

Define a diagnosis, conduct differential diagnostics, appoint treatment.

(Answer: fibrotic epulid, carving within the border of healthy tissues, coagulation of bone bed.)

3. Patient complains of the presence of proliferation of gums of maxilla. Objectively: gums of supramaxilla are diffusely incrassate during all alveolar process from a vestibular side. Excrescence spreads to the transitional fold, painless, densely elastic consistencies, close the vestibular surface of crowns of teeth.

Define a diagnosis, conduct differential diagnostics, appoint treatment.

(Answer: fibromatosis of gums, removal within the border of the unchanged gums together with a periosteum.)

7. Literature:

7.1. Basic literature:

1. Wray D. General and oral surgery / D. Wray, D. Stenhouse, D. Lee, A. Clark. – Edinburg, London, New York, Philadelphia, Sydney, Toronto: Churchill Livingstone, 2003. – 336 p.
2. Miloro M. Peterson's Principles of Oral and Maxillofacial Surgery / M. Miloro, G.E. Ghali, P.E. Larsen, P.D. Waite. – Hamilton, London, Ontario: BC Decker Inc, 2004. – 1461p.
3. Moore U.J. Principles of Oral and Maxillofacial Surgery / U.J. Moore. – Blacwell Science, 2005. – 273p.
4. Coulthard P. Master Dentistry / P. Coulthard, K. Horner, Ph. Sloan, D.E. Theader. – Edinburg, London, New York, Philadelphia, Sydney, Toronto: Churchill Livingstone, 2003. – 251 p.
5. Pedlar J. Oral and Maxillofacial Surgery / J. Pedlar, J. Frame. – Edinburg, London, New York, Philadelphia, Sydney, Toronto: Churchill Livingstone, 2003. – 325 p.
6. Fradiskos D. Fradiiskos. Oral Surgery / Fradiskos D. Fradiiskos. – Springer, 2005. – 365 p.

7. Skikevich M.G. Benign tumors and tumor-like formations of maxilla-facial region / M.G. Skikevich, V.N. Gavrilyev. – Poltava: ASMI, 2008. – 132 p.

7.2. Additional literature:

1. Mitchell D. An Introduction to Oral and Maxillofacial Surgery / D. Mitchell. – Oxford University Press, Jan, 2006. – 356 p.

2. Skikevich M.G. The basics of stomatology / M.G. Skikevich, D.S. Aveticov. – Poltava. – ASMI, 2012. – 176 p.

3. Tkachenko P.I. Propaedeutics of surgical stomatology and inflammatory diseases of maxillofacial region / P.I. Tkachenko, A.I. Pan'kevich, K.Yu. Rezvina. – Poltava. – ASMI, 201. – 283 p.

**Ministry of health Ukraine
Higher state educational establishment of Ukraine
«Ukrainian medical stomatological academy»**

It is «ratified»
at meeting of chair of surgical stomatology
and maxillofacial surgery with plastic and
reconstructive surgery of the head and neck

The Head of the chair

doctor of medicine Aveticov D. S.



**METHODICAL INSTRUCTION
FOR INDEPENDENT WORK OF STUDENTS DURING PREPARATION FOR PRACTICAL
(SEMINAR) LESSON**

Names of the discipline	Surgical stomatology
Module №	3
Thematic module №	3
Theme of lesson	Tumor and tumor-like formations of muscular and fatty tissue. Clinic, diagnostics, differential diagnostics, treatment.
Course	IV
Faculty	Stomatological

1. ACTUALITY OF THEME.

Tumors of muscular and fatty tissue are not often observed on an ambulatory reception, but knowledge of their clinical displays is obliged to surgeon-stomatology in order to prevent of diagnostic errors, because the symptoms which accompany these neoplasms quite often alike with the clinic of other tumors. In addition, some of tumors of muscular and fatty tissue can malignant and knowledge of signs of malignant degeneration of tumors extremely needs for practical doctor-stomatology.

2. SPECIFIC GOALS:

- 2.1. To analyze the clinical displays of different forms of myoma and lipoma.
- 2.2. To explain the etiologic and patogenic factors of development of tumor-like formations of muscular and fatty tissue.
- 2.3. To offer the plan of examination of patients with myoma and lipoma.
- 2.4. To classify tumor-like formations of muscular and fatty tissue.
- 2.5. To interpret principles of diagnostics and treatment of muscular and fatty tissue.
- 2.6. To draw the graphology chart of theme.
- 2.7. To analyze the results of laboratory and instrumental investigations.
- 2.8. To diagrammatize treatment of patients with myoma and lipoma.

3. BASIC LEVEL OF PREPARATION.

Names of previous disciplines	Obtained skills
1. Topographical anatomy.	To determine topographic-anatomic areas of head and neck.
2. Histology.	To prepare material for histological investigation.
3. Pathological anatomy.	To describe the histological picture of tumors and tumor-like formations of soft tissues.
4. Pathological physiology.	To interpret etiology and pathogenesis of tumors.
5. Propaedeutics of surgical stomatology.	To conduct curation of patient with a tumors of maxillofacial region.
6. General oncology.	To determine the scheme of examination of patient with a tumors of maxillofacial region.

4. TASKS FOR INDEPENDENT WORK DURING PREPARATION FOR LESSON.

4.1. The list of the main terms, parameters, characteristics which the student should know during preparation for lesson:

Term	Definition
1. Myoblastoma.	It is a tumor of striated muscle.
2. Rhabdomyoma.	It is a tumor of striated muscle.
3. Leiomyoma.	It is a tumor of smooth muscle.
4. Lipoma.	It is a tumor of mature fatty tissue.
5. Lipomatosis.	It is diffuse excrescence of mature fatty tissue.

4.2. Theoretical questions for lesson:

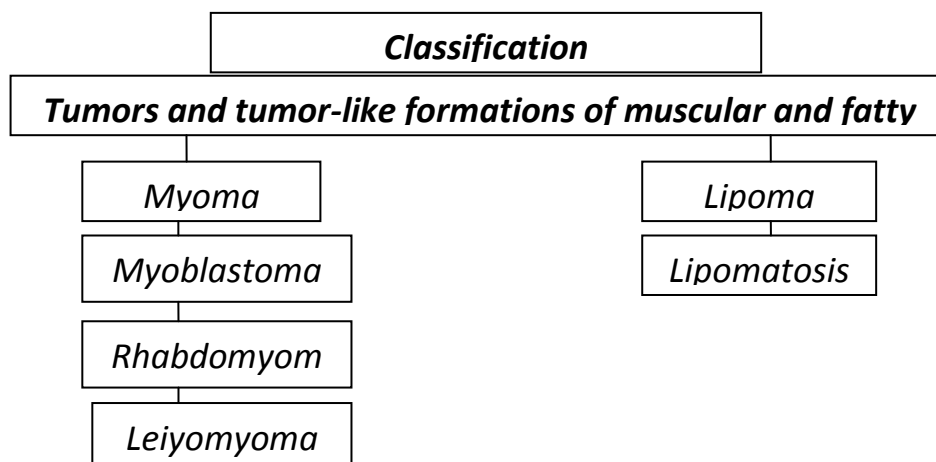
13. To transfer factors which are make for origin of myoma and lipoma.
14. To describe a clinical picture of myoblastoma.
15. To describe the clinical picture of rhabdomyoma.
16. To describe the clinical picture of leiomyoma.
17. To describe the clinical picture of lipoma.
18. To describe the clinical picture of lipomatosis.
19. Methods of diagnostics and additional methods of examination of patients.
20. Differential diagnostics of tumors of muscular and fatty tissue.
21. Prophylaxis of origin of tumors of muscular and fatty tissue.
22. Differential diagnostics of tumor of muscular and fatty tissue.
23. Clinical displays of malignant degeneration of tumors of muscular and fatty tissue.
24. Methods of treatment of tumors of muscular and fatty tissue.

4.3. Practical works (tasks) which are carried out on lesson:

1. To conduct palpation of tumor maxillofacial region.
2. To conduct diagnostic puncture.

5. ORGANIZATION OF THE MAINTENANCE OF THE TRAINING MATERIAL.

- CONTENTS OF THEME:



Clinic, diagnostics, treatment

Myoma is the general name of benign tumors, which grows from muscular tissue. There are a few its varieties.

Leiomyoma is the benign tumor from smooth muscular tissue. It can develop from the smooth muscles of skin and vessels, grows slowly and painlessly. Clinically looks as a node with clear limits, soft and painless at palpation. The surface of tumor is smooth. Leiomyoma common site intraorally in the tongue. There is no smooth muscle in the oral cavity except walls of blood vessels. Leiomyoma is able to regenerate in leiomyosarcoma. Treatment is surgical excision (with borders of the unchanged tissues).

Rabdomyoma is a the benign tumor which develops from striated muscle. It meets rarely, located more frequent all in the layer of tongue. It grows slowly and painlessly. It not inherent infiltrative growth, there is tumor of brown color on a cut. Rabdomyoma has an expressly certain capsule. Occasionally it can regenerate in rabdomyosarcoma. Treatment is surgical excision (with borders of the unchanged tissues).

Myoblastoma is a benign tumor which develops from myoblasts of striated musculature. It more frequent all is observed in the layer of tongue and gums. It grows slowly and painlessly, but this tumor has infiltrative growth (it does not have a capsule). Objectively: node with relatively clear borders, painless, elastic consistency. If it is localized in the layer of tongue, there are deformation and to violation of movement of tongue. Tumor on the cut has pink color, poor on blood vessels. Myoblastoma is able to violate in a malignant tumor.

Treatment consists in removing of tumor with part of healthy tissues. After a removing tumor able to give relapses.

Lipoma is a benign neoplasm of fatty or adipose tissues. It is localized in the different areas of face and neck. A clinical picture depends on the depth of bedding of tumor. More often it appears as a painless, slowly growing soft, elastic yellowish rounded or lobulated swelling, commonly occurs in the cheek and tongue. Lipoma grows slowly, it can be soft or dense depending on correlation of fatty and fibrotic tissue. It is painless, has lobed surface. Lipoma has a thin capsule. The mobile of lipoma depends on the depth of its bedding. Microscopically lipoma shows a well circumscribed, lobulated mass of mature fat cells.

Sometimes there is diffuse excrescence of fatty tissue on a neck as an apron. It is illness of Madelung or lipomatosis of neck.

Lipoma is able to regenerate in a malignant tumor – liposarcoma.

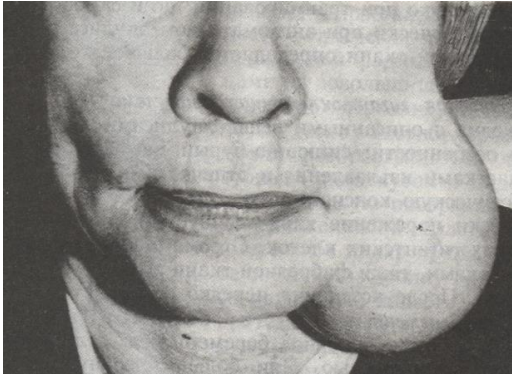
Treatment of lipoma is surgical, quite often related to technical difficulties (in the case of distribution of tumor of intermuscular and interfascial spaces).

Differential diagnostics of tumors of muscular and fatty tissues

Name of neoplasm	Clinical description									
	Localization	Form	Size	Mobile	Consistency	Color of tumor on a cutting	Character of surface	Presence of leg	Growth	Presence of capsule
Myoblastoma	Layer of tongue or gums	Globular	From a few mm to a few sm	Immobile or limitedly mobile	Densely elastic	Light pink	Smooth	It is not had	Slow	It is not had
Rhabdomyoma	Layer of tongue or gums	Globular	From a few mm to a few sm	Immobile or limitedly mobile	Densely elastic	Brown	Smooth	It is not had	Slow	Has a capsule
Leiyomyoma	Layer of tongue or gums	Globular	From a few mm to a few sm	Immobile or limitedly mobile	Densely elastic	Pink	Smooth	It is not had	Slow	Has a capsule
Lipoma	In any area of face and neck	Node or diffuse nube	From a few mm to a few sm	Immobile or limitedly mobile	Soft or densely elastic	Yellow	Lobed	It can be on wide basis	Slow	Has a thin capsule

6. MATERIALS FOR SELF-CHECKING:

A. To study the following questions:



Lipoma of cheek

B. Test tasks for self checking:

1. Elderly patient complaints of a presence of painless neoplasm in the layer of tongue which limits movement of tongue and exists already a few months, slowly increased. Objectively: painless node with clear border is palpated in the tongue. Neoplasm is to 2 sm in a diameter. The mucosa of tongue is not changed.

What diagnosis is most reliable?

(Answer: myoma)

2. A patient grumbles about a cosmetic defect because of deformation of neck. Objectively: in the area of front surface of neck there is a diffuse bulge of tissues as an apron which is stretched out from the lower edge of jaw to the clavicles. A skin is not changed in a color, excrescences are mobile, painless, lobed surface is determined at palpation.

What disease does take place in this case?

(Answer: illness of Madelung)

3. Patient complaints of the presence of neoplasm under low jaw which exists during a few years, slowly increasing. Objectively: in the left inframandibular area node is determined (a size of neoplasm is 3-5 sm), with clear limits, painless, pasty consistencies, mildly mobile, covered by unchanged skin. At palpation: surface of neoplasm is lobed.

What disease did a patient appeal with?

(Right answer: lipoma)

C. Materials for test control. Test tasks with the single right answer (a=II):

1. Mioma is:

- A. Tumor from fatty tissue.
- B. Epithelial tumor.
- C. Tumor from muscular tissue.
- D. Retentional cyst of sebaceous glands.
- E. Tumor from nervous tissue.

(Right answer: C).

2. Lipoma is:

- A. Tumor of fatty tissue.
- B. Tumor from nervous tissue.
- C. Epithelial tumor.
- D. Tumor from muscular tissue.
- E. Retentional cyst of sebaceous glands.

(Right answer: A).

3. Rhabdomyoma is:

- A. Tumor from bone tissue.
- B. Tumor from striated muscular tissue.
- C. Tumor from nervous tissue.
- D. Tumor from connecting tissue.
- E. Tumor of epithelial origin.

(Right answer: B).

D. Educational tasks of 3th levels (atypical tasks):

1. During the review of a patient doctor found out new formation under low jaw which exists during few years, slowly increasing. Objectively: in the submandibular area to the right there is new formation as a node 4-6 cm by a size, with clear limits, painless, paste consistence, mildly mobile, covered with unchanged skin. At palpation the surface of a new formation is lobed.

Define a diagnosis, conduct differential diagnostics, appoint treatment.

(Answer: lipoma, removal together with a capsule.)

2. At the doctor reception the elderly patient complains of the presence of painless induration in the tongue, which interferes tongue and exists few months, slowly increasing. Objectively: in the tongue painless node with unclear limits is palpated. There is neoplasm 3 cm in diameter. The mucosa of tongue is not changed.

Define a diagnosis, conduct differential diagnostics, appoint treatment.

(Answer: myoma, removal within healthy tissues.)

3. A patient grumbles about a cosmetic defect as a result of distortion of neck. Objectively: the front surface of neck is distorted by the diffuse thickening of tissues as an apron which stretches out from the lower edge of jaw up to the clavicle. A skin color is not changed, at palpation excrescences are mobile, painless, a lobed surface is determined .

Define a diagnosis, conduct differential diagnostics, appoint treatment.

(Answer: a lipomatosis of neck, removal within the limits of healthy tissues.)

7. Literature:

7.1. Basic literature:

1. Wray D. General and oral surgery / D. Wray, D. Stenhouse, D. Lee, A. Clark. – Edinburg, London, New York, Philadelphia, Sydney, Toronto: Churchill Livingstone, 2003. – 336 p.
2. Miloro M. Peterson's Principles of Oral and Maxillofacial Surgery / M. Miloro, G.E. Ghali, P.E. Larsen, P.D. Waite. – Hamilton, London, Ontario: BC Decker Inc, 2004. – 1461p.
3. Moore U.J. Principles of Oral and Maxillofacial Surgery / U.J. Moore. – Blacwell Science, 2005. – 273p.
4. Coulthard P. Master Dentistry / P. Coulthard, K. Horner, Ph. Sloan, D.E. Theader. – Edinburg, London, New York, Philadelphia, Sydney, Toronto: Churchill Livingstone, 2003. – 251 p.
5. Pedlar J. Oral and Maxillofacial Surgery / J. Pedlar, J. Frame. – Edinburg, London, New York, Philadelphia, Sydney, Toronto: Churchill Livingstone, 2003. – 325 p.
6. Fradiskos D. Fradiiskos. Oral Surgery / Fradiskos D. Fradiiskos. – Springer, 2005. – 365 p.
7. Skikevich M.G. Benign tumors and tumor-like formations of maxilla-facial region / M.G. Skikevich, V.N. Gavrilyev. – Poltava: ASMI, 2008. – 132 p.

7.2. Additional literature:

1. Mitchell D. An Introduction to Oral and Maxillofacial Surgery / D. Mitchell. – Oxford University Press, Jan, 2006. – 356 p.
2. Skikevich M.G. The basics of stomatology / M.G. Skikevich, D.S. Aveticov. – Poltava. – ASMI, 2012. – 176 p.
3. Tkachenko P.I. Propaedeutics of surgical stomatology and inflammatory diseases of maxillofacial region / P.I. Tkachenko, A.I. Pan'kevich, K.Yu. Rezvina. – Poltava. – ASMI, 201. – 283 p.

**Ministry of health Ukraine
Higher state educational establishment of Ukraine
«Ukrainian medical stomatological academy»**

It is «ratified»
at meeting of chair of surgical stomatology
and maxillofacial surgery with plastic and
reconstructive surgery of the head and neck

The Head of the chair

doctor of medicine Aveticov D. S.



**METHODICAL INSTRUCTION
FOR INDEPENDENT WORK OF STUDENTS DURING PREPARATION FOR PRACTICAL
(SEMINAR) LESSON**

Names of the discipline	Surgical stomatology
Module №	3
Thematic module №	3
Theme of lesson	Tumors of blood and lymphatic vessels of soft tissues and jaws. Clinic, diagnostics, treatment.
Course	IV
Faculty	Stomatological

1. SUBJECT URGENCY.

Stomatologists of any profile sometimes find the necessity of inspection and treatment of patients with the tumors of blood and lymphatic vessels of soft tissues and jaws. An important moment is realization of differential diagnostics between benign and malignant tumors, that requires from the doctor of theoretical knowledge and practical abilities of clinical and paraclinical examination of patients, abilities to interpret data of additional methods of examinations and appoint adequate treatment to every concrete patient, in fact quality of life of patient depends in future on it.

2. SPECIFIC GOALS:

2.1. To analyze etiology and pathogeny of tumors of blood and lymphatic vessels of maxillofacial area. бoбъг

2.2. To explain factors which provoke the origin of tumors of blood and lymphatic vessels of maxillofacial region.

2.3. To offer new approaches in diagnostics of tumors of blood and lymphatic vessels of maxillofacial area.

2.4. To classify the tumors of blood and lymphatic vessels of maxillofacial area.

2.5. To interpret the additional methods of examination at diagnostics of tumors of blood and lymphatic vessels of maxillofacial area.

2.6. To draw the charts of roentgenologic picture of tumors of blood and lymphatic vessels of bones of facial skeleton.

2.7. To analyze data of additional methods of examination of patients with tumors of blood and lymphatic vessels of maxillofacial area.

2.8. To lay down the plan of treatment of patients with the tumors of blood and lymphatic vessels of maxillofacial area.

3. BASIC LEVEL OF PREPARATION.

Names of previous disciplines	Obtained skills
1. Normal anatomy.	To define localization of tumors of blood and lymphatic vessels of soft tissues and jaws.
2. Operative surgery and topographical anatomy.	To conduct cuts depending on the place of location of tumor. To lay on the different types of guy-sutures that is used for moving away of tumors of blood and lymphatic vessels.
3. Internal illnesses.	To conduct the inspections of patient. To interpret data of laboratory investigations.
4. Pathological morphology.	To know the histological structure of tumors of blood and lymphatic vessels of soft tissues and jaws.
5. Pathological physiology.	To know the etiological and pathological aspects of origin of tumors of peripheral nerves blood and lymphatic vessels of soft tissues and jaws.
6. Propaedeutics of internal illnesses.	To adhere to the deontology at communication with patients.

4. TASKS FOR INDIVIDUAL WORK DURING PREPARATION TO LESSON.

4.1. List of basic terms, parameters, characteristics, which student must master at preparation to lesson:

Term	Determination
1. Hemangioma.	This is vascular new formation.
2. Lymphangioma.	This is new formation from lymphatic vessels.
3. Sclerotherapy.	This is introduction to the cavity of vessel new formation of aggressive chemical substance (ethyl spirit, formalin of and other).

4.2. Theoretical questions to lesson:

1. Statistics of tumors of blood and lymphatic vessels of soft tissues and jaws.
2. Circulatory system of face.
3. Lymphatic system of face.
4. Classification of tumors of blood and lymphatic vessels of soft tissue and jaws.
5. Clinic of tumors of blood and lymphatic vessels of soft tissues and jaws.
6. Features of diagnostics of tumors of blood and lymphatic vessels of soft tissues and jaws.
7. Statistics of postoperative complications at the tumors of blood and lymphatic vessels of soft tissues and jaws.

4.3. Practical works (task) which are executed on lesson:

1. To conduct palpation of tumor maxillofacial region.
2. To conduct diagnostic puncture.
3. Working off the algorithm of examination and treatment of the patients with the vascular tumors of face.

5. ORGANIZATION OF THE MAINTENANCE OF THE TRAINING MATERIAL.

Haemangioma

Haemangioma is generally accepted to be hamartomatous lesion rather than true neoplasm.

Clinical features

Common age: At birth, or early after birth, some lesions may not be noted until later.

Common sex: Female more than male.

Common site: Head and neck region more than other part of the body. Intraorally common on the lip, tongue, cheek and palate.

Intraoral mucosal haemangioma appear as flat or nodular, soft dark reddish or purplish pinkish lesion, that may bleed following mild trauma. Haemangioma characteristically blanch under pressure, this may help to differentiate it from other soft tissue hemorrhagic lesion e.g. ecchymosis.



Haemangioma of the cheek

Haemangioma may (intraosseously), which appear radiolucent area or

bubble appearance. Haemangioma is usually solitary lesion but multiple lesions may occur rarely as part of some generalized angiomatous syndrome such as (Sturge-Weber syndrome) (Encephalotrigeminal angiomatosis) and (Hereditary haemorrhagic telangiectasi,) (Rendu-Osler-Weber syndrome).

occur inside jaw bone radiographically as irregulars multilocular or honey comb or soap

Sturge-Weber syndrome (Encephalotrigeminal angiomatosis)

Sturge-Weber syndrome is a congenital disorder characterized by the following main features:

1. Ipsilateral haemangiomatous lesion of the face following the distribution of one or more of the branches of the trigeminal nerve, (port-wine stain). The facial lesion may extend intraorally involving the buccal mucosa and gingiva.
2. Calcification of leptomeninges over the cerebral cortex.
3. Convulsion of the limb, on the opposite side of the body.
4. Ocular lesion also may be present.



Sturge-Weber syndrome (port-wine stain)

Hereditary hemorrhagic telangiectasia (Rendu-Osler-Weber Syndrome)

Hereditary hemorrhagic telangiectasia is a hereditary disorder transmitted as autosomal dominant and characterized by:

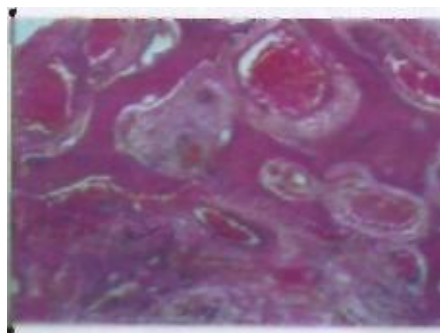
- Multiple knots of dilated malformed capillaries (telangiectasia) present in skin, mucous membrane of oral cavity and nasal cavity Fig.
- Frequent nose bleeding is the commonest presenting sign of Rendu -Osler-Weber Syndrome.

Hereditary hemorrhagic telangiectasia of tongue



Histopathological features

Histologically haemangioma is classified into capillary, or cavernous or mixed, depending upon the size of the vascular spaces, these spaces are lined by endothelium without muscular support. Clinically there is no significant difference between capillary and cavernous haemangioma.



Capillary haemangioma (histological features)

Diagnosis of haemangioma

Clinical examination shows congenital vascular lesion that blanch on pressure.

- The bony lesion shows honey comb appearance radiographically.

Treatment

- Surgical excision, following localization of the lesion through selective arteriole embolization.
- Sclerosant therapy or cryosurgery.
- The laser therapy is now used as a primary treatment of selected vascular lesion.

Lymphangioma

Lymphangioma is considered as a hamartomatous, rather than being true neoplasm and it is less common than haemangioma.

Clinical features

Common ages: At birth (Congenital) or shortly after birth,

Common site: Tongue leading to macroglossia and the lip leading to macropheilia.

The superficially located lesion appears as painless nodular or papillary swelling with the same color or slightly redder than the surrounding mucosa. The deeper lesions show diffuse nodules without significant changes in the surface texture or color. On palpation it may produce a crepitant sound due to pushing of lymphatic fluid from one area to another.



Lymphangiomatous malformation may occur in the neck region in early development leading to cystic hygroma which presents as a large fluctuant swelling up to 10 cm in diameter and may extend to involve vital structure in the neck with respiratory distress, hemorrhage and disfigurement.

Histopathological features

Microscopically lymphangioma composed of thin-walled vascular spaces, containing pinkish amorphous material as the result of fixation of lymph.

Treatment

- Surgical excision with recurrence, because of lack of encapsulation.
- The treatment of cystic hygroma may need stages surgical procedures to control the lesion.

6. Types of individual work of students.

A. To study the following questions:

1. X-ray pictures of patients with hemangioma of bones of facial skeleton.
2. Photos of patients with the vascular tumors of face.

B. Tasks for self-control:

1. Patient, 20 years old, has asymmetry of face due to the tumor of upper lip on left. Skin under neoplasm is blue, positive symptoms of "compression" and "filling" are determined.

What most credible diagnosis?

(Answer: Cavernous hemangioma).

2. A patient, 17 years old, complains of the presence of tumor on a lower lip. Anamnesis of disease: tumor was determined after birth, slowly increasing, but for the last year acute increased in a size. At a review on a lower lip there is a tumor of red color, soft, at pressure becomes empty and pale.

What previous diagnosis?

(Answer: hemangioma of lower lip).

3. A patient, 20 years old, appealed to the surgeon with a tumor on the left cheek. The presence of neoplasm marks from birth. At a review on the skin of the left cheek flat rounded form spot, to 1,5 cm in a diameter, pink-red color. At pressure on a tumor by a finger or instrument neoplasm turns pale.

Define a diagnosis.

(Answer: hemangioma).

C. Materials for test control. Test tasks with the single right answer ($\alpha=II$):

1. The basic clinical sign of branched hemangioma is:

- A. Pulsation.
- B. Presence of phlebolith.
- C. Pain at palpation.
- D. Sickly infiltration.
- E. Venous's symptom.

(Right answer: A)

2. The basic methods of treatment of capillary hemangioma is:

- A. Sclerotherapy.

- B. Sewing.
- C. Electro-coagulation.
- D. Radial therapy.
- E. Excision of tumor.

(Right Answer: A).

3. Clinically a lymphangioma is characterized by varieties:

- A. Porous, cystic, lytic.
- B. Polymorphic, monomorphic, proliferative.
- C. Capillary, cystic, cavitory.
- D. Dissipated, local.
- E. Solid, monomorphic.

(Answer: C).

D. Educational tasks of 3th levels (atypical tasks):

1. A patient appealed to the clinic with complaints of the considerable increasing of low lip. There is increasing of low lip, pinky color, tissues of lips painless and densely-elastic at palpation.

Define a diagnosis, conduct differential diagnostics, appoint treatment.

(Answer: lymphangioma of low lip, operative treatment).

2. A patient, 25 years old, appealed to the policlinic with complaints of the presence of the swelling in the left parotid-masticatory area. At inclination of head the symptom of "filling" is determined in the left parotid-masticatory area. In the cavity of mouth the mucous membrane of this area in a color is not changed.

Define a diagnosis, conduct differential diagnostics, appoint treatment.

(Answer: hemangioma of parotid-masticatory area, sclerotherapy with next operative intervention).

7. LITERATURE

7.1. Basic literature:

1. Wray D. General and oral surgery / D. Wray, D. Stenhouse, D. Lee, A. Clark. – Edinburg, London, New York, Philadelphia, Sydney, Toronto: Churchill Livingstone, 2003. – 336 p.
2. Miloro M. Peterson's Principles of Oral and Maxillofacial Surgery / M. Miloro, G.E. Ghali, P.E. Larsen, P.D. Waite. – Hamilton, London, Ontario: BC Decker Inc, 2004. – 1461p.
3. Moore U.J. Principles of Oral and Maxillofacial Surgery / U.J. Moore. – Blacwell Science, 2005. – 273p.
4. Coulthard P. Master Dentistry / P. Coulthard, K. Horner, Ph. Sloan, D.E. Theader. – Edinburg, London, New York, Philadelphia, Sydney, Toronto: Churchill Livingstone, 2003. – 251 p.
5. Pedlar J. Oral and Maxillofacial Surgery / J. Pedlar, J. Frame. – Edinburg, London, New York, Philadelphia, Sydney, Toronto: Churchill Livingstone, 2003. – 325 p.
6. Fradiskos D. Fradiiskos. Oral Surgery / Fradiskos D. Fradiiskos. – Springer, 2005. – 365 p.
7. Skikevich M.G. Benign tumors and tumor-like formations of maxilla-facial region / M.G. Skikevich, V.N. Gavrilyev. – Poltava: ASMI, 2008. – 132 p.

7.2. Additional literature:

1. Mitchell D. An Introduction to Oral and Maxillofacial Surgery / D. Mitchell. – Oxford University Press, Jan, 2006. – 356 p.
2. Skikevich M.G. The basics of stomatology / M.G. Skikevich, D.S. Aveticov. – Poltava. – ASMI, 2012. – 176 p.
3. Tkachenko P.I. Propaedeutics of surgical stomatology and inflammatory diseases of maxillofacial region / P.I. Tkachenko, A.I. Pan'kevich, K.Yu. Rezvina. – Poltava. – ASMI, 201. – 283 p.

**Ministry of health Ukraine
Higher state educational establishment of Ukraine
«Ukrainian medical stomatological academy»**

It is «ratified»
at meeting of chair of surgical stomatology
and maxillofacial surgery with plastic and
reconstructive surgery of the head and neck

The Head of the chair

doctor of medicine Aveticov D. S.



**METHODICAL INSTRUCTION
FOR INDEPENDENT WORK OF STUDENTS DURING PREPARATION FOR PRACTICAL
(SEMINAR) LESSON**

Names of the discipline	Surgical stomatology
Module №	3
Thematic module №	3
Theme of lesson	Tumors of the melanogenic system: naevus, melanoma. Clinic, diagnostics, differential diagnostics, treatment
Course	IV
Faculty	Stomatological

1. SUBJECT URGENCY.

Epithelial tumors of soft tissues, especially such as a naevus, are often observed on an ambulatory reception. Usually they do not present a threat to the health of patient, but under certain conditions they can transform into a malignant tumor. In addition, some malignant tumors can appear under the guise of these new formations, first of all such dangerous tumor as melanoma. Clear knowledge of clinical displays of this group of tumors will help a doctor to prevent diagnostic errors.

2. SPECIFIC GOALS:

- 2.1. To analyze prevalence of tumors of the melanogenic system.
- 2.2. To explain operating of unfavorable factors of environment on the flow of tumors of the melanogenic system.
- 2.3. To offer to the tactician of the deontologic approach to patients with the tumors of melanogenic system.
- 2.4. To classify naevuss.
- 2.5. To interpret data of cytological and histological researches at the tumors of the melanogenic system.
- 2.6. To draw the charts of plan of additional methods of examination of patients with tumors of the melanogenic system.
- 2.7. To analyze signs of malignant degeneration of naevus.
- 2.8. To work out a plan of examination and treatment of patients with the tumors of the melanogenic system.

3. BASIC LEVEL OF PREPARATION.

Names of previous disciplines	Obtained skills
1. Topographical anatomy.	To determine topographic-anatomic areas of head and neck.
2. Histology.	To prepare material for histological investigation.
3. Pathological anatomy.	To describe the histological picture of tumor and tumor-like formations of soft tissues.
4. Pathological physiology.	To interpret etiology and pathogenesis of tumors.
5. Propaedeutics of surgical stomatology.	To conduct curation of patient with a tumor of maxillofacial region.
6. General oncology.	To determine the scheme of examination of patient with a tumor of maxillofacial region.

4. TASK FOR INDIVIDUAL WORK DURING PREPARATION TO LESSON.

4.1. List of basic terms, parameters, characteristics, which student must master at preparation to lesson:

Term	Determination
1. Melanin.	It is a pigment of skin.
2. Melanocytis.	Pigmental cells.
3. Naevus.	New formation from pigmental cells.

4.2. Theoretical questions to lesson:

1. Classification of naevuss.
2. Clinical presentation of naevuss of face and neck.
3. Signs of the malignant degeneration of naevus.
4. Features of treatment of naevuss and clinical supervision after patients with this pathology.
5. Clinical presentation of melanoma.
6. Methods of diagnostics and differential diagnostics of melanoma.
7. Treatment and prognosis at a melanoma.

4.3. Practical works (task) which are executed on lesson:

1. To conduct palpation of lymphatic nodes at patient with tumor of the melanogenic system of facial and neck skin.
2. To conduct taking of material for cytological and histological puncture.

5. ORGANIZATION OF THE MAINTENANCE OF THE TRAINING MATERIAL.

Hamartoma when occurs in skin and mucous membrane is referred to as **naevus**.

Naevus (birth mark) Naevus is a developmental malformation, presents as tumor like mass, arising from abnormal proliferation of cells native to the skin or mucous membrane.

Classification of naevi

According to the tissue origin, naevi can be classified into:

- 1- Keratotic naevi: (white naevi) (white spongy naevus)
- 2- Vascular naevi: (red naevi) haemangioma
- 3-Melanotic naevi: (black naevi) (mole or pigmented naevus)

Keratotic naevi (white naevus)

(White sponge naevus -Familial white folded gingivostomatitis)

White sponge naevus is a hereditare developmental malformation of oral mucosa, and it's transmitted as autosomal dominant disease.

Clinical features

Common age: At birth or early child hood or may not become evident until adolescence.

Common sits: Any site of oral mucosa, but commonly, buccal mucosa, floor of the mouth, ventral surface of the tongue. Vagina and nasal cavity may also be involved.

White sponge naevus appears as a thick soft spongy, shaggy or folded, greyish white area; the edges of the lesion are not well defined but gradually merge with the normal mucosa.

Histopatological features

The covering epithelium of white sponge naevus shows hyperkeratosis. The prickle cell layers show acanthosis with the characteristic features of marked intracellular edema of the prickle cells and parakeratinized cell layers, giving the so called basket wave appearance.

Differential diagnosis

The differential diagnosis of white sponge naevus includes:

1. Hereditary benign intraepithelial dyskeratosis
2. Pachyonychia congenital
3. Traumatic and frictional keratosis

Treatment

No treatment, reassure the patient about the benign nature of the lesion.

Melanotic naevi

The mole or pigmented naevi are hamartomatous lesions formed by the proliferation of the melanocyte or their precursor cells. The origin of the naevus cells has been postulated to be derived from pigment cells that migrate from the neural crest to the epithelium or dermis. The function of melanocyte is to produce melanin and transfers it to the basal cells to protect their nuclei from the harmful effect of the actinic radiation.

Clinical features

Common age: Child hood and adolescence (every person develops between 20 to 30 naevi)

Common site: Skin- rare in the oral cavity, but when occur in the mouth commonly seen in palate. buccal mucosa, labial mucosa and gingiva.

Clinically the melanotic naevi appears as small slightly elevated pigmented papules.



Mole or pigmented naevus

Histopathological features

Microscopically, several subtypes of pigmented naevi are recognized, depending on the location of the naevus cells as follows:

Junctional naevus

It is a condition in which the nests of melanocyte cells are present along the epithelial-connective tissue junction. It is the first stage in the natural history of melanotic naevi.

Compound naevus

It is a condition in which nests of cells present at the epithelium-connective tissue junction and group of naevus cells are present in the underlying connective tissue, due to dropping-off from the Junctional epithelium, with time. (a lesion with Junctional and connective tissue components).

Intradermal (Intramucosal) naevus

It is a lesion in which the nests of naevus cell present in the connective tissue, because as the lesion matures. The Junctional activity disappears and the lesion is located entirely within the connective tissue or dermis. Most of the oral melanocytic naevi are of this type.

Blue naevus

Blue naevus is the second most common type of intraoral naevi, in which the cells are spindle shaped and found deep in the connective tissue, than the intra dermal naevus. Although the naevus cell nests are heavily pigmented, it appears blue because of its deeper location. It is derived from melanocyte that has failed in their fetal migration to reach the basal layer of the epithelium. The blue naevus is not a part from the natural history of the other naevi described.

The malignant transformation of benign naevus is generally rare and it is believed to arise from the Junctional naevus or the Junctional element of a compound naevus, through what is known as Junctional activity. The suspected oral pigmented producing lesion is mandatory to be biopsied to identify any of those with malignant potential.

Treatment

Because of its confusion with malignant melanoma and its difficult differentiation on clinical bases for the Junctional changes, any oral naevi with size less than 1cm in diameter is excisionally biopsied.

6. Types of individual work of students.

A. To study the following questions:

1. Charts of examinations of oncologic patients.
2. Photos of patients with new formations of the melanogenic system of skin of head and neck.

B. Tasks for self-control:

1. Patient, 38 years old, appealed to the doctor with complaints of new formation on limit of hair cover and skin of neck, it's permanent trauma by clothes. Objectively: neoplasm to 2 cm in a diameter, dark brown color, uneven, the signs of inflammation are absent, at palpation painless, regional lymphatic nodes are not palpated.

What tactics of doctor.

(Answer: Removal of naevus at plan order. Clinical supervision during one year).

2. Patient, 24 years old, appealed to the clinic of maxillofacial surgery with complaints about a "birth-mark" on the lateral side of neck. Patient wants to removal of neoplasm. Objectively: on the left side of neck neoplasm to 0,5 cm in a diameter takes place. New formation is flat, light brown color, painless at palpation.

What actions of doctor?

(Answer: to convince a patient to give up the removal of new formation).

3. Patient, 57 years old complains about new formation of right cheek, pain, bleeding. Objectively: in the right cheek area of new formation of pale-brown color, softly-elastic consistency with the signs of inflammation near basis, feebly painful at palpation, submandibular lymphatic nodes at right are increased and painless.

What tactics of surgeon-stomatology.

(Answer: Consultation of the oncologist).

C . Materials for test control. Test tasks with the single right answer ($\alpha=II$):

1. The patient complains of the presence of "birth-mark" that increases in sizes, it's shelling, feeling of itch. At an objective examination in infraorbital area at left the intensively spotted brown color to 2 cm in size is determined, with small knots on a surface; oval form, speaker above a skin, with the signs of shelling, painless at palpation. Regional lymphatic nodes are increased, soldered with a skin, painless.

A . Melanoma.

B. Naevus pigment.

C. Naevus warty.

D. Cancer.

E. Papillomatosis.

(Right answer: A)

2. A patient complains about strengthening of height of tumor from a bear naevus on a cheek, that was often enough injured during shaving. Objectively: warty tumor is pigmented, size 1,5 *1 sm. Regional lymphatic nodes are not megascopic.

A . Cancer.

B. Basalioma.

C. Melanoma.

D. Warty precancer.

E. Inflammation to the naevus.

(Right answer: C)

3. Patient complains of the presence of tumor in a right cheek area, that itches and considerably increased in latter days. There is the tumor of wrong form, size to 1,5 cm, black, brilliant.

A . Melanoma of skin.

B. Pigmental naevus.

C. Basalioma of skin.

D. Cancer of skin.

E. Leather horn.

(Right answer: A)

D. Educational tasks of 3th levels (atypical tasks):

1. Patient, 48 years old, on hair part of head noticed the increase of birth-mark (6 months ago), for medical help appealed at first. Last three weeks patient complains of pain in right suborbital area, decrease of body's mass, rapid onset of tiredness during day.

What pathological process can be suspected at a patient?

(Answer: Metastasis of melanoma to a liver).

2. A patient, 30 years old, noticed that the last year the amount of birth-marks increased on the skin of neck. It is found out from anamnesis, that a patient practices upon the visit of solarium.

What tactics of doctor?

(Answer: To conduct conversation with the observance of ethics and deontology about possible complications from this type of procedures).

3. Doctor suspected at patient the melanoma of facial skin.

How to convince a patient without harm for his emotional state to appeal to the oncologic clinic.

(Answer: To explain this necessity a presence in the oncologic clinic of the most "modern equipment" for realization of additional examination).

7. LITERATURE

7.1. Basic literature:

1. Wray D. General and oral surgery / D. Wray, D. Stenhouse, D. Lee, A. Clark. – Edinburg, London, New York, Philadelphia, Sydney, Toronto: Churchill Livingstone, 2003. – 336 p.

2. Miloro M. Peterson's Principles of Oral and Maxillofacial Surgery / M. Miloro, G.E. Ghali, P.E. Larsen, P.D. Waite. – Hamilton, London, Ontario: BC Decker Inc, 2004. – 1461p.
3. Moore U.J. Principles of Oral and Maxillofacial Surgery / U.J. Moore. – Blacwell Science, 2005. – 273p.
4. Coulthard P. Master Dentistry / P. Coulthard, K. Horner, Ph. Sloan, D.E. Theader. – Edinburg, London, New York, Philadelphia, Sydney, Toronto: Churchill Livingstone, 2003. – 251 p.
5. Pedlar J. Oral and Maxillofacial Surgery / J. Pedlar, J. Frame. – Edinburg, London, New York, Philadelphia, Sydney, Toronto: Churchill Livingstone, 2003. – 325 p.
6. Fradiskos D. Fradiiskos. Oral Surgery / Fradiskos D. Fradiiskos. – Springer, 2005. – 365 p.
7. Skikevich M.G. Benign tumors and tumor-like formations of maxilla-facial region / M.G. Skikevich, V.N. Gavrilyev. – Poltava: ASMI, 2008. – 132 p.

7.2. Additional literature:

1. Mitchell D. An Introduction to Oral and Maxillofacial Surgery / D. Mitchell. – Oxford University Press, Jan, 2006. – 356 p.
2. Skikevich M.G. The basics of stomatology / M.G. Skikevich, D.S. Aveticov. – Poltava. – ASMI, 2012. – 176 p.
3. Tkachenko P.I. Propaedeutics of surgical stomatology and inflammatory diseases of maxillofacial region / P.I. Tkachenko, A.I. Pan'kevich, K.Yu. Rezvina. – Poltava. – ASMI, 201. – 283 p.

**Ministry of health Ukraine
Higher state educational establishment of Ukraine
«Ukrainian medical stomatological academy»**

It is «ratified»
at meeting of chair of surgical stomatology
and maxillofacial surgery with plastic and
reconstructive surgery of the head and neck

The Head of the chair

doctor of medicine Aveticov D. S.



**METHODICAL INSTRUCTION
FOR INDEPENDENT WORK OF STUDENTS DURING PREPARATION FOR PRACTICAL
(SEMINAR) LESSON**

Names of the discipline	Surgical stomatology
Module №	3
Thematic module №	3
Theme of lesson	Tumor and tumor-like lesions of peripheral nerves of face
Course	IV
Faculty	Stomatological

1. SUBJECT URGENCY.

Tumors and tumor-like lesions of peripheral nerves of face are not often observed at ambulatory reception (1,5% from all tumors of face), but knowledge of their clinical displays is obliged to surgeon-stomatologist in order to prevent the diagnostic errors.

2. SPECIFIC GOALS:

- 2.1. To analyze reasons of origin of tumors of peripheral nerves of face.
- 2.2. To explain the histological structure of tumors of peripheral nerves of face.
- 2.3. To offer the new ethical-deontological approaches to the problems of oncostomatology.
- 2.4. To classify tumors and tumor-like lesions of peripheral nerves of face.
- 2.5. To interpret the results of cytological and histological investigations at the tumors of peripheral nerves of face.
- 2.6. To draw the charts of innervation of maxillofacial area.
- 2.7. To analyze possible prognoses at tumors and tumor-like lesions of peripheral nerves of face.
- 2.8. To work out a plan of examination and treatment of patients with the tumors of peripheral nerves of face.

3. BASIC LEVEL OF PREPARATION

Names of previous disciplines	Obtained skills
1. Normal anatomy.	To have knowledge about innervation of maxillofacial region.
2. Pathological morphology.	To know the histological structure of tumors and tumor-like lesions of peripheral nerves of face.
4. Pathological physiology.	To know the etiological and pathological aspects of origin of tumors of peripheral nerves of face.
3. Propaedeutics of internal illnesses.	To adhere to the deontology at communication with patients.

4. TASKS FOR INDIVIDUAL WORK DURING PREPARATION TO LESSON.

4.1. List of basic terms, parameters, characteristics, which student must master at preparation to lesson:

Term	Determination
1. Recklinghausen's disease.	Neurofibromatosis.
2. Schwannoma.	Neurofibroma.
3. Cryolysis.	Freezing of neoplasm by liquid nitrogen.

4.2. Theoretical questions to lesson:

1. Etiology and pathogeny of tumors and tumor-like lesions of peripheral nerves of face.
2. Classification of tumor and tumor-like lesions of peripheral nerves of face.
3. Clinical presentation of neurofibroma, neurofibromatosis of face, traumatic neuroma.
4. Diagnostics and differential diagnostics of tumor and tumor-like lesions of peripheral nerves of face.
5. Methods of treatment of tumor and tumor-like lesions of peripheral nerves of face.

4.3. Practical works (task) which are executed on lesson:

1. To inspect a patient with a tumor, define a diagnosis and to appoint treatment.
2. To able to conduct puncture or take material for cytological or histological research.

5. ORGANIZATION OF THE MAINTENANCE OF THE TRAINING MATERIAL.

Neurofibroma is uncommon benign tumor of nerve sheath origin. It occurs in two forms: either as single lesion, which is true neoplasm or as multiple lesions which considered as hamartomas rather than neoplasms. The multiple lesions are also known as neurofibromatosis or Von Recklinghausen's disease of skin.

The single neurofibroma commonly occurs in the tongue and buccal mucosa and appears as smooth painless fusiform nodules, covered by normal mucosa. Neurofibroma also may occur intraosseously. The multiple or neurofibromatosis appear as a numerous discrete or separated nodules on

the skin and oral mucosa. The skin lesions may be so numerous and prominent that they become cosmetically significant with cutaneous melanin pigmentation described as café-au-lait spots which precede the neural lesions. Malignant transformation may be seen in 5-15% of cases of neurofibromatosis.

Microscopically neurofibroma shows a mixture of Schwann cells and fibroblast cells, with varying amount of collagen and mucinous material.

The differential diagnosis of neurofibroma includes: traumatic neuroma, traumatic fibroma, granular cell tumor, some other connective tissues lesions.

Treatment: surgical excision for single neurofibroma, for surgical excision is impractical for neurofibromatosis.

Neurilemmoma (schwannoma) is uncommon benign neoplasm of axon sheath origin (Schwann's sheath), but it is more common than neurofibroma. Clinically neurilemmoma appears as painless slowly growing, submucosal mass; the tongue is favored site, also may occur in bone, producing radiolucent areas and may associate with pain or paresthesia.

Histologically neurilemmoma shows two characteristic patterns:

Antony A, which consists of parallel rows or whorls of collagen fibers and spindle with palisaded nuclei.

Antony B, which consists of disorderly arranged cells and collagen fibers in a mucinous microcystic stroma.

The differential diagnosis of neurilemmoma includes: traumatic neuroma, salivary gland tumors, some other benign mesenchymal tumors.

Treatment: surgical excision with excellent prognosis.

Traumatic neuroma is a non-neoplastic, but considered as a reactive hyperplasia of peripheral nerve fibers as a result of traumatic injury. Traumatic neuroma is common in areas of previous surgery. Traumatic neuroma is uncommon lesion in the oral cavity and appears as small rounded nodules, which can give rise to pain on pressure.

Microscopically traumatic neuroma shows nerve fibers, Schwann cells, and connective tissue stroma.

The differential diagnosis of traumatic neuroma includes: any small mass painful on pressure (a typical facial pain).

Treatment: surgical excision.

6. Types of individual work of students.

A. To study the following questions:

1. Photos of patients with tumors and tumor-like formations of peripheral nerves of face.
2. Charts of examination of oncostomatological patients.

B. Tasks for self-control:

1. Patient, 78 years old, appealed to the clinic with complaints in the presence of the rounded painful formation on a transitional fold of lower jaw, that appeared half-year back. A year ago complete removable prosthetic appliance was made to the patient. Objectively: a face is symmetric, inframandibular lymphatic nodes are not palpated. Expressed atrophy of alveolar sprout of lower jaw is determined. On the area of the right mental foramen there is painful, densely-elastic rounded formation to 0,5 cm in a diameter.

What previous diagnosis?

(Answer: Traumatic neuroma.)

2. A patient, 48 years old, grumbles about the painful swelling of the left cheek. Objectively: a face is asymmetric due to the swelling of the left cheek area, skin without changes, lymphatic nodes are not palpated. The painful rounded formation to 5 cm in a diameter of densely-elastic consistency is determined in the layer of the left cheek. Formation is not soldered with adherent tissues.

To diagnoses.

(Answer: Neurofibroma.)

3. At patient, 68 years old, there is distortion of face and neck at the left due to swagging of skin, left auricle. Pain, decline of turgor of skin, dense strands in the form noodles are marked at palpation.

Diagnose.

(Answer: neurofibromatosis (Recklinghausen's disease).)

C. Materials for test control. Test tasks with the single right answer ($\alpha = \text{II}$):

1. That is reason of development of neurofibroma?

- A. Innate vice of nerves.
- B. Posttraumatic disorder.
- C. Trauma of face.
- D. Infectious diseases.
- E. Etiology is not found out.

(Right answer: A)

2. Where is a neurofibroma mostly localized?

- A. Tongue.
- B. Cheek.
- C. Chin.
- D. Zygomatic bone.
- E. Lips.

(Right answer: B)

3. Neurofibromatosis it is:

- A. Engle-Recklinghausen's disease.
- B. Taratinov's disease.
- C. Recklinghausen's disease.
- D. Boyen's disease.
- E. Lihtenshteyn's disease.

(Right answer: C)

D. Educational tasks of 3th level (atypical tasks):

1. Patient, 69 years old, appealed with complaints about unbearable pains in the left half of face, impossibility of the use by prosthetic appliance. A patient is extremely angry. New formation to 1 cm in a diameter is determined on a transitional fold on the area of the left mental foramen.

What tactics of doctor?

(Answer: to conduct conversation with a patient and explain the necessity of urgent operation due traumatic neuroma.).

2. Patient, 56 years old, the neurofibroma of the left cheek and zygomatic area is diagnosed. A patient is convinced, that she has malignant tumor.

That must be done to the doctor.

(Answer: to convince a patient to appeal to the psychotherapist.).

4. At patient, 67 years old, neurofibromatosis of head (Recklinghausen's disease) is preliminary diagnosed.

What additional examination must be conducted for raising of final diagnosis?

(Answer: X-ray photos, histological investigation of new formation, clinical and biochemical analyses of blood and urine.).

7. LITERATURE:

7.1. Basic literature:

1. Wray D. General and oral surgery / D. Wray, D. Stenhouse, D. Lee, A. Clark. – Edinburg, London, New York, Philadelphia, Sydney, Toronto: Churchill Livingstone, 2003. – 336 p.

2. Miloro M. Peterson's Principles of Oral and Maxillofacial Surgery / M. Miloro, G.E. Ghali, P.E. Larsen, P.D. Waite. – Hamilton, London, Ontario: BC Decker Inc, 2004. – 1461p.

3. Moore U.J. Principles of Oral and Maxillofacial Surgery / U.J. Moore. – Blacwell Science, 2005. – 273p.

4. Coulthard P. Master Dentistry / P. Coulthard, K. Horner, Ph. Sloan, D.E. Theader. – Edinburg, London, New York, Philadelphia, Sydney, Toronto: Churchill Livingstone, 2003. – 251 p.

5. Pedlar J. Oral and Maxillofacial Surgery / J. Pedlar, J. Frame. – Edinburg, London, New York, Philadelphia, Sydney, Toronto: Churchill Livingstone, 2003. – 325 p.

6. Fradiiskos D. Fradiiskos. Oral Surgery / Fradiiskos D. Fradiiskos. – Springer, 2005. – 365 p.

7. Skikevich M.G. Benign tumors and tumor-like formations of maxilla-facial region / M.G. Skikevich, V.N. Gavriliev. – Poltava: ASMI, 2008. – 132 p.

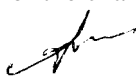
7.2. Additional literature:

1. Mitchell D. An Introduction to Oral and Maxillofacial Surgery / D. Mitchell. – Oxford University Press, Jan, 2006. – 356 p.
2. Skikevich M.G. The basics of stomatology / M.G. Skikevich, D.S. Aveticov. – Poltava. – ASMI, 2012. – 176 p.
3. Tkachenko P.I. Propaedeutics of surgical stomatology and inflammatory diseases of maxillofacial region / P.I. Tkachenko, A.I. Pan'kevich, K.Yu. Rezvina. – Poltava. – ASMI, 2011. – 283 p.

**Ministry of health Ukraine
Higher state educational establishment of Ukraine
«Ukrainian medical stomatological academy»**

It is «ratified»
at meeting of chair of surgical stomatology
and maxillofacial surgery with plastic and
reconstructive surgery of the head and neck

The Head of the chair

doctor of medicine Aveticov D. S. 

**METHODICAL INSTRUCTION
FOR INDEPENDENT WORK OF STUDENTS DURING PREPARATION FOR PRACTICAL
(SEMINAR) LESSON**

Names of the discipline	Surgical stomatology
Module №	3
Thematic module №	3
Theme of lesson	Epithelial and non-epithelial tumors of salivary glands. Clinic, diagnostics, differential diagnostics, treatment
Course	IV
Faculty	Stomatological

1. SUBJECT URGENCY.

Benign tumors and cysts of salivary glands are rather difficult pathology of a maxillofacial site which equally often meets at men and women of different age. This group of diseases has a various, often similar, clinical picture which needs detailed knowledge at future doctors concerning an etiology, clinic, diagnostics and treatment.

2. SPECIFIC GOALS:

- 2.1. To analyze clinical manifestations of epithelial and non-epithelial tumors of salivary glands.
- 2.2. Etiological and pathogenetical factors of development of tumor-like formations of soft tissues.
- 2.3. The main and additional investigations of patients with epithelial and non-epithelial tumors of salivary glands.
- 2.4. To treat emergence and development of epithelial tumors of salivary glands.
- 2.5. To draw schemes, graphics of classification of epithelial tumors of salivary glands.
- 2.6. To analyze classification of epithelial tumors of salivary glands.
- 2.7. To make the plan of treatment of patients with epithelial tumors of salivary glands.

3. BASIC LEVEL OF PREPARATION.

Names of the previous disciplines	The received skills
1. Normal anatomy.	To be guided in the main questions of a structure of salivary glands.
2. Histology.	To prepare a material for histological or cytological research of tumors of salivary glands.
3. Pathological anatomy.	To make the exact diagnosis.
4. Pathological physiology.	Etiology and pathogenesis of developments of benign tumors of salivary glands.
5. Topographical anatomy and operative surgery.	To be guided in a choice of operative accesses at treatment of benign tumors of salivary glands.
6. General oncology.	To make a prognosis at treatment of patients with epithelial and non-epithelial tumors of salivary glands.
7. Surgical stomatology and maxillo-facial surgery.	Treatment of benign tumors of salivary glands.

4. TASKS FOR INDEPENDENT WORK DURING PREPARATION FOR LESSON.

4.1. The list of the main terms, parameters, characteristics which the student should know during preparation for lesson:

Term	Definition
1. Biopsy.	Lifetime receiving a material for histological research.
2. Autopsy	Posthumous receiving a material for histological research
3. Punctional biopsy	Receiving a material for histological research by a new growth puncture a needle of big diameter.
4. Incisional biopsy	Receiving a material by removal of a slice of a tumor within a healthy tissues.
5. High-quality collecting of anamnesis of a disease	The student should collect correctly the anamnesis of life and disease.

4.2. Theoretical questions for lesson:

1. Anatomical structure dental-maxillary system.
2. Embriogenesis and histological structure of maxillary bones and tissues of maxillo-facial area.
3. Origin theories of pleomorphic and monomorphic adenomas of salivary gland.
4. Clinical picture of pleomorphic and monomorphic adenomas of salivary gland.
6. Diagnostics and differential diagnostics pleomorphic adenomas of salivary gland..

7. Treatment methods of pleomorphic and monomorphic adenomas of salivary gland.

4.3. Practical works (tasks) which are carried out on lesson:

1. To seize a technique of inspection of the patient with pleomorphic adenomas of salivary gland.
2. To carry out a kuration of the patient with pleomorphic adenomas of salivary gland.
3. To fill an out-patient medical card of the patient from pleomorphic adenomas of salivary gland.

5. ORGANIZATION OF THE MAINTENANCE OF THE TRAINING MATERIAL.

The non-neoplastic salivary gland diseases represent a disparate group of disorders affecting both the major and minor salivary glands. These conditions range from inflammatory disorders of infectious, granulomatous, or autoimmune etiology to obstructive, developmental, and idiopathic disorders. The major salivary glands are most often involved, and many of these salivary gland disorders are associated with the presence of other systemic illnesses. A thorough history and physical examination is typically adequate to recognize and differentiate this group of conditions, and an elaborate diagnostic evaluation is usually not required to manage these illnesses.

This presentation will attempt to achieve the following objectives. The first is to provide a useful scheme for classifying these heterogeneous disorders so that they may be approached in a systematic manner. The second is to enumerate the distinguishing features of these entities to aid in their appropriate recognition. Finally, general management principles for the various conditions will be discussed.

Benign epithelial tumors

Pleomorphic adenomas (benign mixed tumors) are the most common tumors of the salivary gland and are most often located in the tail of the parotid gland. When found in the minor salivary glands, the hard palate is the site most frequently involved, followed by the upper lip.

These tumors were termed pleomorphic because of the epithelial and connective tissue components that compose them in varying degrees. Their gross appearance is a round, smooth mass with a thin, delicate, incomplete capsule. Of note, pleomorphic adenomas that arise in the minor salivary glands usually lack a capsule. These tumors grow slowly, although they may become larger than other SGTs. The thin, delicate capsule may have projections into the surrounding parotid tissue. This is of particular clinical significance because obtaining clean margins and avoiding spillage are mandatory to minimize recurrence.

Microscopically, benign mixed tumors are characterized by variable, diverse, structural histologic patterns. Frequently, they have growth patterns of sheets, strands, or islands of spindle and stellate cells, with a myxoid configuration occasionally predominating. Treatment of benign neoplasms involves the complete surgical excision of the affected gland. If the parotid gland is involved, superficial parotidectomy with standard facial nerve dissection and preservation is the procedure of choice. Enucleation is contraindicated because of the tendency towards tumor spillage that can lead to tumor recurrence.

Warthin tumor (papillary cystadenoma lymphomatosum, cystic papillary adenoma, adenolymphoma)

Albrecht first recognized this tumor in 1910, and Warthin later described it in 1929. In gross appearance, it is a smooth, soft, parotid mass. It is well encapsulated when located in the parotid gland and contains multiple cysts. Histologically, the Warthin tumor has a heavy lymphoid stroma and aciniform epithelial cells that line the cystic areas with papillary projections. Malignant transformation has not been observed. All patients with this tumor survive, and the recurrence rate is 5%. The Warthin tumor tends to be bilateral (10% of cases) and is usually found in the major glands, as are most other types.

Intraductal papilloma

IDP is a small, tan, fairly smooth lesion that is usually found in the submucosal layer. Microscopically, IDP consists of a cystically dilated duct partially lined with a cuboidal epithelium with complex anastomosing papillary fronds of variable size filling the cystic area. IDP of the minor salivary gland is a rare lesion that has been described only in various case reports.

Histologically, the differential diagnosis of IDP includes papillary cystadenoma, which is commonly but erroneously diagnosed as IDP. In papillary cystadenoma, intraductal hyperplasia occurs

and the dilated duct contains some papillary folds and projections. However, this occurs much less frequently than in IDP.

Oxyphil adenoma (oncocytoma)

Duplay first described the oncocytic tumor in 1875. Oncocytomas of the salivary glands are very uncommon. Such neoplasms occur more often in women than in men, with a female-to-male ratio of 2:1. Patients are older than 50 years, and the superficial lobe of the parotid gland is the most commonly reported location. Oncocytomas rarely, if ever, occur in the minor salivary glands. Oncocytomas manifest as small (< 5 cm in diameter), firm, slow-growing, spherical masses. Bilateral oncocytomas of the parotid glands have been described. Histologically, they are large and spherical and have a distinct capsule. Uniform cells are arranged in solid sheets. These tumors recur if excision is incomplete.

Benign nonepithelial tumors

Hemangiomas are the most common SGTs in children and usually involve the parotid gland. Less often, they may involve the submandibular gland. These vascular tumors may be distinguished from vascular malformations by their presence early in life, rapid growth phase in children aged approximately 1-6 months, and gradual involution over 1-12 years. The typical presentation is an asymptomatic, unilateral, compressible mass. Gross examination reveals a dark red, lobulated, unencapsulated mass. Microscopically, hemangiomas are composed of solid masses of cells and multiple anastomosing capillaries that replace the acinar structure of the gland. Because they lack a capsule, they tend to infiltrate neighboring structures.

Treatment should initially consist of steroids administered 2-4 mg/kg/d. Although the response may be immediate, only 40-60% of hemangiomas exhibit a response to steroids. Despite the tendency toward spontaneous involution, specific conditions may warrant surgical excision.

Lymphangioma (cystic hygroma) are most commonly located in the head and neck region of infants and children. They are believed to be due to lymphatic sequestration of primitive embryonic lymph ducts that undergo irregular growth and canalization. They are spongy, multiloculated masses with a yellowish or bluish surface and are formed by endothelial-lined spaces. More than 50% manifest at birth, and 80% manifest by age 2 years. Usually, they manifest as painless masses that may involve parotid glands, submandibular glands, or both. Diagnosis is made based on clinical findings. Surgical excision with preservation of the vital structures is the treatment of choice. Lymphangiomas rarely cause symptoms of airway obstruction, and excision is usually for cosmetic reasons.

Lipoma tumors are relatively uncommon in a major salivary gland. They derive from fat cells and appear grossly as smooth, well-demarcated, bright-yellow masses. Histologically, the tumor consists of mature adipose cells with uniform nuclei.

These tumors manifest as soft, mobile, painful masses and peak in the fifth and sixth decades of life, with a male-to-female ratio of 10:1. They are slow-growing tumors with an average diameter of 3 cm. Treatment is surgical excision.

6. MATERIALS FOR SELF-CHECKING:

A. To study the following questions:

1. Anatomy and physiology of salivary glands of human.
2. Embryogenesis and histologic structure of big and small salivary glands.
3. Theories of an origin of benign tumors of salivary glands.
4. Histologic and clinical classifications of benign tumors of salivary glands.
5. Clinical picture of benign tumors of salivary glands.
6. Diagnostics and differential diagnostics of benign tumors of salivary glands.
7. Methods of treatment of benign tumors of salivary glands.
8. A prognosis and complication in time and after treatment of benign tumors of salivary glands.

B. Test tasks for self checking:

1. The patient of 65 years came to the stomatologist-surgeon with complaints to a swelling in the left half of the face addressed. At the review of the patient it was established that: in the left parotid site the new growth in the size 3x 4 cm. At a palpation the new growth has dense character, painless, to surrounding tissues isn't soldered. After carrying out contrast radiological research on sialogramme is revealed that normal drawing of branchings excretory canal the passage sharply breaks on a limit with pathological process.

For what disease characteristic such sialografichesky picture?

What else additional methods of inspection need to be carried out?

(Answer: tumor of salivary gland)

2. The patient of 57 years came to the surgeon-stomatologist with the complaint to asymmetry of the face. Objectively: in a site of the right parotid salivary gland the tumor of densely elastic consistence is found painless, mobile, a roundish form with a hilly surface. The tumor tends to slow increase.

It is possible to establish what previous diagnosis in this case?

(Answer: the mixed tumor)

C Materials for test control. Test tasks with the individual right answer ($\alpha=2$):

1. Benign tumors doesn't treat:

- A. adenoma;
- B. Adenolymphoma;
- C. The mixed tumor;
- D. mucoepidermal tumor;
- E. cylindroma;

(Right answer: D)

2. Clinical picture of adenoma of salivary glands

- A. Tumor painless dense, with the smooth surface, not soldered to surrounding tissues.
- B. Tumor painless, mobile, the round or extended form, a chondroelastic consistence.
- C. The tumor grows is quickly soldered to surrounding tissues.
- D. Tumor painless, not mobile, the correct form, a plotnoelastichny consistence grown together with skin.

(Right answer: A)

3. What method of treatment belongs to surgical tumors of salivary glands.

- A. across Lviv.
- B. on Kovtunovich-Mukhin.
- C. according to Hitrov.
- D. according to Gorbushenina.
- E. according to Limberg.

(Right answer: B)

4. Ranula is more often located:

- A. in submaxillary salivary gland
- B. in parotid salivary gland
- C. to hypoglossal salivary gland

(Right answer: C)

D. Educational problems of the 3rd level (atypical tasks):

1. The patient of 65 years addressed to the stomatologist-surgeon with a swelling in a parotid site. After carrying out contrast radiological research on sialogramme seen that normal drawing of branchings of a channel sharply breaks on a border with pathological process. At a puncture received transparent viscous liquid.

What diagnosis?

(Right answer: Cyst of parotid salivary gland.)

2. The patient of 57 years addressed to the surgeon-stomatologist with the complaint to asymmetry of a face. Objectively: in a site of parotid salivary gland is formation painless, mobile, a roundish form softelastic consistences. The tumor tends to slow increase. Function of gland isn't broken.

It is possible to establish what preliminary diagnosis in this case?

(Right answer: Cyst of parotid salivary gland).

3. The patient of 35 years addressed to the doctor stomatologist with complaints to a swelling under language. There is the new growth in hypoglossal area in the size of 3x4 cm transparent to appearance, at a palpation painless.

It is possible to establish what preliminary diagnosis:

(Answer: Ranula | hypoglossal salivary gland).

4. The patient address to the surgeon-stomatologist with complaints to a new growth on the bottom jaw at the left. Objectively skin over a new growth isn't changed, at a palpation the tumor isn't soldered to surrounding fabrics is painless.

To what expert is need to direct the patient for diagnosis specification?

(Right answer: oncostomatologist)

7. Literature:

7.1. Basic literature:

1. Пачес А.И. Опухоли головы и шеи. - М.: Медицина, 1983.
2. Дунаевский В.А., Шеломенцев Ю.А. Предопухолевые заболевания и злокачественные опухоли слизистых оболочек полости рта. - М.: Медицина, 1986.
3. Колесов А.А., Воробьев Ю.И., Каспарова Н.Н. Новообразования мягких тканей и костищ лица в детей и подростков. - М.: Медицина, 1989.
4. Blot, W.J., J.K. McLaughlin, D.M. Winn, D.F. Austin, R.S. Greenberg, S. Preston-Martin, L. Bernstein, J.B. Schoenberg, A. Stemhagen, and J.F. Fraumeni. 1988. Smoking and drinking in relation to oral and pharyngeal cancer. *Cancer Research* 48:3282-3287.
5. Bricker, S.L., R.P. Langlais and C.S. Miller. 1994. *Oral Diagnosis, Oral Medicine, and Treatment Planning*, Second Edition. Philadelphia, Lea and Febiger Publishing.
6. Greenblatt, M.S., W.P. Bennett, M. Hollstein, C.C. Harris. 1994. Mutations in the p53 tumor suppressor gene: clues to cancer etiology and molecular pathogenesis. *Cancer Research* 54(18):4855-4878.
7. Lidral, A.C., J.C. Murray, K.H. Buetow, A.M. Basart, H. Schearer, R. Schiang, A. Naval, E. Layda, K. Magee, W. Magee. 1997. Studies of the candidate genes TGFB2, MSX1, TGFA, and TGFB3 in the etiology of cleft lip and palate in the Philippines. *Cleft Palate - Craniofacial Journal* 34(1):1-6.

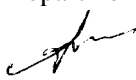
7.2. Additional literature:

1. Rice DH. Non-neoplastic Diseases of the Salivary Glands. In: Paparella, et al, eds. *Otolaryngology*. Philadelphia: WB Saunders, 1991: 19.
2. Wenig BM. Non-neoplastic Diseases of Salivary Glands. In: *Atlas of Head and Neck Pa2AM ogy*. Philadelphia: WB Saunders, 1993: 18.

**Ministry of health Ukraine
Higher state educational establishment of Ukraine
«Ukrainian medical stomatological academy»**

It is «ratified»
at meeting of chair of surgical stomatology
and maxillofacial surgery with plastic and
reconstructive surgery of the head and neck

The Head of the Department

doctor of medicine Aveticov D. S. 

**METHODICAL INSTRUCTION
FOR INDEPENDENT WORK OF STUDENTS DURING PREPARATION FOR PRACTICAL
(SEMINAR) LESSON**

Names of the discipline	Surgical stomatology
Module №	3
Thematic module №	3
Theme of lesson	Salivary gland cysts. Clinic, diagnostics, treatment.
Course	IV
Faculty	Stomatological

1. Subject urgency:

Benign tumors and cysts of salivary glands are rather difficult pathology of a maxillofacial area which equally often meets at men and women of different age. The group of diseases is given has a various, often similar, clinical picture which needs detailed knowledge at future doctors concerning an etiology, clinic, diagnostics and treatment.

2. Specific goals:

- 2.1. To analyze development of cysts of salivary glands.
- 2.2. To explain results of laboratory and instrumental methods of research.
- 2.3. To suggest to survey patients with cysts of salivary glands.
- 2.4. To classify cysts of salivary glands.
- 2.5. To treat an etiology, pathogenesis, classification, clinical manifestations of cysts of salivary glands.
- 2.6. To draw graphic scheme of lesson.
- 2.7. To make out of and inside syndromic differential diagnostics.
- 2.8. To make the plan of treatment of the patient with cysts of salivary glands.

3. BASIC LEVEL OF PREPARATION.

Names of the previous disciplines	The received skills
1. Anatomy.	To describe a structure of big and small salivary glands of the human.
2. Histology.	Histological structure of tissues of salivary glands.
3. Pathological anatomy.	To prepare a material for histological or cytological research.
4. Pathological physiology.	Etiology and pathogenesis of cysts of salivary glands.
5. Operative surgery and topographical anatomy	Topographical anatomy of a maxillofacial area. Principles of operative accesses to different departments of a maxillofacial area.

4. TASKS FOR INDEPENDENT WORK DURING PREPARATION FOR OCCUPATION

4.1. The list of the main terms, parameters, characteristics which the student should know during preparation for lesson:

Term	Definition
1. Biopsy	Lifetime receiving a material for histological research.
2. Autopsy	Posthumous receiving a material for histological research
3. Punction biopsy	Receiving a material for histological research by a new growth puncture a needle of big diameter.
4. Insizion biopsy	Receiving a material by removal of a slice of a tumor within a healthy tissues.
5. High-quality collection of the anamnesis of a disease	The student should collect the life and disease anamnesis correctly.

4.2. Theoretical questions for lesson:

1. Anatomy and physiology of salivary glands of the human.
2. Embriogenesis and histological structure of big and small salivary glands.
3. Theories of an origin of benign tumors and cysts of salivary glands.
4. Histological and clinical classifications of benign tumors and cysts of salivary glands.
5. Clinical picture of benign tumors and cysts of salivary glands.
6. Diagnostics and differential diagnostics of benign tumors and cysts of salivary glands.
7. Methods of treatment of benign tumors and cysts of salivary glands.
8. A prognosis and complication under time and after treatment of benign tumors and cysts of salivary glands.

4.3. Practical works (tasks) which are carried out on lesson:

1. To carry out a curation of patients with cysts of submandibular salivary glands.
2. To carry out a curation of patients with cysts of parotid salivary glands.
3. To make the plan of treatment of the patient with tumors of salivary glands.
4. To make the plan of removal of a cyst of parotid salivary gland.

5. ORGANIZATION OF THE MAINTENANCE OF THE TRAINING MATERIAL.

Cysts are common, membrane-covered, sac-like structures that can grow anywhere in the body. Cysts can be filled with fluid, gas or semi-solid material. Hundreds of kinds of cysts exist, and they can be microscopically small or big enough to crowd other organs. Most cysts are harmless.

Different kinds of salivary gland cysts exist as well. Salivary gland cysts can develop in the parotid glands, which are found in your upper cheeks, near your ears. You can also find salivary gland cysts in the submandibular and sublingual glands, the other major salivary glands, as well as in the 600 to 1,000 minor salivary glands scattered throughout the oral cavity.

Most cysts aren't cancerous, but even a benign cyst can cause problems. If you have cysts, mouth problems can result, since even a painless, benign cyst can grow large enough to interfere with eating, speaking or swallowing.

Development Of Salivary Cysts: Mouth Injuries And More

Salivary gland cysts are sometimes found in newborns, due to problems with ear development during gestation.

After birth, salivary gland cysts can be the result of salivary gland stones or infection. Although typically benign, these cysts can interfere with saliva flow.

With other cysts, mouth injury may be the cause. Frequently found inside the lower lip, this type of benign cyst is called a mucocele, and is filled with mucus.

Salivary Gland Cysts And HIV

Salivary gland cysts can form in the parotid gland. People with HIV infection have a tendency to develop salivary gland cysts in this area. In fact, the connection between HIV infection and salivary gland cysts in the parotid gland is so strong that if doctors have a patient with persistent parotid cysts, an HIV test is often recommended.

Treating Salivary Gland Cysts

If you discover a new lump or swelling in your mouth that doesn't go away, contact your doctor or dentist, even if the bump causes no pain. Most salivary gland cysts can be treated without complication, but it is helpful to rule out other problems.

Some salivary gland cysts, particularly a small, benign cyst, will drain and disappear on their own. Mucoceles can release a straw-colored liquid.

Larger salivary gland cysts, even a benign cyst, can grow big enough to require treatment. Treatment options for salivary gland cysts include:

- Compresses
- Drawing off fluid with a needle
- Laser surgery
- Medication to reduce saliva flow
- Traditional surgery.

Salivary gland Lymphoepithelial cysts are benign, slowly growing unilocular or multilocular lesions that may appear in the head and neck. Among the reported head and neck sites are the salivary glands (typically the parotid gland) and the oral cavity (usually the floor of the mouth). These cysts are usually seen in adults and only occasionally in children. They range in size from 0.5 to 5.0 cm, and they can cause considerable cosmetic deformity and physical discomfort.

Lymphoepithelial cysts have been associated with human immunodeficiency virus (HIV) infection as part of a diffuse infiltrative lymphocytosis syndrome. They can also arise in HIV-negative patients who have Sjogren's syndrome, Mikulicz's disease, and myoepithelial sialadenitis. HIV infection should be suspected in a patient who has multiple bilateral lymphoepithelial cysts of the major salivary glands, especially the parotid glands. Ultrasound imaging is a good diagnostic modality. Fine-needle aspiration can be both diagnostic and therapeutic.

These cysts are lined with a squamous or glandular epithelium, and they are surrounded by dense polymorphous (polyclonal) lymphoid tissue. Prominent epithelial infiltration by lymphocytes is

characteristic, as is the presence of epimyoeplithelial islands, which are epithelial cell nests extensively infiltrated by lymphocytes.

Salivary gland (retention cyst) A Ranula is a transparent retention cyst in the floor of mouth arising from the sublingual salivary glands. Ranula means a small frog and the cyst is so-called because of a supposed resemblance to a small frog. The cyst enlarges slowly, penetrating the deep structures of the floor of the mouth above the mylohyoid muscle. It is more common in neonates and children and potentially can cause respiratory embarrassment. It appears as blue-grey, dome-like swelling beneath the tongue. It is highly transilluminable. It may burst spontaneously, discharging its contents and collapsing, but almost invariably recurring.

Treatment depends on size. Small ranulae are excised, larger ones are marsupialized, i. e. de-roofed so that the cyst opens into the floor of the mouth.

Congenital Sublingual Cyst

Congenital sublingual cysts are usually rare. A neonate presented in our facility with feeding difficulties caused by a large sublingual cyst. Excision of the cyst was done and post operative period was uneventful. In this case we discuss the common presentation of such rare cyst and their management.

A ranula is a pseudocyst that is caused by the extravasation of mucus from the sublingual gland. It occurs specifically in the floor of the mouth associated with the sublingual or submandibular salivary glands as a fluctuant, unilateral, bluish soft tissue mass. They are cystic and are frequently blue owing to the Tyndall effect, whereby blue light is reflected more than red light at the interface of soft tissue and cyst. Ranula could occur following trauma or obstruction of the outlet of the glands^{1,7,8}. Similar cysts could arise from; an imperforate submandibular or sublingual duct orifice. This may result in a cystic swelling with a characteristic bluish, translucent appearance though it occurs rarely. Unlike ranula cyst these have epithelial lining. Other differential diagnoses include dermoid cysts, lymphatic or vascular malformations, minor salivary gland tumors, and mucous retention cysts. Dermoid cyst usually occurs in the midline

Patients usually present with non painful swelling noticed incidentally or by displacement of the tongue. It may also be suspected in a neonate with feeding difficulties. Interference with feeding may lead to failure to thrive if not addressed⁵. The methods, and the age of intervention are diverse in literature. Observation for 6 months has been suggested as is aspiration upto removal of ipsilateral sublingual gland. We present a case of a neonate with a congenital sublingual cyst who presented with feeding difficulties at birth.

6. MATERIALS FOR SELF-CHECKING:

A. To study the following questions:

1. To survey patients with tumors of salivary glands.
2. To interpret results of laboratory and instrumental methods of research.
3. To carry out of and intrasyndromic differential diagnostics.
4. To make the plan of treatment of the patient with cysts of salivary glands.
5. To carry out removal of a cyst of salivary gland.
6. To appoint pharmacotherapy to patients with cysts of salivary glands.

B. Test tasks for self checking:

1. To the stomatologist-surgeon the patient of 65 years with a swelling in a parotid site addressed. After carrying out contrast radiological research on sialogramme is revealed that normal drawing of branchings of a channel sharply breaks on a limit with pathological process. At a puncture received transparent viscous liquid.

For what disease characteristic such sialographic picture?

(Right answer: Cyst of parotid salivary gland.)

2. To the surgeon-stomatologist the patient of 57 years with the complaint to asymmetry of the face. Objectively: in a site of parotid salivary gland it is found painless, mobile, a roundish form of a soft elastic consistence. The tumor tends to slow increase. Function of gland isn't broken.

It is possible to establish what preliminary diagnosis in this case?

(Right answer: Cyst of parotid salivary gland).

C Materials for test control. Test tasks with single right answer ($\alpha=2$):

1. The retention cyst is:
 - A. Tumor-like formation that arises at violation of outflow of a saliva gland.

- B. Tumor-like formation which arises at an inflammation of a mucous membrane of a mouth.
- C. Retention cyst of a sebaceous gland.
- D. Tumor of a excretory channel of salivary gland.

(Right answer: A).

2. The Retention cyst arises:

- A. On the tongue.
- B. On the lip.
- C. In submaxillary salivary gland.
- D. In parotid salivary gland.

(Right answer: B).

3. Ranula is:

- A. Cyst of submaxillary salivary gland.
- B. Cyst of sublingual salivary gland.
- C. Cyst of parotid salivary gland.
- D. Cyst of a lip.

(Right answer: B)

D. Educational problems of the 3rd level (atypical tasks):

1. The patient of 35 years addressed to the stomatologist with complaints to a swelling under language. There is a formation in hypoglossal area, size of 3x4 cm transparent by sight is noted, at a palpation painless.

It is possible to establish what preliminary diagnosis:

(Answer: Ranula of hypoglossal salivary gland).

7. Literature:

7.1. Basic literature:

1. Skikevich M. G., Aveticov D. S. The basics of stomatology. Poltava. – 2012, 176 p.
2. Neville BW, Damm DD, Allen CM, et al. Oral & maxillofacial pathology. 2nd ed. Phila., PA: Saunders; 2002; 337–369.

7.2. Additional literature:

1. Rice DH. Non-neoplastic Diseases of the Salivary Glands. In: Paparella, et al, eds. Otolaryngology. Philadelphia: WB Saunders, 1991: 19.
2. Wenig BM. Non-neoplastic Diseases of Salivary Glands. In: Atlas of Head and Neck Pathology. Philadelphia: WB Saunders, 1993: 18.
3. Syebele K, Butow KW; Oral mucocoeles and ranulas may be part of initial manifestations of HIV AIDS Res Hum Retroviruses. 2010 Oct;26(10):1075-8.
4. Johns ME, Goldsmith MM: Incidence, diagnosis and classification of salivary gland tumors.
5. Keqian Z., Yumin W., Wenhao R., et.al Management of infant ranula International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology Volume 72, Issue 6, June 2008, Pages 823-826
6. Mark M., Josiah E., Bethan T. et.al Conservative Treatment of Oral Ranula by Excision With Minimal Excision of the Sublingual Gland: Histological Support for a Traumatic Etiology Journal of Oral and Maxillofacial Surgery Volume 66, Issue 10, October 2008, Pages 2050-2057

**Ministry of health Ukraine
Higher state educational establishment of Ukraine
«Ukrainian medical stomatological academy»**

It is «ratified»
at meeting of chair of surgical stomatology
and maxillofacial surgery with plastic and
reconstructive surgery of the head and neck

The Head of the chair

doctor of medicine Aveticov D. S.



**METHODICAL INSTRUCTION
FOR INDEPENDENT WORK OF STUDENTS DURING PREPARATION FOR PRACTICAL
(SEMINAR) LESSON**

Names of the discipline	Surgical stomatology
Module №	3
Thematic module №	3
Theme of lesson	Odontogenic tumour and tumour-like lesions of the bones of facial skeleton: odontoma, cementoma, odontogenic fibroma. Odontogenic tumour–ameloblastoma (adamantinoma). Clinical presentation, differential diagnosis, treatment.
Course	IV
Faculty	Stomatological

1. SUBJECT URGENCY.

Shortly the professional importance of a theme develops. The data are directed on formation of positive motivation of studying of this lesson. Ameloblastoma widespread enough tumour in maxillofacial surgeons and among persons of young and middle-aged. The tumour has much clinical and -ray displays. Such formation is necessary carefully diagnose. Treatment of this pathology difficult and is responsible. Wrong carrying out of treatment can lead to relapse of process and for malignancy.

2. SPECIFIC GOALS:

2.1. To analyze clinical picture of odontoma, cementoma, odontogenic fibroma, ameloblastoma.

2.2. To explain etiological factors of development of tumour-like formations in the bones of facial skeleton.

2.3. To offer the plan of examination of the patient with diagnoses: odontoma, cementoma, odontogenic fibroma, ameloblastoma.

2.4. To classify tumours of bones of the face skeleton.

2.5. To explain principles of diagnostics and treatment tumour-like formations of tissues of the head.

2.6. To draw the scheme of the lesson.

2.7. To analyse results of laboratory and additional examinations.

2.8. To make the plan of treatment of patients with odontogenic benign tumours of bones of the face skeleton.

3. BASIC LEVEL OF PREPARATION.

Names of the previous disciplines	The received skills
1. Human anatomy.	To learn an anatomic structure of bones of the face skeleton.
2. Histology.	To prepare a material for histologic examination.
3. Pathological anatomy.	To describe a histologic picture of tumour- like formations in bones of facial skeleton.
4. Pathological physiology.	To know etiology and pathogenesis of the bones of facial skeleton.
5. Topographic anatomy and operative surgery anatomy.	To describe topographoanatomic structure of bones of the facial skeleton.
6. Propaedeutics of surgical stomatology.	To make a clinical examination of patients with bones tumours of the facial skeleton.
7. General oncology.	To make a differential diagnostics of patients with bones tumours of the face skeleton.

4. TASKS FOR INDEPENDENT WORK DURING PREPARATION FOR LESSON.

4.1. The list of the main terms, parameters, characteristics which the student should know during preparation for lesson:

Term	Definition
1. Biopsy.	Lifetime reception of a material for histologic examination.
2. Autopsy	Posthumous reception of a material for histologic research.
3. Puncture biopsy.	Reception of a material for histologic research by a puncture of a new growth a needle of the big diameter.
4. Incision biopsy.	Reception of a material by removal of a slice of a tumour on the verge of healthy tissues.

4.2. Theoretical questions for lesson:

1. Anatomic structure of maxillofacial systems.
2. Embryogeny and a histologic structure of bones and tissues in maxillofacial region.
3. Theories of appearance of odontoma, cementoma, odontogenic fibroma, ameloblastoma.
4. Histologic, clinical, and radiologic classifications of odontoma, cementoma, odontogenic fibroma, ameloblastoma.

5. Clinical picture of odontoma, cementoma, odontogenic fibroma, ameloblastoma.
6. Differential diagnostics of odontoma, cementoma, odontogenic fibroma, ameloblastoma.
7. Methods of treatment of odontoma, cementoma, odontogenic fibroma, ameloblastoma.
8. The forecast prognosis at odontoma, cementoma, odontogenic fibroma, ameloblastoma.

4.3. Practical works (tasks) which are carried out on lesson:

1. To master a technique of examination of the patient with odontoma, cementoma, odontogenic fibroma, ameloblastoma.
2. To make examination of the patient with odontoma, cementoma, odontogenic fibroma, ameloblastoma.
3. To write in the out-patient medical document of the patient with odontoma, cementoma, odontogenic fibroma, ameloblastoma.

5. ORGANIZATION OF THE MAINTENANCE OF THE TRAINING MATERIAL.

Ameloblastoma (from the early English word amel, meaning enamel + the Greek word blastos, meaning germ) is a rare, benign tumor of odontogenic epithelium (ameloblasts, or outside portion, of the teeth during development) much more commonly appearing in the mandible than the maxilla. It was recognized in 1827 by Cusack. This type of odontogenic neoplasm was designated as an adamantinoma in 1885 by the French physician Louis-Charles Malassez. It was finally renamed to the modern name ameloblastoma in 1930 by Ivey and Churchill.

While these tumors are rarely malignant or metastatic (that is, they rarely spread to other parts of the body), and progress slowly, the resulting lesions can cause severe abnormalities of the face and jaw. Additionally, because abnormal cell growth easily infiltrates and destroys surrounding bony tissues, wide surgical excision is required to treat this disorder.

Adamantinoma of the long bones, or extragnathic adamantinoma, is an extremely rare, low-grade malignant tumor of epithelial origin. It is not related to adamantinoma or ameloblastoma of the mandible and maxilla which is derived from Rathke's pouch. Adamantinoma is a locally aggressive osteolytic tumor

Subtypes. There are three main clinical subtypes of ameloblastoma:

unicystic, multicystic, peripheral.

The peripheral subtype composes 2% of all ameloblastomas.

Of all ameloblastomas in younger patients, unicystic ameloblastomas represent 6% of the cases. A fourth subtype, malignant, has been considered by some oncologic specialists, however, this form of the tumor is rare and may be simply a manifestation of one of the three main subtypes. Ameloblastoma also occurs in long bones, and another variant is Craniopharyngioma (Rathke's pouch tumour, Pituitary Ameloblastoma.)

Clinical features. Ameloblastomas are the most common neoplasm's of the jaws. They are usually first recognized between the ages of 30 and 50, and rare in children and old people. Eighty per cent form in the mandible; of these, 70% develop in the posterior molar region, and often involve the ramus. They are symptomless until the swelling becomes obtrusive.

Radiographically, ameloblastomas typically form rounded, cyst-like, radiolucent areas with moderately well-defined margins and typically appear multilocular. Lingual expansion may sometimes be seen, but is not pathognomonic of ameloblastoma. Other variants are a honeycomb pattern, a single well-defined cavity indistinguishable from a radicular or, rarely, a dentigerous cyst. However, differentiation from non-neoplastic cysts and other tumours or tumour-like lesions of the jaws is not possible by radiography alone.

The resected left half of a mandible containing an ameloblastoma, initiated at the third molar. Ameloblastomas are often associated with the presence of unerupted teeth.

Symptoms and Presentation. The site 90% of the time in the diaphysis of the tibia with the remaining lesions found in the fibula and long tubular bones. There is often a history of trauma associated with adamantinoma but its role in the development of this lesion remains unclear. The patient usually has swelling that may be painful. The duration of symptoms can vary from a few weeks to years.

Symptoms include: painless swelling, facial deformity if severe enough, pain if the swelling impinges on other structures, loose teeth, ulcers, and periodontal (gum) disease.

Lesions will occur in the mandible and maxilla, although 75% occur in the ascending ramus area and will result in extensive and grotesque deformities of the mandible and maxilla. In the maxilla it can

extend into the maxillary sinus and floor of the nose. The lesion has a tendency to expand the bony cortices because slow growth rate of the lesion allows time for periosteum to develop thin shell of bone ahead of the expanding lesion.

This shell of bone cracks when palpated and this phenomenon is referred to as "Egg Shell Cracking" or crepitus, an important diagnostic feature.

Ameloblastoma is tentatively diagnosed through radiographic examination and must be confirmed by histological examination (e.g., biopsy).

Radiographically, it appears as a lucency in the bone of varying size and features—sometimes it is a single, well-demarcated lesion whereas it often demonstrates as a multiloculated "soap bubble" appearance.

Resorption of roots of involved teeth can be seen in some cases, but is not unique to ameloblastoma. The disease is most often found in the posterior body and angle of the mandible, but can occur anywhere in either the maxilla or mandible.

Ameloblastoma is often associated with bony- impacted wisdom teeth—one of the many reasons dentists recommend having them extracted.

Histopathology will show cells that have the tendency to move the nucleus away from the basement membrane. This process is referred to as "Reverse Polarization". The follicular type will have outer arrangement of columnar or palisaded ameloblast like cells and inner zone of triangular shaped cells resembling stellate reticulum in bell stage. The central cells sometimes degenerate to form central microcysts. The plexiform type has epithelium that proliferates in a "Fish Net Pattern". The plexiform ameloblastoma shows epithelium proliferating in a 'cord like fashion', hence the name 'plexiform'. There are layers of cells in between the proliferating epithelium with a well-formed desmosomal junctions, simulating spindle cell layers.

Histopathology findings: on gross examination, adamantinoma is well demarcated and lobulated. The gray or white tumor is rubbery and may have focal areas of hemorrhage and necrosis. Bone spicules and cysts filled with blood or straw-colored fluid may also be present. Adamantinoma is a biphasic tumor with islands of epithelioid cells surrounded by a bland reactive fibrous stroma. The stroma consists of spindle shaped collagen producing cells. The nests of malignant cells are columnar and have peripheral palisading. Squamous differentiation and keratin production are rare. The tumor is positive on immunohistochemical staining with keratin antibody. The epithelial origin is confirmed when basal membranes, desmosomes and ton filaments are seen under the electron microscope.

Variants. The six different histopathological variants of ameloblastoma are desmoplastic, granular cell, basal cell, plexiform, follicular, and acanthomatous.

The acanthomatous variant is extremely rare.

One-third of ameloblastomas are plexiform, one-third are follicular. Other variants such as acanthomatous occur in older patients. In one center, desmoplastic ameloblastomas represented about 9% of all ameloblastomas encountered.

X-Ray appearance and advanced imaging findings: adamantinoma appears as an eccentric, well-circumscribed, and lytic lesion on plain x-ray. The anterior cortex of the tibia is by far the most common location. The lesion usually has several lytic defects separated by sclerotic bone which gives a "soap-bubble" appearance. There is cortical thinning but little periosteal reaction. The lesion may break through the cortex and extend into soft tissue. There may be multiple adjacent lesions with normal intervening bone. MRI helps demonstrate the intraosseous and extraosseous involvement. The differential diagnosis radiologically includes osteofibrous dysplasia, fibrous dysplasia, ABC, chondromyxoid fibroma and chondrosarcoma.

The differential diagnosis radiologically includes osteofibrous dysplasia, fibrous dysplasia, ABC, chondromyxoid fibroma and chondrosarcoma .

Treatment. Tracheal intubation is anticipated to be difficult in this child with a massive ameloblastoma.

While chemotherapy, radiation therapy, curettage and liquid nitrogen have been effective in some cases of ameloblastoma, surgical resection or enucleation remains the most definitive treatment for this condition.

Treatment options for this tumor: adamantinoma is treated by wide surgical excision. This tumor is insensitive to radiation and may metastasize to lungs, lymph nodes and abdominal organs by both hematogenous and lymphatic routes. Chemotherapy is not used.

Outcomes of treatment and prognosis:

In 20% of cases there are metastases late in the course of the disease.

Recurrence is common, although the recurrence rates for block resection followed by bone graft are lower than those of enucleation and curettage. Follicular variants appear to recur more than plexiform variants. Unicystic tumors recur less frequently than "non-unicystic" tumors. Persistent follow-up examination is essential for managing ameloblastoma. Follow up should occur at regular intervals for at least 10 years. Follow up is important, because 50% of all recurrences occur within 5 years postoperatively. Recurrence within a bone graft (following resection of the original tumor) does occur, but is less common. Seeding to the bone graft is suspected as a cause of recurrence.

The recurrences in these cases seem to stem from the soft tissues, especially the adjacent periosteum. Recurrence has been reported to occur as many as 36 years after treatment.

To reduce the likelihood of recurrence within grafted bone, meticulous surgery with attention to the adjacent soft tissues is required.

An osteoma (plural: "osteomata") is a new piece of bone usually growing on another piece of bone, typically the skull. It is a benign tumor.

When the bone tumor grows on other bone it is known as "homoplastic osteoma"; when it grows on other tissue it is called "heteroplastic osteoma".

Osteoma represents the most common benign neoplasm of the nose and paranasal sinuses. The cause of osteomata is uncertain, but commonly accepted theories propose embryologic, traumatic, or infectious causes. Larger craniofacial osteomata may cause facial pain, headache, and infection due to obstructed nasofrontal ducts. Often, craniofacial osteoma presents itself through ocular signs and symptoms (such as proptosis).

Treatment options for this tumor: treatment of osteomas is only necessary if they are symptomatic. Large osteomas should be evaluated to rule out other diagnoses.

Cementoma (pl. cementomas, cementomata)

Etymology: L, caementum + Gk, oma, tumor

any benign, cementum-producing tumor associated with the apices of teeth. It may be present as a mass of fibrous connective tissue, as fibrous connective tissue with spicules of cementum, or as a calcified mass resembling cementum. Examples are cementoblastoma and cementifying fibroma.

Cementoma a mass of cementum lying free at the apex of a tooth, probably a reaction to injury.

Cementoma (traumatic osteoclasia), an apical lesion associated with the apices of teeth. It may be present as a mass of fibrous connective tissue, fibrous connective tissue with spicules of cementum, or a calcified mass resembling cementum and having few cellular elements.

Cementum (cement) a specialized bony substance covering the root of a tooth.

Cementoma is an odontogenic tumor of cementum. It usually occurs after root development is finished but before the age of 25. It is found most commonly in the mandible in the region of the lower molar teeth. It causes distortion of surrounding areas but is a usually painless growth, at least initially. Considerable thickening of the cementum can often be observed. A periapical form is also recognized.

Five types of cementomas are described :

- Benign cementoblastoma
- Periapical cemental dysplasia
- Multiple apical cementomas
- Gigantiform cementoma

Cementoma reactive fibro-osseous lesion derived from odontogenic cells in the periodontal ligament. It is also known as periapical cemental dysplasia. It is usually an incidental finding, but may enlarge to the extent of being clinically palpable. Cementoma most often involves the mandibular incisor region. It tends to be multiple. The radiographic picture varies from a radiolucent (fibrous) to a radiopaque (calcified) lesion. The most important radiographic differential diagnosis in early periapical cemental dysplasia is periapical osteitis seen secondary to a necrotic pulp, but the differentiation is clinically straightforward (viable versus nonviable tooth). Other differential diagnoses are complex odontoma and cementoblastoma.

The peripheral odontogenic fibroma is an uncommon gingival mass. It affects people across a large age range. It can be confused with the peripheral ossifying fibroma. In contrast to the peripheral ossifying fibroma, the peripheral odontogenic fibroma is a rare lesion.

No specific gender predilection while the ages of the patients ranged from 5 to 65 years. commonly seen in mandible than maxilla. slow growing, solid, firmly attached gingival mass sometimes arising between teeth and sometimes displacing teeth. consists of cellular fibrous connective tissue parenchyma with non neoplastic islands, strands of clouman or cuboidal odontogenic epithelium.

6. MATERIALS FOR SELF-CHECKING:

A. To study the following questions:

1. A synonym of the name of a tumour adamantinoma cannot be:
2. Where it is located adamantinoma is more often:
3. What radiological attributes of ameloblastomas of the solid form we know:
4. To name radiological attributes of cystic form of ameloblastoma:

B. Test tasks for self checking:

1. The patient of 25 years, complains of a tumour on the mandible. He is ill 7 months. We see a swelling of the mandible near 36,37,38 teeth, the tumour is slightly hilly, a dense consistence. On the X-ray of the mandible the center of destruction with precise contours of porous structure is defined. At a puncture of a tumour it is received muddy whitish liquid.

Put the preliminary diagnosis.

These is the adamantinoma of the mandible.

C. Materials for test control. Test tasks with the one right answer ($\alpha=2$):

1. The radiological characteristic of the teeth which are in the ameloblastoma zone:

- A. Resorption of roots.
- B. Divergence of crown of the teeth.
- C. Convergence of the teeth.
- D. Roots of a teeth are in a cavity of a tumour.
- E. Changes in alveolar bone.

(The answer- A).

2. During a puncture of ameloblastoma we receive a liquid:

- A. Brown liquid.
- B. Transparent yellowish liquid.
- C. Purulent liquid.
- D. Muddy whitishness or a yellow liquid, sometimes with single grains of cholesterol.
- E. Blood venous or arterial.

(The answer - D).

3. What cells characteristic of adamantinoma we know:

- A. Osteoclast steoclast.
- B. Osteoblast.
- C. Star-shaped cells in the center of a tumour, on periphery -high prismatic epithelial.
- D. Cylinder epithelium.
- E. Macrophage.

(Answer - C).

D. Educational problems of the 3rd level (atypical tasks):

1. The man of 45 years has addressed with complaints to a formation of mandible. In a hospital to him have performed operation. Result of histologic research: structure consist of a connecting tissue, parenchyma with epithelial tension bar and cylindrical and star-shaped cells.

For what formation such microscopic picture is characteristic?

It is the ameloblastoma of the jaw.

7. Literature:

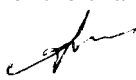
7.1. Basic literature:

1. Бернадский Ю.И. Основы челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии.– Белмедкнига, Витебск,1998.– 404 с.
2. Муковозов И.Н. Дифференциальная диагностика заболеваний челюстно-лицевой области. Л.: Медицина, 1982.
3. Общая онкология /Под редакторши Н.П. Напалкова. – Ленинград: Медицина, 1989. – 648 с.
4. Пачес А.И. Опухоли головы и шеи. – М.: Медицина, 1983.
5. Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. – Киев: 2002. – 1022 с.

**Ministry of health Ukraine
Higher state educational establishment of Ukraine
«Ukrainian medical stomatological academy»**

It is «ratified»
at meeting of chair of surgical stomatology
and maxillofacial surgery with plastic and
reconstructive surgery of the head and neck

The Head of the chair

doctor of medicine Aveticov D. S. 

**METHODICAL INSTRUCTION
FOR INDEPENDENT WORK OF STUDENTS DURING PREPARATION FOR PRACTICAL
(SEMINAR) LESSON**

Names of the discipline	Surgical stomatology
Module №	3
Thematic module №	3
Theme of lesson	Odontogenic epithelial cysts of the jaws: follicular cyst, radicular cyst, paradental, eruption cyst, primordial cyst, gingival cyst of adults, tooth-containing. Clinical presentation, diagnostics, differential diagnostics, treatment”.
Course	IV
Faculty	Stomatological

1. SUBJECT URGENCY.

Odontogenic epithelial cysts of the jaws borrow one of the big problems in stomatology. For research of this problem it is important to analyse supervision which concern not rare cases of such diseases, and to trace behind their features on a plenty of patients which were on treatment in stomatologic clinics.

2. SPECIFIC GOALS:

- 2.1. To analyze etiological factors of odontogenic cysts of the jaws.
- 2.2. To explain a clinical picture of odontogenic cysts of the jaws.
- 2.3. To offer ways of avoidance of complications during treatment of odontogenic cysts of the jaws.
- 2.4. To classify of odontogenic cysts of the jaws.
- 2.5. To treat radiological researches of patients with odontogenic cysts of the jaws.
- 2.6. To draw circuits of a radiological picture and localization odontogenic cysts of the jaws, operative interventions are cystostomy and cystectomy.
- 2.7. To analyse advantages and lacks different osteoplastic materials for filling defects of jaws after removal of odontogenic cysts.
- 2.8. To make the plan of examination and treatment of the patient with odontogenic cysts of jaws.

3. BASIC LEVEL OF PREPARATION.

Names of the previous disciplines	The received skills
1. Human anatomy.	To know anatomy of jaws, blood supply and how innervate muscles of a head and a neck. To describe the anatomic region (localization) in maxillofacial area.
2. Histology and pathomorphology.	To know a histologic structure and morphological structure of the pathogenesis changed tissues. To distinguish pathological tissues. To be able to take a material for morphological researches.
3. Pathological physiology	To know aetiology and pathogenesis of diseases, a metabolism in pathological tissues. To define aetiology and pathogenesis of odontogenic epithelial tumours.
4. General surgery	To know methods of processing of hands of the surgeon. To be able to suture of soft tissues.

4. TASKS FOR INDEPENDENT WORK DURING PREPARATION FOR LESSON.

4.1. The list of the main terms, parameters, characteristics which the student should know during preparation for lesson:

The term	Definition
1. Cyst.	This formation with capsule and a liquid inside.
2. Cystostomy	Section of the cyst.
3. Cystectomy	Removal of the cyst.

4.2. Theoretical questions for lesson:

1. To give a general characteristic odontogenic epithelial cysts.
2. What kind of tumours are odontogenic epithelial cysts of the jaws?
3. Complications which arise when we have odontogenic epithelial cysts. To list them.

4.1. Practical task which we make during lesson:

1. To make examination of the patient with odontogenic cysts of jaws.
2. To pick out the toolkit for operative intervention cystostomy and Cystectomy.
3. To choose the optimum way of anesthesia.

5. ORGANIZATION OF THE MAINTENANCE OF THE TRAINING MATERIAL.

Cyst – a hollow in the formation of bone with a dense shell and filled with fluid. With the penetration of infection into the bone, damaged cells die and the cavity is formed. To prevent further

spread of the inflammatory process, the shell is formed around it, which is essentially a protective mechanism. Unfortunately, it does not stop the cyst from further growth. Cyst filled with inflammatory exudate – exudate of various constituent elements of the blood vessel walls due to violations of their permeability. It contains a large number of white blood cells (which are responsible for inflammation) and dead cells of the bone.

Size of cysts can vary from 0.5 cm to 4.3 cm and a cyst diameter of less than 0.5-0.7 cm kistogranulemami called, they are a consequence of chronic granulomatous periodontitis. According to X-ray study of the cyst is a hotbed of enlightenment, with clear margins, round or oval in shape with a diameter greater than 0.5-1 cm This focus has always darkened the rim bordering the contours of the cyst – a bone, limiting the inflammatory focus. In festering cysts contours become “blurred.”

On the localization of the cyst differentiate anterior teeth, wisdom teeth and dental cyst in the maxillary sinus.

For reasons of odontogenic (related to the teeth) cysts can be inflammatory and inflammatory.

Inflammation:

Radicular (periradicular). The most common are located at the top of the causative tooth. Is the latest step in the development of chronic periodontitis.

Residual cysts: radicular cysts remaining after the tooth they involved has been removed, thus resulting isolated in the bone. Make up about 30% of radicular cysts, they remain after the removal or loss of the causal teeth. **Parodontalnye (retromolar).** Cysts arise in the complicated eruption of wisdom teeth, with low intensity inflammation.

No inflammatory:

Follicular. The cysts contain a germ of a permanent tooth is not infected with the treatment of inflammatory diseases of the teeth. Sometimes a distinction has zubosoderzhaschie cysts, which contain the germ of the tooth supercomplete

Keratokisty (primary) – are formed from zuboobrazovatelnoy tissue is a rare type of cyst, its formation is characterized by multiple, often on the lower jaw. Detected by chance. Diagnosis can be made on the basis of histological examination.

Cysts of the eruption. In children with erupting permanent teeth, gums appear bulging above the crown of the tooth with a cavity formation and accumulation of serous fluid, or it hemorrhagic (exudate can also be purulent).

The main reason for the formation of cysts – a late and inadequate treatment of dental caries is not complicated and complicated forms, to the tooth trauma, periodontal disease, and nasopharynx, malformations of the teeth.

When one of these factors, or when a combination of several, begins to develop cysts. The danger of cysts in the fact that it grows slowly, imperceptibly. Usually there are no complaints of pain. There may be a causative tooth discoloration, percussion it is usually painless but can cause discomfort. With a significant amount of cyst patients complain of a person deformation, displacement of teeth. On palpation of the alveolar process of deformation is detected symptom of “parchment crunch” and the spring cyst wall. The reaction of regional lymph nodes are usually absent, and manifests itself with festering cysts. That festering cysts with fistulas appear that tell cyst cavity with the oral cavity. Despite the pronounced manifestations of intoxication and subjective deterioration of general condition of the patient with festering cysts, constant level of intoxication at the same festering and nenagnoivshihsy cysts. That speaks about the dangers of both.

By reducing the general or local immunity of the oral cavity can accelerate the growth of cysts. If you do not immediately remove the cyst, it begins to grow, or suppurate, as the body can not cope with inflammation. To diagnose a cyst can only be X-ray study, so you should visit the dentist regularly. Puncture of the cyst makes for suspected malignancy of her.

With increasing growth of the cyst may appear general and local complications.

Heavy common complication – this intoxication of the organism, it is caused by the fact that the fall in blood products of microorganisms, so that may be deterioration of the general condition of the patient – pyrexia, headache. All this can lead to sepsis (blood poisoning overall).

What is a Cystectomy? A cystectomy is one possible therapy of a cyst. Cystectomy means the removal of a cyst, i.e. the scraping out of the cyst cavity.

A cyst is a tissue cavity that is enclosed by a membrane (epithelium) and may consist of several chambers, usually containing a liquid/mushy content.

In general, the cystectomy is the therapy of choice for cysts in the area of the head/neck. With the exception of very large cysts or if, for example, important anatomical structures are located in close proximity of the cyst, which could be damaged during the removal of a cyst, a so-called, "Cystostomy".

The root canal treatment was renewed prior to the operation in order to prevent any further cyst formation after the cystectomy. The mucous membrane has been opened up and the thin bone lamella located above the cyst is removed. Now, the cyst is scraped with a sharp spoon. After the scraping of the cyst cavity, the wound is primarily closed.

Follicular Cyst

Normally, the resulting bone defect fills with blood. Within the course of the healing of the wound, vessels grow back into the developing blood clot, followed by the subsequent development of new bone.

In general, the removal of larger cysts carries a certain risk of wound healing disorders, because the removal of the cyst creates a large bone defect that normally fills with blood immediately after the surgery.

As the blood dries, the clot shrinks. A large blood clot contracts more than a small one; it may contract to such a degree that it no longer touches the walls of the wound. In such a case, it is not possible for blood vessels to grow from the walls into the blood clot. This prevents the clot from being supplied with oxygen, nutrients, and finally, with bone cells – which are an important prerequisite for the regeneration of the bone.

Consequently, the blood clot disintegrates – pus develops and a wound infection results. In order to avoid these complications in large cysts, one could attempt to stabilize the blood clot and to reduce its contraction, for example, by filling the bone defect with a granulate made of bone substitute materials. This prevents a contraction of the blood clot, allowing vessels to grow in from the walls – the basis for a subsequent bone regeneration.

Cystectomy

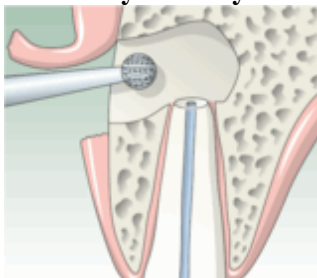
An alternative to the planned surgery would be the initial performance of a **cystostomy** followed by a **cystectomy**. If left untreated, cysts in the area of the mouth, jaw, and face usually grow in size over the years, sooner or later leading to the corresponding local complications.

The risks of the surgery are negligible when performed by an experienced surgeon; nevertheless, complications may occur in individual cases, possibly requiring additional measures. Every additional measure may in turn lead to further complications which, in the course of the surgery, could become life-threatening. At this point, we will only discuss the specific complications encountered in the cystectomy. These are, for example:

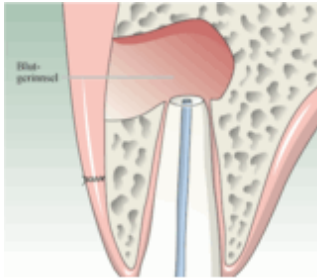
- Injury to surrounding structures such as nerves, cheeks, blood vessels, dental roots, and teeth with the respective consequences
- An accidental cystectomy of malignant tumors that should be removed while employing a safety margin, wound infections, a fracture of the jaw, leaving parts of a cyst behind, which may result in a recurrence of the cyst.

Luckily, such complications have become very rare due to the positive developments in medicine in the last decades.

Cystectomy



Cyst removal



Wound closure

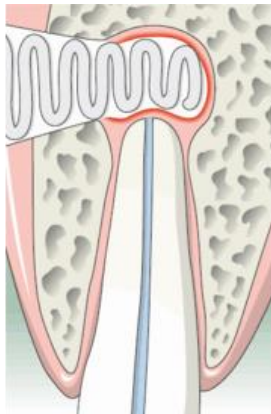
A cystectomy is the complete surgical removal of a small cyst with subsequent wound closure. The cyst is completely removed after a mucosa incision. This operation can also be combined with a root tip resection. The mucosa above the bone defect is then tightly sealed. New cysts may arise from any cyst residues.

Cystostomy

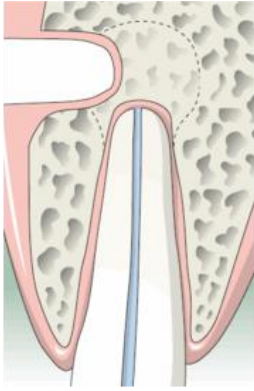
A cystostomy as a treatment option for larger cysts enables sparing of adjacent roots and nerves. Mucosa and bone are opened above the cyst. A window is cut along the bone opening, the actual cyst remains in the bone. This cavity is tamponaded to remain open and is thus formed to create an adjacent oral cavity bay. As the opening does no longer allow the cyst to grow, this bone cavity becomes ever smaller with the passing of time.



Tooth with radicular cyst



Tamponaded open cavity after cyst removal (cystostomy)



Gradual flattening of the bone defect



Follicular cyst of 38



Complete bone regeneration following cystostomy with extraction of 36, 37 and the crowded 38

Of the total cases of maxillary sinusitis, approximately 10–12% is exclusively sinusitis of the home tooth (Brook, 2006; Costa et al. 2007). The close relationship between the roots of the maxillary posterior teeth and the floor of the sinus makes the infection in these pieces directly affect the integrity sinus. Here are five ways that allow the injury of the maxillary sinus:

- 1) Periapical granuloma, which produces the effect of infectious core areas of the sinus;
- 2) Instruments beyond the apex via dental canal;
- 3) Marginal, by periodontal disease;
- 4) Apical lesion, granuloma, osteitis, or cyst; and
- 5) Surgery, for drilling and bucosinusal communication.

6. MATERIALS FOR SELF-CHECKING:

A. Tasks for self-checking (diagrams, figures, the schedule):

1. Scheme of the operative interventions cystostomy and cystectomy.
2. X-rays of patients with odontogenic cysts.
3. Photos of patients with odontogenic cysts of the jaws.

B. Tasks for self-checking:

1. At X-rays examination in a projection of a top of a root 27 teeth is observed destruction a bone tissue of the round form with precise equal edges in the size 0,7x0,7 sm.

Diagnose.

(Answer: Cystogranuloma).

2. At the review of the patient deformation of the alveolar shoot of the maxilla in the region between 22, 24 teeth. 23 tooth is absent. Transitive fold within the limits of these teeth changed, a mucous membrane of light pink color, palpation - a dense consistence, not painful. X-rays diagnostic - 22, 24 teeth is marked destruction a bone tissues roundish forms with precise equal borders. In this projection of destruction is crown of the tooth.

Diagnose.

(Answer: Follicular cyst)

3. The man of 35 years has addressed with complaints to a thickening of an alveolar shoot of the maxilla. The previous diagnosis: radicular cyst of the maxilla.

What will be revealed during a puncture of the alveolar shoot in area of "thickening"?

(Answer: An yellowish liquid)

C. Materials for test control. Tasks with an individual right answer ($\alpha = II$):

1. What name has alveolar cyst in other sources?

A. Pearl 'Епштейна'.

B. Adamantinoma.

C. Subperipostal cyst.

D. Paradental cyst.

E. Follicular киста.

(the right answer: A)

2. When appears paradental cyst?

A. In old age.

B. At young age.

C. On a toothless jaw.

D. At babies.

E. At teenagers.

(the right answer: B)

3. Eruption cyst clinically always:

A. On apical parts of a tooth.

B. Between a teeth.

C. Under a tooth.

D. In a body of a jaw.

E. In a branch of a jaw.

(the right answer: C)

D. Educational tasks of 3-rd level (atypical tasks):

1. At patient K., 34 years, the diagnosis radicular cyst of the maxilla which intergrow in sinus. The name of operative intervention with this pathology is?

(the answer: sinusotomy, maxillary (antrotomy); radical (**Caldwell-Luc**) with removal of antrochoanal polyps).

2. In clinic mum of the baby of 6 months has addressed. At the child the diagnosis - eruption cyst is established. What tactics of the doctor.

(the answer: To explain to mum, that the pathology does not demand treatment).

3. At the patient, 34 years, it is revealed paradental cyst in the corner of the mandible at the left side up to 5 sm in diameter. What possible complication during its removal may be?

(the answer: fracture of the jaw.).

7. Literature:

7.1. Basic literature:

1.Бернадський Ю.Й. Основи щелепно-лицевої хірургії і хірургічної стоматології. К. Спалах, 2003.- 512 с.

2.Маланчук В.О., Копчак А.В. Доброякісні пухлини та пухлиноподібні ураження щелепно-лицевої ділянки та шиї / Навчальний посібник. – К.: Видавничий дім «Асканія», 2008. – 320 с.

3.Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии: В 2-х темах. / Под ред. В.М.Безрукова, Т.Г.Робустовой. - Изд. 2-е, перераб. и доп. - М.: Медицина, 2000. – 776 с.

4.Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. - К.: Червона Рута-Турс, 2004. - 1061 с.

5.Хирургическая стоматология в схемах и таблицах: Учеб. пособие для студентов и врачей-интернов / Г.П.Рузин, А.А. Дмитриева - Харьков: ХГМУ, 2001. - 108 с.

6.Barzalai, G.; Greenberg, E. & Uri, N. Indications for the Caldwell-Luc approach in the endoscopic era. *Otolaryngol. Head Neck Surg.*, 132:219-20, 2005.

7.Bravetti, P.; Membre, H.; Marchal, L. & Jankowski, R. Histologic Changes in the Sinus Membrane After Maxillary Sinus Augmentation in Goats. *J. Oral Maxillofac. Surg.*, 56:1170-6, 1998.

8.Brock, I. Microbiology of Acute and Chronic Maxillary Sinusitis Associated with an Odontogenic Origin. *Laryngoscope*, 115:823-5, 2005.

9.Brock, I. Sinusitis of odontogenic origin. *Otolaryngol.Head Neck Surg.*, 135:349-55, 2006.

10.Cohen, B. & Rockway, F. The prevention of maxillary sinus disease of dental origin. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol.*, 10(7):696-714, 1957.

11.Costa, F.; Robiony, M. & Polini, F. Endoscopic Surgical Treatment of Chronic Maxillary Sinusitis of Dental Origin. *J. Oral Maxillofac. Surg.*, 65:223-8, 2007.

7.2. Additional literature:

1. Guiliand, L. & Laurent, S. Sinusites maxillaires. *EMC Oto-rhino-laryngologie*, 2:160-73, 2005.

2. Kretzschmar, P. & Kretzschmar, J. Rhinosinusitis: Review from a dental perspective. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol.*, 96:128-35, 2003.

3. Selden, H. Endo-Antral Syndrome and Various Endodontic Complications. *J. Endod.*, 25:389-93, 1999.

4. Губайдулина Е.Я., Цегельник Л.Н. Опухоли, опухолеподобные поражения и кисты лица, органов полости рта, челюстей и шеи // Хирургическая стоматология . - М.: Медицина, 1996. – С.512-624.

5. Корытный Д.Л. Зубные кисты: 'Казахстан, Алма-Ата, 1972. - 141 с. Солнцев А.М., Колесов В.С. Кисты челюстно-лицевой области и шеи. – К., 1982. - 96 с.

**Ministry of health Ukraine
Higher state educational establishment of Ukraine
«Ukrainian medical stomatological academy»**

It is «ratified»
at meeting of chair of surgical stomatology
and maxillofacial surgery with plastic and
reconstructive surgery of the head and neck

The Head of the chair

doctor of medicine Aveticov D. S.



**METHODICAL INSTRUCTION
FOR INDEPENDENT WORK OF STUDENTS DURING PREPARATION FOR PRACTICAL
(SEMINAR) LESSON**

Names of the discipline	Surgical stomatology
Module №	3
Thematic module №	3
Theme of lesson	Primary bone osteogenic tumour. Osteoblastoma (osteoblastoclasoma, Giant Cell Reparative Granuloma). Osteogenic bone tumours: osteoma, osteoid osteoma, chondroma, osteochondroma, Osteofibrous Dysplasia (fibroosteoma, Ossifying fibroma). Clinic, diagnostic, differential diagnostic, treatment.
Course	IV
Faculty	Stomatological

1. SUBJECT URGENCY.

Benign osteogenic tumours are often extended pathology of maxillofacial area. Localization, form, structure and the sizes are various. Depending on their structural features, localization, the form, age of patients this or that treatment is recommended. The knowledge of all kinds and morphological forms osteogenic tumours will allow students to diagnose correctly them and to appoint corresponding treatment.

2. SPECIFIC GOALS:

- 2.1. To analyze prevalence of bone tumours of the person.
- 2.2. To explain the reasons of occurrence остеогенных osteogenic formations of maxillofacial area.
- 2.3. To offer new approaches in diagnostics of benign tumours of the head and neck.
- 2.4. To classify osteogenic benign tumours of maxillofacial area.
- 2.5. To interpret the data of radiological examination, morphological and pathological researches of odontogenic tumours of the head and neck.
- 2.6. To draw diagram, scheme of examination of patients with odontogenic tumours of maxillofacial area.
- 2.7. To analyse reliability of malignancy of osteogenic tumours of the head and neck.
- 2.8. To make the plan of examination and treatment of patients with odontogenic tumours of maxillofacial area.

3. BASIC LEVEL OF PREPARATION.

Names of the previous disciplines	The received skills
1. Human anatomy.	To know anatomy of maxillofacial area, blood supply and nerves of a head and a neck. To define the anatomic region of maxillofacial region.
2. Histology and pathomorphology.	To know morphological structure of the pathological changed tissues. To distinguish pathological changed tissues. To be able to take a material for pathomorphological examination.
3. Pathological physiology.	To know aetiology and pathogenesis of these diseases, a metabolism in the changed tissues. To define aetiology and pathogenesis of osteogenic tumours of the head and neck.
4. General surgery.	To know methods of processing of hands of the surgeon. To be able to make seams on the tissues.

4. TASKS FOR INDEPENDENT WORK DURING PREPARATION FOR LESSON.

4.1. The list of the main terms, parameters, characteristics which the student should know during preparation for lesson:

The term	Definition
1. Osteogenic	That which occurs from a bone fissue.
2. Cartilaginous	That whict occurs from cartilaginous (gristly) tissue.
3. A brown tumour.	Osteoblastoma.

4.2. Theoretical questions for the lesson:

1. Aetiology and pathogenesis of osteogenic tumours of the head and neck.
2. Classification of osteogenic tumours of the head and neck.
3. Clinical picture of osteoblastoma and osteogenic bone tumours.
4. Diagnostics and differential diagnostics of osteoblastoma and osteogenic bone tumours.
5. Treatment of osteoblastoma and osteogenic bone tumours in maxillofacial region.

4.3. Practical works (tasks) which are carried out on lesson:

1. Examination of patients with osteogenic tumours of maxillofacial area.
2. Describe of X-ray picture and results of pathomorphological examination researches of patients with osteogenic tumours of maxillofacial area.

5. ORGANIZATION OF THE MAINTENANCE OF THE TRAINING MATERIAL.

Tumor or tumour: originally, it meant any abnormal swelling, lump or mass. In current English, however, the word tumor has become synonymous with neoplasm, specifically solid neoplasm. Note that some neoplasms, such as leukemia, do not form tumors.

Neoplasm: the scientific term to describe an abnormal proliferation of genetically altered cells. Neoplasms can be benign or malignant:

- a. Malignant neoplasm or malignant tumor: synonymous with cancer.
- b. Benign neoplasm or benign tumor: a tumor (solid neoplasm) that stops growing by itself, does not invade other tissues and does not form metastases.

Osteblastoma (osteoblastoclasoma, Giant Cell Reparative Granuloma)

- ankle and foot, leg
- Osteblastoma
- Tumors of Bone
- hip and proximal femur
- knee, thigh, distal femur, proximal tibia
- located in multiple bones
- skull and head
- spine - entire
- wrist and hand, distal radius/ulna

Introduction and Definition:

Osteblastoma is a solitary, benign bone-forming tumor that occurs in the spine and long bones of young adults. Osteblastoma and osteoid osteoma are histologically very similar, yet these two tumors are very different in their presentation, localization, radiographic appearance, treatment, and potential for recurrence.

Incidence and Demographics:

The tumor most commonly occurs in the dorsal aspect of vertebrae, the metaphysis or diaphysis of long bones, and rarely in the pelvis. In the spine, the tumor is usually located in the posterior processes while the vertebral bodies are spared. Also, though tumor frequency is lower in the thoracic region of the spine, it has greater and equal occurrence in the cervical and lumbar regions. Osteblastoma predominantly affects young adults. The peak age of occurrence is approximately age twenty, though the tumor may present as early as age ten to as late as age sixty.

Symptoms and Presentation:

Common symptoms are pain of long duration, swelling and tenderness. Tumors of the spine can cause scoliosis and neurological symptoms. The lesion may clinically present with myelopathic and/or radicular symptoms.

X-Ray Appearance and Advanced Imaging Findings:

On x-ray, osteblastomas appear as a radio-lucent defect with a central density due to ossification. The lesion is well circumscribed and may have a surrounding sclerosis. The tumor demonstrates increased isotope uptake on bone scan.

Differential Diagnosis:

The differential diagnosis of osteblastoma includes osteoid osteoma, osteosarcoma, giant cell tumor and aneurysmal bone cyst.

Histopathology findings:

On gross examination, osteblastomas are red to tan in color with hemorrhagic areas. The compact tissue is granular, friable and gritty. Hyperemia is particularly evident in the spongy bone of vertebrae, ribs and the pelvis. The classic microscopic finding of osteblastoma is irregular spicules of mineralized bone and eosinophilic osteoid rimmed by osteoblasts. The vascular stroma is characterized by pleomorphic spindle cells. The tumor cells differentiate into osteoblasts which make varying amounts of osteoid and woven bone. Cartilage production is a very rare finding in an osteblastoma and should raise the suspicion of osteosarcoma.

Treatment Options for this Tumor:

Usually, a biopsy is performed to confirm the diagnosis. Surgical resection by curettage, intralesional excision or en-bloc excision are all treatment options depending on the site. Cryosurgery,

radiation and chemotherapy may have a role in aggressive and surgically unresectable lesions of the spine.

Preferred Margin for this Tumor:

Margins should be as wide as possible without functional sacrifice.

Special and Unusual Features:

Osteoblastoma vs. Osteoid Osteoma inconsistent pain vs. persistent, nocturnal pain irregular tissue pattern vs. regular pattern >2 cm vs. < 1 cm Sporadic reports of malignant sarcomas arising in osteoblastoma have been published. In addition, multiple authors have described a subset of these tumors that behaves in a much more locally aggressive fashion. These tumors have been found to be larger and occur in slightly older individuals. Microscopically, these tumors may have a distinct appearance, including epithelioid features and larger osteoblasts with abundant eosinophilic cytoplasm and vesicular nuclei. These tumors have been variously termed "aggressive osteoblastoma" or "malignant osteoblastoma". The radiographic and pathologic features of these tumors overlap with osteosarcoma.

Giant Cell Reparative Granuloma

- ankle and foot, leg
- central
- Giant cell reparative granuloma
- metaphyseal
- Tumors of Bone
- wrist and hand, distal radius/ulna

Introduction and Definition:

This solitary lesion has a predilection for the bones of the hands and feet, facial bones, skull, and jaw. It is a non-neoplastic, reactive lesion of unknown etiology. It may be due to injury, trauma, or intraosseous hemorrhage. The name "solid variant of aneurysmal bone cyst" is also given to this tumor.

Incidence and Demographics:

The age range is from childhood to older adults. There does not appear to be a definite age of peak incidence for this lesion. Most cases are in the jaw, facial bones, and skull, short bones of the hands and feet, and a few cases have been reported in the long bones of the upper and lower extremities.

Symptoms and Presentation:

Pain and swelling, or a slight pathological fracture

X-Ray Appearance and Advanced Imaging Findings:

The lesion is lytic, slightly expansile, actively destroying bone, it may thin or destroy the nearby cortex, but no periosteal reaction is seen. The lesion does not seem capable of forming an extraosseous mass. The borders may be indistinct, and the lesion may have a slightly aggressive appearance. The location within the bone is variable, and may even be subperiosteal. In the author's series, no overlying thin layer of reactive bone is seen covering the extraosseous portion of the tumor, which may be present in GCT and ABC's. There is no mineralization of the matrix. These lesions cannot be readily distinguished from other active, lytic processes such as ABC, GCT, or primary sarcoma, or metastatic cancer.

Laboratory Findings:

No diagnostic lab findings exist., but labs may be useful to eliminate other tumors in the differential.

Differential Diagnosis:

ABC, GCT, brown tumor, metastasis, infection. The appearance of the lesion may be aggressive.

Preferred Biopsy Technique for this Tumor:

open

Histopathology findings:

The microscopic findings are shown. There is reactive granulation tissue, spindle-shaped fibroblasts, focal hemorrhage, and scattered small giant cells that have few nuclei. The giant cells may cluster around areas of hemorrhage. Irregular bony trabeculae have osteoclastic giant cells on some surfaces. Some cases have had much more frequent giant cells.

Treatment Options for this Tumor:

Curettage, with bone graft or other bone void filler to treat the bone defect.

Preferred Margin for this Tumor:

intralesional

Outcomes of Treatment and Prognosis:

Recurrence is not common.

Special and Unusual Features:

The presence of giant cells leads to the potential for confusion with ABC, GCT, PVNS, and brown tumor.

An osteoma (plural: "osteomata") is a new piece of bone usually growing on another piece of bone, typically the skull. It is a benign tumor.

When the bone tumor grows on other bone it is known as "homoplastic osteoma"; when it grows on other tissue it is called "heteroplastic osteoma".

Osteoma represents the most common benign neoplasm of the nose and paranasal sinuses. The cause of osteomata is uncertain, but commonly accepted theories propose embryologic, traumatic, or infectious causes. Larger craniofacial osteomata may cause facial pain, headache, and infection due to obstructed nasofrontal ducts. Often, craniofacial osteoma presents itself through ocular signs and symptoms (such as proptosis).

Osteoma, small, often solitary bone tumour found mainly on bones of the skull. Osteomas usually appear in late childhood or young adulthood; they are often asymptomatic. They do not become malignant, and treatment (by excision) is necessary only if the tumour interferes with normal functioning (**Encyclopædia Britannica**).

Osteoclastoma, also called giant cell tumour of bone, bone tumour found predominantly at the end of long bones in the knee region, but also occurring in the wrist, arm, and pelvis. The large multinucleated cells (giant cells) found in these tumours resemble osteoclasts, for which the tumour is named. Usually seen in female adults between the ages of 20 and 40, this relatively rare, painful tumour is potentially malignant. Most tumours are benign at the outset and are removed by curettage (scraping) or complete excision of the tumour. A small percentage of osteoclastomas may spread to other parts of the body (metastasize), particularly the lungs (**Encyclopædia Britannica**).

A chondroma is a benign cartilaginous tumor, which is encapsulated with a lobular growing pattern.

Tumor cells (chondrocytes, cartilaginous cells) resemble normal cells and produce the cartilaginous matrix (amorphous, basophilic material).

Characteristic features of this tumor include the vascular axes within the tumor, which make the distinction with normal hyaline cartilage.

Based upon location, a chondroma can be described as a enchondroma or ecchondroma.

Osteochondroma is a type of benign tumor that consists of cartilage and bone. It is a benign cartilage-capped outgrowth, connected to bone by a stalk.

It is the most frequently observed neoplasm of the skeleton.

They generally occur at the end of the growth plates of long bones, often at joints. They most commonly form at the shoulder or the knee but have been known to occur in the long bones of the forearm (i.e. the radius and ulna).

Osteochondroma is a benign tumor that contains both bone and cartilage and usually occurs near the end of a long bone. This tumor, one of the most common benign bone tumors, takes the form of a cartilage-capped bony spur or outgrowth on the surface of the bone. It is sometimes referred to as osteocartilaginous exostosis. When an exophytic bone lesion contains a cartilaginous cap greater than one centimeter in height, or if there is associated pain, there is thought to be a higher risk for the lesion representing a chondrosarcoma.

Osteochondroma, or osteocartilaginous exostosis, is the most common skeletal neoplasm. The cartilage capped subperiosteal bone projection accounts for 20-50% of benign bone tumors and 10-15% of all bone tumors. Osteochondromas are most likely caused by either a congenital defect or trauma of the perichondrium which results in the herniation of a fragment of the epiphyseal growth plate through the periosteal bone cuff. Osteochondromas can either be flattened (sessile) or stalk-like (exostosis) and appear in a juxta-epiphyseal location. Osteochondromas are also the result of radiation therapy in children. After the close of the growth plate in late adolescence there is normally no further growth of the osteochondroma.

Incidence and Demographics:

The lesions occur only in bones that develop from cartilage (endochondral ossification). Osteochondromas are found most often in long bones, especially the distal femur and proximal tibia, with 40% of the tumors occurring around the knee. Osteochondromas occur most frequently in the first two decades of life with a ratio of male to female of 1.5 to 1.

Symptoms and Presentation:

Clinically, osteochondromas present with pain due to mechanical irritation or a painless mass. A fracture can occur through the stalk of the lesion which also causes pain.

X-Ray Appearance and Advanced Imaging Findings:

Plain films are normally enough to diagnose osteochondromas. Sessile lesions cover a wide area and as a result cause metaphyseal widening or a "trumpet shaped deformity" on x-ray. Lesions with stalks are often found more distally and are common over the posterior femoral metaphysis. CT is helpful in determining if the marrow and cortices of the lesion are continuous with the bone. The relationship of the lesion to other structures and the thickness of the cartilage cap are best delineated with MRI.

Histopathology findings:

On gross examination, an osteochondroma is an irregular bony mass with a bluish gray cap of cartilage. Opaque yellow cartilage has calcification within the matrix. The base of the lesion has a rim of cortical bone and central cancellous bone. Occasionally, a bursa develops over an osteochondroma. Normally, the cartilage cap ranges from 1-6 mm thick. Over 2 cm of cartilage or renewed growth of a dormant lesion are signs of possible malignant transformation. Under the microscope, an osteochondroma has endochondral ossification on the basal surface of hyaline cartilage so it resembles a normal growth plate with rows of chondrocytes. The cartilage is more disorganized than normal, has binucleate chondrocytes in lacunae, and is covered with a thin layer of periosteum.

Treatment Options for this Tumor:

There is no treatment necessary for asymptomatic osteochondromas. If the lesion is causing pain or neurologic symptoms due to compression it should be excised at the base.

Outcomes of Treatment and Prognosis:

As long as the entire cartilage cap is removed there should be no recurrence. Patients with many especially large osteochondromas should have regular screening exams and radiographs to detect malignant transformation early.

Special and Unusual Features:

Hereditary multiple osteochondromatosis is an autosomal dominant condition that can lead to both sessile and pedunculated lesions. The lesions may occur on different bones or on the same bone, and symptoms present in the first decade of life. The risk of malignant transformation to chondrosarcoma in hereditary multiple osteochondromatosis is unknown, but may be 25-30% compared to approximately 1% for a solitary osteochondroma.³ The risk of malignant degeneration increases as the number and size of the osteochondromas increases. In general, a sessile lesion is more likely to degenerate into sarcoma than an exostosis.

An osteoid osteoma is a benign bone tumor which arises from osteoblasts and originally thought to be a smaller version of an osteoblastoma. Osteoid osteomas tend to be less than 1.5 cm in size. The tumor can be in any bone in the body but are most common in long bones, such as the femur and tibia. They account for 10 to 12 percent of all benign bone tumors. "Osteoid osteomas may occur at any age, and are most common in patients between the ages of 4 and 25 years old. Males are affected approximately three times more commonly than females."

Presentation. Characterized by less than 1.5 cm in diameter, osteoid osteomas most frequently occur in young men (Male:Female ratio 3:1) and may occur in any bone of the body, most frequently around the knee but often also seen in the vertebrae, in the long bones and less commonly in the mandible or other craniofacial bones.

Severe pain typically occurs at night. Radiographs in osteoid osteoma typically show a round lucency, containing a dense sclerotic central nidus (the characteristic lesion in this kind of tumor), surrounded by sclerotic bone. The nidus is seldom larger than 1.5 cm.

The chief complaint may only be of dull pain which is non radiating and persistent throughout 24 hours but increases significantly at night. The lesion can easily be detected on CT scan. Plain radiographs are not always diagnostic. MRI adds little to the CT findings which are useful for localisation. Radionuclide scanning shows intense uptake which is useful for localisation at surgery using a hand held detector, and for confirmation that the entire lesion has been removed.

Histological Findings

On histological examination osteoid osteoma consists of a small (< 1.5–2 cm), yellowish to red nidus of osteoid and woven bone with interconnected trabeculae, and a background and rim of highly vascularized, fibrous connective tissue. Varying degrees of sclerotic bone reaction may surround the lesion. Benign osteoblastoma is virtually indistinguishable from osteoid osteoma. The usual appearance

included a fibrovascular stroma with numerous osteoblasts, osteoid tissue, well-formed woven bone, and giant cells. The osteoblasts were generally small and regular in shape.

The most common symptoms of an Osteoid Osteoma are:

- dull pain that escalates to severe at night
- limping
- muscle atrophy
- bowing deformity
- swelling
- increased or decreased bone growth

The most common symptom is pain that can be relieved with over the counter pain medication in the beginning. After the benign tumor develops further the pain can not be alleviated with medication and minor to severe swelling starts to occur. The tumor is often found through x-ray imaging. "Conventional radiographs reveal a well-demarcated lytic lesion (nidus) surrounded by a distinct zone of sclerosis" that allow doctors to identify the tumor.

Treatment. Pain may be relieved by aspirin or other [[nonsteroidal antiinflammatory drugs]].

Osteoid osteoma will resolve spontaneously in approximately 33 months, the reason for this is unknown. The type of treatment may also vary based on the health of the individual with the tumor. If an individual is healthy and is willing to endure the pain, pain relievers are given until the tumor resolves. If the patient does not want to endure the pain or to be treated with non-steroidal anti-inflammatories, surgical or percutaneous ablation may be considered. If surgery is preferred, the individual may be referred to an orthopedic surgeon to perform the ablation. Post-surgery therapy and strengthening may be needed, depending on the tumor location and health of the individual. Recently, percutaneous radiofrequency ablation is the preferred treatment option. "This is a minimally invasive procedure in which radio frequencies are passed beneath the skin through a needle to kill the tumor cells by heating them to a high temperature." This technique is performed by a radiologist and is preferred because it is done under general anesthesia and does not weaken the bone as much as surgery does. The recovery time is also shorter for this treatment.

Ablation is performed in some cases.

Osteofibrous Dysplasia (fibroosteoma, ossifying fibroma)

- Osteofibrous Dysplasia
- Tumors of Fibrous Tissue
- located in multiple bones

Summary. Ossifying fibroma is a benign, non-metastasizing, fibrous tumor with local aggressive behavior. Lesions are most commonly found in the mandible for adults, and the tibia, along with other long bones, for children.

The age range is broad, but usually occurs within the first decade of life.

The tumor presents as a painless, enlarging mass.

On x-ray, it has a distinctive image. The lesion is well circumscribed and has multi-loculated appearance, causing a distortion of the thin cortex.

Complete Information on this Tumor

Introduction and Definition:

Ossifying fibroma, also known as osteofibrous dysplasia, is a benign fibrous tumor with local aggressive behavior. Ossifying fibroma does not metastasize.

Incidence and Demographics:

The most common site in adults is the mandible. The most common site in children is the tibia, followed by other long bones. Ossifying fibroma occurs during the first decade of life.

Symptoms and Presentation:

The tumor presents clinically as a painless, enlarging mass.

X-Ray Appearance and Advanced Imaging Findings:

Ossifying fibroma has a distinctive radiologic picture. This lytic lesion occurs in the anterior cortex of the diaphysis or metaphysis of the tibia and often causes anterior-posterior bowing. This well-circumscribed tumor has a multi-loculated appearance and causes distortion of the thin cortex. Ossifying fibromas have increased uptake on bone scan.

Differential Diagnosis:

The radiologic differential includes adamantinoma, fibrous dysplasia, nonossifying fibroma and osteoblastoma.

Histopathology findings:

Microscopically, ossifying fibroma consists of irregular spicules of trabecular bone lined by osteoblasts. These osteoblasts produce a rim of lamellar bone around centers of woven bone. Ossifying fibroma stains positive for cytokeratin.

Treatment Options for this Tumor:

Treatment of ossifying fibroma in older patients includes conservative curettage. A thorough pathologic examination must be done for the presence of adamantinoma. Patients who still have open growth plates are observed. If bowing of the tibia becomes an issue, bracing is recommended.

Special and Unusual Features:

The question has been raised if ossifying fibroma is a relative of fibrous dysplasia or a true neoplasm. Most recently, it has been surmised that ossifying fibroma and adamantinoma are on a continuum with osteofibrous dysplasia-like adamantinoma representing an -intermediate step between the two lesions.

6. MATERIALS FOR SELF-CHECKING:

A. Tasks for self-checking (tables, scheme, pictures, graphics):

1. Photos of patients with osteogenic tumours in maxillofacial region.
2. X-ray picture of patients with osteogenic tumours of maxillofacial area.

B. Tasks for self-checking:

1. To the man of 48 years during sanitation of an oral cavity the x-ray picture of the mandible is made. Revealed destruction a bone tissue with equal precise limits in a site of a corner of mandible, not connected to roots and teeth. At a diagnostic puncture received exudation brown color, without crystals of cholesterol. What is the preliminary diagnosis?

(The answer: Osteoblastoma.)

2. The patient of 35 years complains of the pain in the teeth and thickening of the body of mandible. Objectively: the face of the patient is asymmetric due to a thickening of the lower part of the left cheek. 36 tooth is absent. Crowns of 35 and 37 converge. The left half of body of the mandible spindle-shaped is inflated. Palpation - firm enough, the surface of it is smooth, painless. On the roentgenogram of the left half of mandible in a site of the body - a zone destruction as many circular cavities, separated one from another bone crosspieces. Figure has small-meshed character. Roots 35, 36 teeth resorption for 1/3 lengths. Puncture - a liquid of brown color. What is the most probable diagnosis?

(The answer: Osteoblastoma of the body of mandible.)

3. The patient of 24 years, complains of a tumour which increases, in a site of a body of the mandible. He is ill 5 months. At the X-ray: in a site of a corner of the mandible there is a swelling. Regional lymph nodes are not increased.

On the X-ray 46,47, 48 teeth and in the site of branch, with precise contours, as separate cavities with bone partitions is defined destruction of the bone tissue. Roots 46, 47, 48 teeth resorption. What is the most probable diagnosis?

(The answer: Osteoblastoma of mandible.)

C. Materials for the test control. Test tasks with a single right answer ($\alpha=2$):

1. At the puncture of osteoblastoma we receive.

- A. A yellowish liquid.
- B. Blood.
- C. A brown liquid.
- D. A transparent liquid.
- E. Purulent exudation

(The right answer: C)

2. What bones in facial skeleton damages of chondroma more often?

- A. Bones of a nose.
- B. The mandible.
- C. The maxilla.
- D. Frontal bone.
- E. Zygomatic bones.

(The right answer: C)

3. Where it is located osteochondroma?

- A. Cervical vertebrae.

- B. Palatal seam.
 - C. Head of TMG.
 - D. Nose membrane.
 - E. The orbit.
- (The right answer: C)

D. Educational problems of the 3rd level (atypical tasks):

1. On the X-ray picture we have the center of destruction of the bone tissue of the body of mandible in the sizes 3x5 sm as a plenty of small cavities of different size and the form which are divided by partitions is revealed. During a puncture of a tumour the brown liquid is received. The diagnosis osteoblastoma is established.

What form of osteoblastoma we have?

(The answer: cellular or honeycombed).

2. Patient P. with complaints: a swelling of the face on right side and mobile teeth on mandible. Soft tissue not changed, regional lymph nodes are not palpated. The alveolar bone and a body of mandible in a site 46, 47, 48 teeth become thicker, painless, hilly, teeth in the site of a thickening mobile. At a puncture the liquid of a brown shade without crystals of cholesterol has been received.

Put the preliminary diagnosis:

(The answer: osteoblastoma).

3. The woman 56 years old with complaints to a painless formation on the alveolar crest of the maxilla. During examination: a bright red tumour which is located on both sides of the alveolar crest, a tumour on the wide basis, a dense - elastic consistence, painless.

What is the most reliable (authentic) diagnosis?

(The answer: peripheral osteoblastoma.).

7. Literature:

7.1. Basic literature:

1.Бернадський Ю.Й. Основи щелепно-лицевої хірургії і хірургічної стоматології. К. Спалах, 2003.- 512 с.

2.Маланчук В.О., Копчак А.В. Доброякісні пухлини та пухлиноподібні ураження щелепно-лицевої ділянки та шиї / Навчальний посібник. – К.: Видавничий дім «Асканія», 2008. – 320 с.

3.Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии: В 2-х темах. / Под ред. В.М.Безрукова, Т.Г.Робустовой. - Изд. 2-е, перераб. и доп. - М.: Медицина, 2000. – 776 с.

4.Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. - К.: Червона Рута-Турс, 2004. - 1061 с.

5.Хирургическая стоматология в схемах и таблицах: Учеб. пособие для студентов и врачей-интернов / Г.П.Ружин, А.А. Дмитриева - Харьков: ХГМУ, 2001. - 108 с.

6.Хирургическая стоматология: Учебник / Под ред.Т.Г. Робустовой. - М.: Медицина, 1999. - 576 с.

7.2. Additional literature:

1.Michael S. Schwartz, MD; Dennis M. Crockett, MD. "Management of a Large Frontoethmoid Osteoma with Sinus Cranialization and Cranial Bone Graft Reconstruction". International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology.

2.Encyclopædia Britannica. Encyclopædia Britannica Online.

Encyclopædia Britannica Inc., 2012. Web. 05 Jun. 2012

<<http://www.britannica.com/EBchecked/topic/434279/osteoclastoma>>.

3. <http://orthoinfo.aaos.org/topic.cfm?topic=A00507>

4. Mungo DV, Zhang X, O'Keefe RJ, Rosier RN, Puzas JE, Schwarz EM (January 2002). "COX-1 and COX-2 expression in osteoid osteomas". J. Orthop. Res. 20 (1): 159–62. doi:10.1016/S0736-0266(01)00065-1. PMID 11853083.

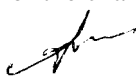
5. <http://emedicine.medscape.com/article/392850-overview>

6. "Osteoid Osteoma". Knol. <http://knol.google.com/k/osteoid-osteoma#Symptoms%7Cpublisher=Knol>.

**Ministry of health Ukraine
Higher state educational establishment of Ukraine
«Ukrainian medical stomatological academy»**

It is «ratified»
at meeting of chair of surgical stomatology
and maxillofacial surgery with plastic and
reconstructive surgery of the head and neck

The Head of the chair

doctor of medicine Aveticov D. S. 

**METHODICAL INSTRUCTION
FOR INDEPENDENT WORK OF STUDENTS DURING PREPARATION FOR PRACTICAL
(SEMINAR) LESSON**

Names of the discipline	Surgical stomatology
Module №	3
Thematic module №	3
Theme of lesson	Tumor-like formations of jaws: fibrous dysplasia, Engle-Reklinhauzen's illness, Paget's illness, cherubism.
Course	IV
Faculty	Stomatological

1. SUBJECT URGENCY.

Tumor-like formations of jaws by a little widespread pathology of maxillofacial area that equally often meet at men and women of different age. This group of diseases has a various, often similar clinical picture which demands thorough knowledges of future doctors of questions of their etiology, clinic, diagnostics and treatment.

2. SPECIFIC GOALS:

- 2.1. To analyze a community of emergence of tumor-like formations of jaws.
- 2.2. To explain features of a clinical course of tumor-like formations of jaws.
- 2.3. To offer a new image of prevalence of tumor-like formations of jaws.
- 2.4. To classify tumor-like formations of jaws.
- 2.5. To treat these X-ray research, cytogrammes and given histological research at tumor-like formations of jaws.
- 2.6. To draw schemes of inspection of patients with tumor-like formations of jaws.
- 2.7. To analyze features of differential diagnostics of tumor-like formations of jaws.
- 2.8. To make the plan of inspection and treatment of patients with tumor-like formations of jaws.

3. BASIC KNOWLEDGES, ABILITIES, SKILLS NECESSARY FOR STUDYING of the SUBJECT (interdisciplinary integration).

Names of the previous disciplines	The received skills
1. Normal anatomy.	To know a structure of bones.
2. Histology	To know a histological structure of bones obverse to a skeleton.
3. Pathological anatomy.	To know the pathoanatomical characteristic of tumor-like formations of jaws and a way of a fence of a material for pathohistological research.
4. Topographical anatomy and operative surgery	To know topographical anatomy of maxillofacial area. Principles of operative accesses to different departments of maxillofacial area. To be able to make the topical diagnosis. To be guided in a choice of operative accesses at treatment of tumor-like formations of jaws.

4. TASKS FOR INDEPENDENT WORK DURING PREPARATION FOR LESSON.

4.1. The list of the main terms, parameters, characteristics which the student should know during preparation for lesson:

Term	Definition
1. Osteodystrophy.	This is a violation of structure of a bone.
2. Paget's disease	It is deforming osteodystrophy.
3. Deformation.	This is a change of a form of organ.

4.2. Theoretical questions to lesson:

1. Anatomy of bones of face skeleton.
2. Embriogenesis and histological structure of face bones.
3. Theories of an origin of tumor-like formations of jaws.
4. Histological and clinical classifications of tumor-like formations of jaws.
5. Clinical picture of tumor-like formations of jaws.
6. Diagnostics and differential diagnostics of tumor-like formations of jaws.
7. Methods of treatment of tumor-like formations of jaws.
8. Prognosis and complications during and after treatment of tumor-like formations of jaws.

4.3. Practical works (task) which are carried at the lesson:

1. To describe roentgenograms of patients with tumor-like formations of jaws.
2. To lead practical training from a curation of patients with tumor-like formations of jaws (a role-playing game "Doctor patient").

5. ORGANIZATION OF THE MAINTENANCE OF THE TRAINING MATERIAL.

Fibrous dysplasia is a developmental disorder of maxilla in which immature woven bone is formed directly from abnormal fibrous tissue. It is characterised by an expansile lesion of fibro osseous tissue. Fibrous dysplasia is of two types:

Mono ostotic fibrous dysplasia

Poly ostotic fibrous dysplasia

Mono ostotic fibrous dysplasia affects a single bone commonly affecting a rib or facial bones. It is also more common than poly ostotic fibrous dysplasia. This condition may be associated with systemic conditions like precocious puberty, and skin pigmentation. This condition if associated goes under the name McCune - Albright Syndrome. This lesion is active while the bone is growing. The lesion becomes inactive when the growth stops. The activity of the disease may increase later during pregnancy.

Poly ostotic variety affects many bones nearly 75 % of skeletal tissue may be affected. This lesion may remain active throughout life.

Epidemiology

Fibrous dysplasia represents about 5% of benign bone lesions; however, the true incidence is unknown, as many patients are asymptomatic. Monostotic fibrous dysplasia accounts for 75-80% of the cases.

Fibrous dysplasia is a slowly growing lesion that usually appears during periods of bone growth and is thus seen in those in early teen and adolescent years. Polyostotic fibrous dysplasia accounts for 20-25% of cases, and patients tend to present at a slightly earlier age (mean age, 8 y).

Pregnancy can cause increased growth of the lesion as well as secondary changes of aneurysmal bone cyst formation. However, males and females are equally affected, although the polyostotic variant associated with McCune-Albright syndrome is seen more frequently in females.

Pathology

Fibrous dysplasia is the most common bone abnormality that occurs during the years of growth and development (as opposed to osteoporosis, the most common bone abnormality during the years of our bodies' decline). Dysplasia means abnormal development. Fibrous dysplasia is a disease of the bone in which the outer layers of the bone become thin, and the inner bone marrow is replaced by a gritty fibrous tissue containing sharp, needle-like fragments of bone.

Fibrous dysplasia is usually first apparent in late childhood. It can occur in only one bone (monostotic fibrous dysplasia) or in several or many bones (polyostotic fibrous dysplasia). Monostotic fibrous dysplasia is up to six times as common as the polyostotic form (Orthopedics, August 1996). In polyostotic fibrous dysplasia, up to 75% of the skeleton may be involved. Often fibrous dysplasia is discovered when a bone fractures from relatively minor trauma. Unfortunately, fractures through dysplastic bone do not heal well until the fibrous tissue is surgically removed.

For many with fibrous dysplasia, the bony spicules in the marrow cause bone pain, disability, and slowly progressing deformity. Fibrous dysplasia acts like a benign bone tumor that usually continues to grow until the adolescent growth spurt is completed. Once full growth is achieved, the progression of the disease often stops, but people are left with one or more weakened areas of bone. These are sometimes removed surgically, depending on their extent.

When fibrous dysplasia occurs in the jaw, the swelling of the angle of the jaw (sometimes accompanied by upturned eyes from facial fibrous dysplasia), gives a cherubic look to the face. In fact, fibrous dysplasia of the jaw has its own name -- cherubism.

Risk factors for malignant transformation include:

Polyostotic form

Post radiation sequelae

Facial bone involvement

Albright's syndrome

Usually fibrous dysplasia affects affects people in their childhood / teens. Males are commonly affected than females. Albright syndrome is an exception wherein female preponderance is more.

At the molecular level, fibrous dysplasia is caused by sporadic mutation of the GNAS1 gene that encodes the alpha subunit of the stimulatory G protein (G1). The exact biochemical pathway that leads to the clinical phenotype is unknown.

Involved bones consists of immature and relatively undifferentiated fibrous connective tissue that fails to produce normal amounts of collagen. The collagen produced are not oriented appropriately to withstand the pressure stress.

Nonskeletal manifestations include abnormal cutaneous pigmentation (jagged "coast of Maine" border), precocious puberty, hyperthyroidism, Cushing disease, hyperparathyroidism, and hypophosphatemic rickets. Albright syndrome is defined as the triad of precocious puberty, polyostotic fibrous dysplasia, and cutaneous pigmentation. Typically, only females are affected by precocious puberty, but the other endocrine abnormalities occur equally in males and females. All of these abnormalities are thought to be due to the same underlying mutation.

Clinical Features

Patients with small, monostotic lesions may be asymptomatic, with the osseous abnormality identified incidentally on radiologic studies obtained for unrelated reasons. However, bone pain, swelling, and tenderness are common presentations in symptomatic patients.

Endocrine disturbances may be the initial presentation in some patients.

This section will briefly review the common affected locations of fibrous dysplasia, fibrous dysplasia deformity and fracture, and malignant transformation for this lesion.

Affected locations

The most common sites of skeletal involvement in monostotic fibrous dysplasia are the ribs, proximal femur, and craniofacial bones, typically the posterior maxilla. The lesion may involve only a small segment of bone or it may occupy its entire length.

In polyostotic fibrous dysplasia, the spectrum of involvement varies from 2 bones to more than 75% of the skeleton. Polyostotic fibrous dysplasia is most commonly found in the femur, tibia, pelvis, and foot. Other sites less commonly affected include the ribs, skull, and bones of the upper extremity. Uncommonly affected bones include the lumbar spine, clavicle, and the cervical spine.

Deformity and fracture

The most common physical deformities are leg-length discrepancy, facial asymmetry due to hemicranial involvement, and rib deformities.

Fracture is the most common complication in fibrous dysplasia. It is seen in more than half of the patients with the polyostotic form of the disease. Deformities in weight-bearing bones can occur. Almost 75% of patients with polyostotic fibrous dysplasia are symptomatic, with pain, deformity, or pathologic fractures.

Malignant transformation

Malignant transformation of fibrous dysplasia occurs very infrequently, with reported prevalences ranging from 0.4% to 4%. Previous irradiation has been documented in more than half of the cases with malignant transformation.

The most common malignant tumors are osteosarcoma, fibrosarcoma, and chondrosarcoma, and the majority of patients are older than thirty years when the sarcoma is diagnosed. The craniofacial region is the most common site of involvement, followed by the femur, tibia, and pelvis. The rate of malignant transformation is higher for polyostotic lesions than for monostotic lesions.

Fibrous dysplasia of the facial skeleton commonly involves the maxilla. It commonly involves one maxilla. The patient manifests with unilateral swelling of cheek (firm in consistency). Patient may have unilateral proptosis because dysplasia involves the boundaries of the orbit reducing the space available for the orbital contents. Some of these patients may suffer loss of vision due to entrapment of optic nerve in the dysplastic process.

Radiographic Appearance

Fibrous dysplasia is an intramedullary diaphyseal /metaphyseal lesion that blends with a thinned, slightly bulged cortex. The cortex of the affected bone may be thinned by endosteal erosion which creates a scalloped pattern. In long bones, the lesions are usually metaphyseal in location, extending into the mid-diaphysis. The lesion has a homogenous density @g it a so-called "ground glass" appearance. An angular deformity in the bone is often present at the level of the lesion. Periosteal reaction is absent except when a pathologic fracture is present. Bone scans show increased uptake-can assess the extent and multiplicity of involvement. CT scan is helpful in differentiating eosinophilic granuloma, osteomyelitis, and unicameral bone cyst. These show lower Hounsfield units (0 to 40), compared to fibrous dysplasia (70 to 130). Few studies other than plain X-rays are required in a typical case of polyostotic disease.

Differential Diagnosis

Metabolic bone disease like hyperparathyroidism has characteristics similar to fibrous dysplasia. However, hyperparathyroidism is polyostotic, bilateral and does not cause bone expansion. Although Paget's disease has similar features to fibrous dysplasia and can cause bone expansion, it differs from fibrous dysplasia in that it affects older age groups and if the mandible got involved; then the whole mandible get affected unlike fibrous dysplasia where it occurs usually unilaterally. Periapical cemental dysplasia can occasionally look similar to fibrous dysplasia but it affects older age groups and occurs bilaterally. It is imperative to differentiate fibrous dysplasia from osteomyelitis and osteogenic sarcoma. Osteomyelitis lays layers of bone from periosteum on its outer cortical surface while fibrous dysplasia expands centrally causing thinning of the cortical surfaces. Osteogenic sarcoma shows malignant features beside features similar to fibrous dysplasia. It is often difficult to differentiate fibrous dysplasia from ossifying fibroma. If there is no displacement of teeth and only the bone surrounding the teeth got affected then it is more likely to be fibrous dysplasia.

Treatment:

Observation -- with prevention of deformity and fracture. Pathologic fracture managed by standard methods according to the site of fracture. Suboptimal alignment will not remodel with time and should not be tolerated.

Surgical treatment. Indications-Fractures that cause significant or progressive deformity that jeopardizes the integrity of the bone. Cosmetically disfiguring or symptomatic fractures causing pain. Recurrent fractures usually require internal fixation with intramedullary rods and grafts. Progressive coxa vara deformity--early surgery by curettage and bone grafting or medial displacement osteotomy is recommended.

Shepherd's Crook deformity and coxa vara--treated by valgus-medial displacement osteotomy combined with excision of lesional tissue, bone grafting and internal fixation. Severe angular deformities--treated with closing wedge osteotomies, bone grafting, and internal fixation.

Leg length discrepancy--treated with epiphysiodesis of contralateral limb at the appropriate age or valgus-medial displacement osteotomy of the involved limb if there is a small difference.

Cherubism is a benign disease of childhood characterized by osseous involvement limited specifically to the mandible and maxilla. It was first described in 1933 by Jones as "familial multilocular cystic disease of the jaws," but the term "cherubism" was later coined to describe the rounded facial appearance resulting from jaw hypertrophy that was reminiscent of cherubs depicted throughout Renaissance art. The condition was initially characterized as familial, but both hereditary and sporadic cases have since been described.

Bilateral mandibular involvement is a distinguishing feature; only one case report in the literature describes unilateral involvement, in an adolescent. Children typically present as early as 2–3 years old with nontender enlargement of the jaw. The lesions characteristically continue a pattern of variable enlargement until puberty, and then they partially or fully regress and show sclerotic involution in adulthood.

Cherubism is similar to fibrous dysplasia radiographically, especially when the latter is confined to the jaw. The similarity in appearance has prompted the suggestion that cherubism may be a familial form of fibrous dysplasia localized to the jaw.

Paget disease is a localized disorder of bone remodeling that typically begins with excessive bone resorption followed by an increase in bone formation. This osteoclastic overactivity followed by compensatory osteoblastic activity leads to a structurally disorganized mosaic of bone (woven bone), which is mechanically weaker, larger, less compact, more vascular, and more susceptible to fracture than normal adult lamellar bone.

The English surgeon Sir James Paget first described chronic inflammation of bone as osteitis deformans in 1877. Paget disease, as the condition came to be known, is the second most common bone disorder (after osteoporosis) in elderly persons.

Approximately 70-90% of persons with Paget disease are asymptomatic; however, a minority of affected individuals experience various symptoms, including the following:

- Bone pain (the most common symptom)
- Secondary osteoarthritis (when Paget disease occurs around a joint)
- Bony deformity (most commonly bowing of an extremity)
- Excessive warmth (due to hypervascularity)
- Neurologic complications (caused by the compression of neural tissues)

Paget disease may involve a single bone but is more frequently multifocal. It has a predilection for the axial skeleton (spine, pelvis, femur, sacrum, and skull, in descending order of frequency), but any bone may be affected. After onset, Paget disease does not spread from bone to bone, but it may become progressively worse at preexisting sites.

Sarcomatous degeneration of pagetic bone is an uncommon but often deadly complication. Pagetic sarcoma is malignant, and the course usually is rapid and fatal

A familial link for Paget disease was first reported by Pick in 1883, who described a father-daughter pair with Paget disease. This was followed shortly thereafter with a sibling case of Paget disease described by Lunn in 1885. Approximately 40% of persons with Paget disease report a family history of the disease, although the true prevalence of the disease is likely higher.

Some studies suggest a genetic linkage for Paget disease located on chromosome arm 18q. This has not been demonstrated in most families with Paget disease, however, which suggests genetic heterogeneity.

An environmental trigger for Paget disease has long been considered but never proven. Bone biopsies in patients with Paget disease have demonstrated antigens from several different Paramyxoviridae viruses, including measles virus and respiratory syncytial virus, located within osteoclasts. However, the putative antigen or antigens remain unknown.

Pathophysiology

Three phases of Paget disease have been described: lytic, mixed lytic and blastic, and sclerotic. In an individual patient, different skeletal lesions may progress at different rates. Thus, at any one time, multiple stages of the disease may be demonstrated in different skeletal regions.

Paget disease begins with the lytic phase, in which normal bone is resorbed by osteoclasts that are more numerous, are larger, and have many more nuclei (up to 100) than normal osteoclasts (5-10 nuclei). Bone turnover rates increase to as much as 20 times normal.

The second phase, the mixed phase, is characterized by rapid increases in bone formation from numerous osteoblasts. Although increased in number, the osteoblasts remain morphologically normal. The newly made bone is abnormal, however, with collagen fibers deposited in a haphazard fashion rather than linearly, as with normal bone formation. As the osteoclastic and osteoblastic activities of bone destruction and formation repeat, a high degree of bone turnover occurs.

In the final phase of Paget disease, the sclerotic phase, bone formation dominates and the bone that is formed has a disorganized pattern (woven bone) and is weaker than normal adult bone. This woven bone pattern allows the bone marrow to be infiltrated by excessive fibrous connective tissue and blood vessels, leading to a hypervascular bone state.

After a variable amount of time, osteoclastic activity may decrease, but abnormal bone formation continues. Some pockets of normal-appearing lamellar bone may replace immature woven bone. Eventually, osteoblastic activity also declines, and the condition becomes quiescent. This is the sclerotic, or burned-out, phase. Continued bone resorption and formation are minimal or absent.

Paget disease can affect every bone in the skeleton, but it has an affinity for the axial skeleton, long bones, and the skull. The skeletal sites primarily affected include the pelvis, lumbar spine, femur, thoracic spine, sacrum, skull, tibia, and humerus. The hands and feet are very rarely involved.

Complications of Paget disease depend on the site affected and the activity of the disease. When Paget disease occurs around a joint, secondary osteoarthritis may ensue. Skull involvement may lead to the following:

- Deafness
- Vertigo
- Tinnitus
- Dental malocclusion
- Basilar invagination
- Cranial nerve disorders

Frequently, erythema is present over the affected bone area, which is due to the increased hypervascularity. In patients with Paget disease who have extensive bony involvement, this increased bone vascularity may cause high-output cardiac failure and an increased likelihood of bleeding complications following surgery.

Vertebral involvement of Paget disease may be associated with serious complications, including nerve root compressions and cauda equina syndrome. Fractures, which are the most common complication of Paget disease, may occur and may have potentially devastating consequences. Rarely, pagetic bone may undergo a sarcomatous transformation.

Standard serum chemistry values, including serum calcium, phosphorus, and parathyroid hormone levels, are normal in persons with Paget disease. However, hypercalcemia may complicate the course of Paget disease, most frequently in the setting of immobilization. Elevated levels of uric acid and an increased prevalence of gout have been reported in patients with Paget disease.

Levels of bone turnover markers (including markers of bone formation and resorption) are elevated in patients with active Paget disease and may be used to monitor the course of disease. The degree of elevation of these biomarkers helps identify the extent and severity of bone turnover.

Etiology

The cause of Paget disease is unknown. Both genetic and environmental factors have been implicated.

Genetic predisposition

The geographic distribution of the disease may be explained by genetic transmission and dissemination by population migration. Studies have found a positive family history in 12.3% of 788 patients in the United States, 13.8% of 407 patients in Great Britain, and 22.8% of 658 patients in Australia. In the former 2 studies, a 7- to 10-fold increase in the incidence of Paget disease was observed in relatives of patients diagnosed with the condition, compared with control groups.

In one study, 15-40% of affected patients had a first-degree relative with Paget disease. Numerous other studies have described families exhibiting autosomal dominant inheritance.

Environmental factors

Environmental factors also may contribute to the pathogenesis of Paget disease. Supporting observations include the variable penetrance of Paget disease within families with a genetic predisposition; the fact that the disease remains highly localized to a particular bone or bones rather than affecting the entire skeleton; and data that reveal a declining incidence and severity of the disease over the past 20-25 years.

Viral infection

The leading hypothesis for an infectious etiology in Paget disease is the slow virus theory. According to this hypothesis, bone marrow cells (the progenitors of osteoclasts) are infected by a virus, causing an abnormal increase in osteoclast formation. Clinical expression of these viral infections may take years, which may account for the advanced age of most people diagnosed with Paget disease. Familial and geographic clustering also may support the theory of a viral process.

Suspected viruses are paramyxoviruses, such as measles or canine distemper viruses. Respiratory syncytial virus also is suspected; however, no virus has been cultured from pagetic tissue, and extracted ribonucleic acid (RNA) has not confirmed a viral presence.

Other suggested etiologies

The possibility of an inflammatory cause of Paget disease is supported by evidence of clinical improvement after treatment with anti-inflammatory medications. Elevated parathyroid hormone in Paget disease also has been observed, but no firm evidence links the 2 disorders, and one case of Paget disease was diagnosed in a patient with idiopathic hypoparathyroidism. An osteogenic mechanism also has been proposed. Autoimmune, connective tissue, and vascular disorders are proposed as other possible etiologies.

Epidemiology. International statistics

The prevalence of Paget disease varies greatly in different areas of the world. The highest prevalence is in Europe (predominantly England, France, and Germany). The United States, Australia, and New Zealand have high prevalence rates because of significant populations with northern European ancestry and a large population of British immigrants.^[12] The disease is rare in Asian countries, especially China, India, and Malaysia, and in the Middle East and Africa.

Prevalence may vary even within the same country.^[13] A prevalence of 2% in certain British cities can be contrasted with rates in Lancaster, England, which had a prevalence of 8.3%.

In Europe, the prevalence rates of Paget disease appear to decrease from north to south, with the exception of Norway and Sweden, which both have very low rates (0.3%). The highest prevalence in Europe is found in England (4.6%) and France (2.4%) in hospitalized patients older than 55 years. Other European countries, such as Ireland, Spain, Germany, Italy, and Greece, report prevalence rates of Paget disease that range from 0.5% to approximately 2%. The prevalence rates of Paget disease in Australia and New Zealand range from 3-4%.

The prevalence of Paget disease in sub-Saharan Africa is 0.01-0.02%. In Israel, Paget disease is predominantly found in Jews; however, cases have recently been reported in Israeli Arabs.

In South America, the incidence of Paget disease is relatively high in Argentina (around Buenos Aires), which was settled by Spanish and Italian immigrants, and lower in Chile and Venezuela.

Research from Europe and New Zealand indicates that the prevalence of Paget disease has decreased since the 1980s but that increased incidence with age has been maintained. The estimated prevalence of Paget's disease in patients aged 55 years or older has decreased to approximately 2%.

Prognosis

The general outlook for patients with Paget disease is good, especially if treatment is administered before major changes have occurred in the bones. Treatment does not cure Paget disease, but it can control it. Patients with severe polyostotic Paget disease have a less favorable prognosis than those with monostotic disease. Patients with polyostotic disease are at higher risk for complications.

Morbidity from Paget disease can be extensive. The excessive remodeling of bone associated with Paget disease may result in pain, fractures, and bone deformities. Complications associated with fractures, such as articular and neurologic problems, may increase mortality in patients with Paget disease. The hypervascularity of bone that may result from Paget disease may cause excessive bleeding following fractures or surgery.

The prognosis is extremely unfavorable if the patient has any type of sarcomatous degeneration, especially if there is multicentricity. The 5-year survival rate for a patient with Paget disease and sarcoma is 5-7.5%; however, it may be as high as 50% for those who undergo operative tumor ablation and chemotherapy before metastases occur. The 5-year survival rate for elderly patients with primary nonpagetic sarcoma is 37%.

Higher doses of radiation may be delivered if the neoplasm is located on the limb. Consequently, a more central lesion carries a less favorable prognosis.

The condition was first described by Gerhard Engel in 1864 and Friedrich Daniel von Recklinghausen in 1890, though William Hunter, who died in 1783, is credited with finding the first example of the disease. "von Recklinghausen's disease" (without the qualification "of bone") is a completely unrelated disorder, nowadays termed neurofibromatosis. In 1884, Davies Colley delivered a presentation to the Pathological Society of London that detailed the manifestation of hyperparathyroidism into a brown tumor of the mandible, as well as the histological makeup of the tumor.

The discovery and subsequent description of the parathyroid glands is credited to Ivar Sandstrom, though his publication, On a New Gland in Man and Several Mammals-Glandulae Parathyroideae, received little attention. Gustaf Retzius and Eugene Gley compounded his research, the latter credited with the discovery of the function of the parathyroid glands. This research cumulated in the first surgical removal of a parathyroid tumor by Felix Mandel in 1925.

The first published literature to describe a brown tumor (which was linked to OFC) was published in 1953, though clinical reports from before 1953 do draw a correlation between the disease and tumors previous to the publication.

Osteitis fibrosa cystica, abbreviated OFC, and also known as **osteitis fibrosa, osteodystrophia fibrosa, Von Recklinghausen's Disease of Bone**, not to be confused with Von Recklinghausen's disease (neurofibromatosis type I). Osteitis Fibrosa Cystica is a skeletal disorder caused by a surplus of parathyroid hormone from over-active parathyroid glands. This surplus stimulates the activity of osteoclasts, cells that break down bone, in a process known as osteoclastic bone resorption. The over-activity of the parathyroid glands, or hyperparathyroidism, can be triggered by parathyroid adenoma, hereditary factors, parathyroid carcinoma, or renal osteodystrophy. Osteoclastic bone resorption releases minerals, including calcium, from the bone into the bloodstream. In addition to elevated blood calcium levels, over-activity of this process results in a loss of bone mass, a weakening of the bones as their calcified supporting structures are replaced with fibrous tissue (peritrabecular fibrosis), and the formation of cyst-like brown tumors in and around the bone. The symptoms of the disease are the consequences of both the general softening of the bones and the excess calcium in the blood, and include bone fractures, kidney stones, nausea, appetite loss, and weight loss.

Classification

Osteitis fibrosa cystica is defined as the classic skeletal manifestation of advanced hyperparathyroidism. Under the ICD-10 classification system, established by the World Health Organization, OFC is listed under category E21.0, primary hyperparathyroidism.

Signs and symptoms

The major symptoms of OFC are bone pain or tenderness, bone fractures, and skeletal deformities such as bowing of the bones. The underlying hyperparathyroidism may cause kidney stones, nausea, constipation, fatigue and weakness. X-rays may indicate thin bones, fractures, bowing, and cysts. Fractures are most commonly localized in the arms, legs, or spine.

The addition of weight loss, appetite loss, vomiting, polyuria, and polydipsia to the aforementioned symptoms may indicate that OFC is the result of parathyroid carcinoma. Parathyroid carcinoma, an uncommon cancer of the parathyroid glands, is generally indicated by serum calcium levels higher than usual, even in comparison to the high serum calcium levels that OFC generally presents with. Symptoms are also often more severe. Generally, the presence of a palpable neck mass is also indicative of the cancer, occurring in approximately 50% of sufferers, but virtually nonexistent in individuals with OFC with a different origin.

Osteitis fibrosa cystica is the result of unchecked hyperparathyroidism, or the overactivity of the parathyroid glands, which results in an overproduction of parathyroid hormone (PTH). PTH causes the release of calcium from the bones into the blood, and the reabsorption of calcium in the kidney. Thus, excess PTH in hyperparathyroidism causes elevated blood calcium levels, or hypercalcemia. There are four major causes of primary hyperparathyroidism that result in OFC:

- Parathyroid Adenoma

The vast majority of cases of hyperparathyroidism are the result of the random formation of benign, but metabolically active, parathyroid adenoma swellings. These instances comprise approximately 80–85% of all documented cases of hyperparathyroidism.

- Hereditary factors

Approximately 1 in 10 documented cases of hyperparathyroidism are a result of hereditary factors. Disorders such as familial hyperparathyroidism, multiple endocrine neoplasia type 1 (MEN Type 1) and hyperparathyroidism-jaw tumor syndrome can, if left unchecked, result in OFC. MEN Type 1 is an autosomal dominant disorder and the most common hereditary form of hyperparathyroidism, affecting about 95% of genetic cases of OFC, and also tends to affect younger patients than other forms. Major mutations which can lead to hyperparathyroidism generally involve the parathyroid hormone receptor, G proteins, or adenylate cyclase. Certain genetic mutations have been linked to a higher rate of parathyroid carcinoma occurrence, specifically mutations to the gene HRPT2, which codes for the protein parafibromin.

- Parathyroid carcinoma

Parathyroid carcinoma (cancer of the parathyroid gland) is the rarest cause of OFC, accounting for about 0.5% of all cases of hyperparathyroidism. OFC onset by parathyroid carcinoma is difficult to diagnose.

- Renal complications

OFC is a common presentation of renal osteodystrophy, which is a term used to refer to the skeletal complications of end stage renal disease (ESRD). OFC occurs in approximately 50% of patients with ESRD. ESRD occurs when the kidneys fail to produce calcitriol, a form of Vitamin D, which assists in the absorption of calcium into the bones. When calcitriol levels decrease, parathyroid hormone levels increase, halting the storage of calcium, and instead triggering its removal from the bones.

Epidemiology

Osteitis fibrosa cystica has long been a rare disease. Today, it appears in only 2% of individuals diagnosed with primary hyperparathyroidism, which accounts for 90% of instances of the disease. Primary hyperparathyroidism is three times as common in individuals with diabetes mellitus.

Rates of OFC increase alongside cases of unchecked primary hyperparathyroidism. In developing countries, such as India, rates of disease as well as case reports often mirror those published in past decades in the developed world.

Pathophysiology

The effects of OFC on bone are largely dependent on the duration of the disease and the level of parathyroid hormone (PTH) produced. PTH is responsible for maintaining a homeostatic calcium concentration in the blood. It activates the parathyroid-hormone related protein receptor located on osteoblasts and osteocytes, both of which are responsible for the building and calcification of bone. Abnormalities affecting the parathyroid glands cause a surplus of PTH, which, in turn, increases the activity and frequency of osteoblasts and osteocytes. Increased PTH levels trigger the release of stored

calcium through the dissolution of old bone, as well as the conservation of serum calcium through a cessation in the production of new bone.

Generally, the first bones to be affected are the fingers, facial bones, ribs, and pelvis. Long bones, which are longer than they are wide, are also among the first affected. As the disease progresses, any bone may be affected.

Diagnosis

OFC may be diagnosed using a variety of techniques. Muscles in patients afflicted with OFC can either appear unaffected or "bulked up." If muscular symptoms appear upon the onset of hyperparathyroidism, they are generally sluggish contraction and relaxation of the muscles. Deviation of the trachea (a condition in which the trachea shifts from its position at the midline of the neck), in conjunction with other known symptoms of OFC can point to a diagnosis of parathyroid carcinoma.

Blood tests on patients with OFC generally show high levels of calcium (normal levels are considered to range between 8.5 and 10.2 mg/dL, parathyroid hormone (levels generally above 250 pg/mL, as opposed to the "normal" upper-range value of 65 pg/mL), and alkaline phosphatase (normal range is 20 to 140 IU/L).

X-rays may also be used to diagnose the disease. Usually, these X-rays will show extremely thin bones, which are often bowed or fractured. However, such symptoms are also associated with other bone diseases, such as osteopenia or osteoporosis. Generally, the first bones to show symptoms via X-ray are the fingers. Furthermore, brown tumors, especially when manifested on facial bones, can be misdiagnosed as cancerous. Radiographs distinctly show bone resorption and X-rays of the skull may depict an image often described as "ground glass" or "salt and pepper". Dental X-rays may also be abnormal.

The brown tumors commonly associated with OFC display many of the same characteristics of osteoclasts. These cells are characteristically benign, feature a dense, granular cytoplasm, and a nucleus that tends to be ovular in shape, enclosing comparatively fine chromatin. Nucleoli also tend to be smaller than average.

Medical

Medical management of OFC consists of Vitamin D treatment, generally alfacalcidol or calcitriol, delivered intravenously. Studies have shown that in cases of OFC caused by either end-stage renal disease or primary hyperparathyroidism, this method is successful not only in treating underlying hyperparathyroidism, but also in causing the regression of brown tumors and other symptoms of OFC.

Surgery

In especially severe cases of OFC, parathyroidectomy, or the full removal of the parathyroid glands, is the chosen route of treatment. Parathyroidectomy has been shown to result in the reversal of bone resorption and the complete regression of brown tumors. In situations where parathyroid carcinoma is present, surgery to remove the tumors has also led to the regression of hyperparathyroidism as well as the symptoms of OFC.

Bone transplants have proven successful in filling the lesions caused by OFC. A report showed that in 8 out of 11 instances where cavities caused by OFC were filled with transplanted bone, the lesion healed and the transplanted bone blended rapidly and seamlessly with the original bone.

Prognosis

Almost all who undergo parathyroidectomy experience increased bone density and repair of the skeleton within weeks. Additionally, patients with OFC who have undergone parathyroidectomy begin to show regression of brown tumors within six months. Following parathyroidectomy, hypocalcaemia is common. This results from a combination of suppressed parathyroid glands due to prolonged hypercalcaemia, as well as the need for calcium and phosphate in the mineralization of new bone.

Thirty percent of patients with OFC caused by parathyroid carcinoma who undergo surgery see a local recurrence of symptoms. The post-surgical survival rate hovers around seven years, while patients who do not undergo surgery have a survival rate of around five years.

6. MATERIALS FOR SELF-CHECKING:

A. Tasks for self-checking (the table, schemes, drawings, graphics):

1. Schemes of a radiological picture of tumor-like formations of jaws.
2. Photos of patients with tumor-like formations of jaws.

B. Tasks for self-checking:

1. Patient, 22 years, have a thickening of both zygomatic bones and a chin, low of nose bridges. Appearance of the person reminds "a lion's muzzle". The hyperostosis and thickening, and a curvature of bones of a skeleton is observed.

What disease can be suspected at the patient? -

(Answer: Paget's disease)

2. The patient, 20 years, addressed with complaints to pain in teeth of the lower jaw, its swelling, deformation of the face. Objectively: jaw swelling without serious consequences, densely, is hilly, soft tissues aren't changed. Opening of a mouth freely, submaxillar lymphatic nodes aren't palpated.

What disease can be suspected at the patient?

(Answer: Fibrous osteodisplasia of the lower jaw)

3. At the patient, 18 years, the following clinical picture is revealed: the face has a square form at the expense of increase on sites of corners of the lower jaw, periodic pains in a site of corners of a jaw. On the roentgenogram - little hinge structure of a bone of the lower jaw on sites of their corners. Deformation is observed from the moment of the birth, pains appeared about 6 months ago.

What diagnosis?.

(Answer: Cherubism)

C. Materials for test control. Test tasks with the one right answer ($n=2$):

1. At a fibrous displasia are surprised:

- A. Face bones and brain skull.
- B. Only face bones .
- C. Only brain skull.
- D. Only jaws.
- E. Tooth rudiments.

(Right answer: A)

2. What main signs of a fibrous displasia?

- A. Unilateral bone growths in a brain and facial skull.
- B. Bone growths in a brain and facial skull always two-extraneous and symmetric.
- C. Bones of middle-face are surprised mainly.
- D. More often - a corner of the bottom jaw.
- E. Bone growths are always accompanied by a painful symptom.

(Right answer: B)

3. At a Paget's illness are surprised:

- A. Mainly tubular bones.
- B. Mainly flat bones.
- C. Diaphysis parts of tubular bones.
- D. Only face bones.
- E. Only bones brain skull.

(Right answer: B)

D. Educational problems of the 3rd level (atypical tasks):

1. At the patient, 18 years, the following clinical picture is revealed: the person has a square form at the expense of increase on sites of corners of the bottom jaw, periodic pains in a site of corners of a jaw. On the roentgenogram - small loop structure of a bone of the bottom jaw on sites of their corners. Deformation is observed from the moment of the birth, pains appeared about 6 months ago. The diagnosis a cherubism is established.

What method of treatment is necessary for applying?

(Answer: Doesn't demand treatment, except the persevering requirement of the patient.).

2. At the patient, 34 years, the diagnosis Engle-Reklinkhauzen's illness is established.

Compatibly with what expert it is necessary to carry out treatment and dispensary supervision?

(Answer: Endocrinologist.).

3. At the patient, 59 years, the Paget's illness in a late stage with symptoms of violation of speech, decrease in intelligence, sharp headaches is revealed.

With what this semiology is connected.

(Answer: Deformation of bones of a brain skull and gradual squeezing of a brain.).

7. Literature:

7.1. Basic literature:

1. Skikevich M. G., Aveticov D. S. The basics of stomatology. Poltava. – 2012, 176 p.
2. Neville BW, Damm DD, Allen CM, et al. Oral & maxillofacial pathology. 2nd ed. Phila., PA: Saunders; 2002; 337–369.

7.2. Additional literature

1. Marck PA, Kudryk WH. Cherubism. J Otolaryngol 1992;21:84–87
2. Yamaguchi T, Dorfman HD, Eisig S. Cherubism: clinicopathologic features. Skeletal Radiol 1999 ;28:350–353
3. Reddy SV et al. Paget's disease of bone: a disease of the osteoclast. Rev Endocr Metab Disord 2001;2:195-201
4. Reséndiz-Colosia, Jaime Alonso; Rodríguez-Cuevas, Sergio Arturo; Flores-Díaz, Rutilio; Juan, Martín Hernández-San; Gallegos-Hernández, José Francisco; Barroso-Bravo, Sinhué; Gómez-Acosta, Fernando (2008). "Evolution of maxillofacial brown tumors after parathyroidectomy in primary hyperparathyroidism". Head & Neck 30 (11): 1497–504. doi:10.1002/hed.20905.
5. Roychoudhury A, Shah N, Parkash H, Mukhopadhyay S, Chopra P: Eosinophilic granuloma of the jaws. British Journal of Oral and Maxillofacial Surg 36:380-383,1998
6. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE: Oral and Maxillofacial Pathology . Philadelphia, WB Saunders, 1995, p451-3

**Ministry of health Ukraine
Higher state educational establishment of Ukraine
«Ukrainian medical stomatological academy»**

It is «ratified»
at meeting of chair of surgical stomatology
and maxillofacial surgery with plastic and
reconstructive surgery of the head and neck

The Head of the chair

doctor of medicine Aveticov D. S.



**METHODICAL INSTRUCTION
FOR INDEPENDENT WORK OF STUDENTS DURING PREPARATION FOR PRACTICAL
(SEMINAR) LESSON**

Names of the discipline	Surgical stomatology
Module №	3
Thematic module №	3
Theme of lesson	Tumors and tumor-like formations of embryonic origin: branchial, thyroglossal cysts and fistulas of face and neck, teratoma, branchiogenic cancer. Clinic, diagnosis, differential diagnosis, treatment.
Course	IV
Faculty	Stomatological

1. SUBJECT URGENCY.

Congenital cysts and fistulas of face and neck are widespread enough pathologies of maxillofacial region which are often met with men and women of different age. This group of diseases has different clinical displays and demands the detailed knowledge of future doctors of questions of etiology, clinic, diagnostics and treatment of such diseases.

2. SPECIFIC GOALS:

- 2.1. To analyze the clinical displays of congenital cysts and fistulas of face.
- 2.2. To explain the etiologic and nosotropic factors of development of congenital cysts and fistulas of face and neck.
- 2.3. To offer the plan of examination of patient with the diagnosis of congenital cysts and fistulas of face and neck.
- 2.4. To classify congenital cysts and fistulas of face and neck.
- 2.5. To interpret principles of diagnostics and treatment of congenital cysts and fistulas of face and neck.
- 2.6. To draw the graphology chart of lesson.
- 2.7. To analyze the results of laboratory and instrumental investigation.
- 2.8. To diagrammatize treatment of patients with congenital cysts and fistulas of face and neck.

3. BASIC LEVEL OF PREPARATION.

Names of previous disciplines	Obtained skills
1. Normal anatomy.	To know a structure of maxillofacial region.
2. Histology and embryology.	To know the histological structure of tissues and organs of maxillofacial region, their embryogeny.
3. Pathological anatomy.	To describe the histological picture of congenital cysts and fistulas of face and neck.
4. Pathological physiology.	To interpret etiology and pathogenesis of tumors and tumor-like formations.
5. Topographical anatomy and operative surgery.	To understand a topographical anatomy of maxillofacial region. Principles of operative accesses to the different areas of maxillofacial region.
6. Propaedeutics of internal illnesses.	To able to diagrammatize scheme of supervision of patient.
7. General oncology.	To know principles of diagnostics, treatment and prophylaxis of oncologic diseases.

4. TASKS FOR INDEPENDENT WORK DURING PREPARATION FOR LESSON.

4.1. The list of the main terms, parameters, characteristics which the student should know during preparation for lesson:

Term	Definition
1. Biopsy.	Surgical removal of tissue specimen from living organism for histological research.
2. Autopsy.	A postmortem surgical removal of tissue specimen for histological research.
3. Aspiration or needle biopsy.	A taking of material from lesion for histological research by needle with large diameter.
4. Incisional biopsy	A taking of material for histological research by excision of piece of tumor on border of healthy tissues.

4.2. Theoretical questions for lesson:

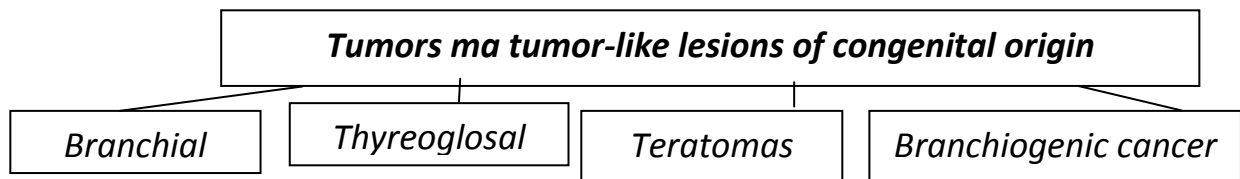
1. Anatomy of maxillofacial region.
2. Embryogenesis of tissues and organs of maxillofacial region.

3. Theories of origin of congenital cysts and fistulas of face and neck.
4. Histological and clinical classifications of congenital cysts and fistulas of face and neck.
5. Clinical picture of congenital cysts and fistulas of face and neck.
6. Diagnostics and differential diagnostics of congenital cysts and fistulas of face and neck.
7. Methods of treatment of congenital cysts and fistulas of face and neck.
8. Prognosis and complication at treatment of congenital cysts and fistulas of face and neck.

4.3. Practical works (tasks) which are carried out on lesson:

1. To conduct palpation of tumors and tumor-like formations of maxillofacial region.
2. To conduct diagnostic puncture.

**5. ORGANIZATION OF THE MAINTENANCE OF THE TRAINING MATERIAL.
CONTENTS OF THEME:**



Dermoid and epidermoid cysts

Dermoid and epidermoid cysts are uncommon developmental cysts, occurring in the midline of the floor of the mouth, they are believed to arise from enclavement of epithelium in the midline as the result of fusion of the mandibular and hyoid branchial arches.

Clinical features

Common age: It may occur at birth or may not appear until later on.

Common site: Midline of floor of the mouth, above or below the mylohyoid muscles.

Clinically dermoid and epidermoid cysts appear as painless slowly growing, soft and doughy on palpation, because of keratin and sebum in the lumen. When occurs above the mylohyoid muscle, it displaces the tongue upwards leading to difficulty in speech and mastication, when occurs below mylohyoid muscles it produces double chin appearance.

Histopatological features

Microscopically the dermoid and epidermoid cysts are lined by stratified squamous epithelium, supported by a fibrous connective tissue wall. The lumen may contain keratin debris.

To be designated or identified as dermoid cyst, numerous secondary skin structures or appendages, including hair follicle, sebaceous glands, sweat glands; erector pili muscles and occasionally teeth, must be found in the cyst.

Treatment

Surgical excision, commonly from intraoral approach, with little risk of recurrence.

Lymphoepithelial cyst (Branchial cyst)

Lymphoepithelial cyst is a developmental cyst.

It is of controversial origin:

- In earlier time it was thought to arise from incomplete obliteration of the branchial cleft with epithelial remnants undergoing cystic changes, hence branchial cyst.
- Current theory suggests an entrapment of epithelium probably of salivary gland origin in the cervical lymph node during embryogenesis, undergo cystic changes, hence lymphoepithelial cyst.

Clinical features

Common age: Late child hood or young adult hood.

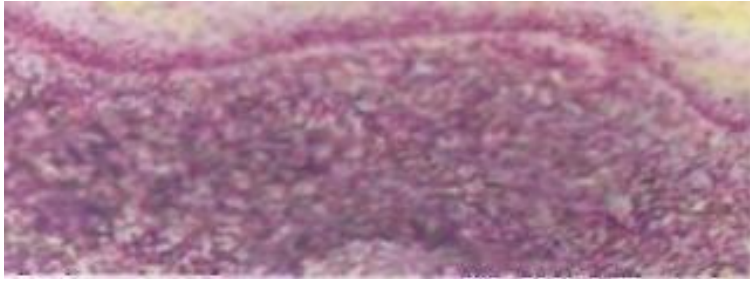
Common site: Anterior border of the sternomastoid muscle al the level of the mandible.

Common site: Intraorally floor of the mouth and tongue, (less common).

Clinically lymphoepithelial cyst appears as asymptomatic slowly growing rounded swelling. Drainage may occur through small opening along anterior margin of sternomastoid muscles.

Histopathological features

Microscopically the epithelial lining of the lymphoepithelial cyst is stratified squamous epithelium, pseudo-stratified columnar epithelium or both. The connective tissue wall contains lymphoid aggregates.



Lymphoepithelial cyst, stratified squamous epithelium with lymphoid aggregates

Differential diagnosis:

The differential diagnosis of lymphoepithelial cyst may include:

- 1- Cervical lymphadenitis
- 2- Lymphangioma
- 3- Skin inclusion cyst
- 4- Parotid gland tumor.
- 5- Laterally displaced thyroglossal tract cyst
- 6- Deimoid and epidermoid cyst

Treatment

Surgical excision

Thyroglossal tract cyst

Thyroglossal tract cyst is the most common developmental cyst of the neck. The origin of this cyst is the proliferation and cystic degeneration of the epithelial remnants of the embryonic thyroglossal tract after formation of the thyroid gland, at any points along its line of descent.

Clinical features:

Common age: Younger person.

Common site: Midline of the neck and below the hyoid bone, rarely occurs in the floor of the mouth, or beneath the foramen caecum.

Clinically thyroglossal tract cyst appears as soft, movable swelling, gradually enlarge, asymptomatic unless gets infected, giving rise to fistula formation. Thyroglossal tract cyst usually few centimeter in diameter, typically moves up during swallowing or protrusion of the tongue. When it occurs in the floor of the mouth it may lead to dysphonia or dyspnea.

Histopathological features

The thyroglossal tract cyst that occurs above the level of the hyoid bone is often lined by stratified squamous epithelium. The thyroglossal tract cyst that occurs below the level of the hyoid bone is lined by ciliated or columnar type epithelium. A single cyst may show different type of epithelium from area to another. The connective tissue wall may contain small areas of thyroid tissues, lymphoid tissues and mucous glands. Malignant transformation may occur in the form of papillary adenocarcinoma.

Differential Diagnosis

The differential diagnosis of the thyroglossal tract cyst includes:

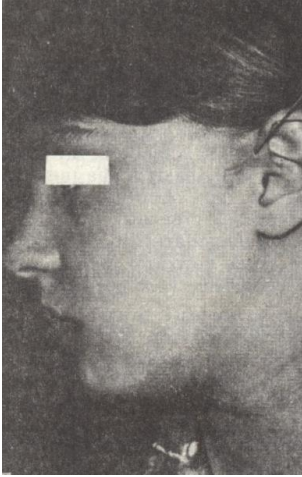
- 1- Dermoid cyst
- 2- Lymphoepithelial cyst
- 3- Sebaceous cyst
- 4- Thyroid neoplasm

Treatment

Complete surgical excision. The central portion of the hyoid bone is recommended to be removed to eliminate any residual.

6. MATERIALS FOR SELF-CHECKING:

A. To study the following questions:



Branchial fistula in a parotid area.



Lateral cyst of neck.



Thyreoglosal fistula.

B. Test tasks for self checking:

1. Patient, 45 years old, at puncture of tumor-like formation at the left side of neck, like bacon mass with an unpleasant smell is got.
What disease does take place in this case?
(Answer: dermatoid cyst of neck).
2. Patient, 30 years, foramen to 1 mm in a diameter was found out on the area of ear, maceration of skin round it. At palpation a transparent mucus secret is allocated from it. At probing there is a depth to 5 cm.
What disease does take place in this case?
(Answer: lateral fistula of neck.).
3. Patient, 36 years old, a cyst with liquid content and thin membrane was found out. After a cytological investigation a final diagnosis: a lateral cyst of neck.

What treatment is indicated in this case?

(Answer: surgical treatment: there is cutting of skin above a cyst on an anterior margo of a sternocleidomastoid muscle).

C. Materials for test control. Test tasks with single right answer ($\alpha=2$):

1. What sources of origin of dermoid cysts of face and of mouth floor:

- A. Tongue, thyroid channels, ectopic salivary and mucosa glands.
- B. Area of ectoderm.
- C. Ectopic salivary glands and tailings of branchial apparatus.
- D. Epithelium of aberrant thymic gland.
- E. Non-obliterating thymus-pharyngeal channel.

(Right answer: B)

2. What sources of origin of middle cysts and fistulas:

- A. Tongue, thyroid channels, ectopic salivary and mucosa glands.
- B. Area of ectoderm.
- C. Ectopic salivary glands and tailings of branchial apparatus.
- D. Epithelium of aberrant thymic gland.
- E. Non-obliterating thymus-pharyngeal channel.

(Right answer: A)

3. What source of origin of lateral cysts of parotid area and neck?

- A. Tongue, thyroid channels, ectopic salivary and mucosa glands.
- B. Area of ectoderm.
- C. Ectopic salivary glands and tailings of branchial apparatus.
- D. Epithelium of aberrant thymic gland.
- E. Non-obliterating thymus-pharyngeal channel.

(Right answer: C)

D. Educational tasks of 3th levels (atypical tasks):

1. At histological research of turbid liquid of yellow color oxyphilic fine-grained mass with the elements of multi-layered flat epithelium with the far of lymphocytes is determined.

Set a necessary diagnosis.

(Answer: lateral cyst of neck).

2. At the examination of new-born child on the skin of lateral side of neck according to the anterior margo of a sternocleidomastoid muscle granulations covered wet crusts are determined, there are polychromia and maceration of skin round granulation, which the negligible quantity of rather yellow viscous liquid is constantly selected from.

Set a necessary diagnosis.

(Answer: lateral fistula of neck).

3. At the review of patient K., 40 years, painless new formation of the rounded form was determined. Neoplasm is located on middle third of neck ahead a sternocleidomastoid muscle, it is not soldered with a skin. Especially it well marked off at the turn of patient's head in an opposite side.

Set a previous diagnosis.

(Answer: lateral cyst of neck).

7. Literature:

7.1. Basic literature:

- 1. Wray D. General and oral surgery / D. Wray, D. Stenhouse, D. Lee, A. Clark. – Edinburg, London, New York, Philadelphia, Sydney, Toronto: Churchill Livingstone, 2003. – 336 p.
- 2. Miloro M. Peterson's Principles of Oral and Maxillofacial Surgery / M. Miloro, G.E. Ghali, P.E. Larsen, P.D. Waite. – Hamilton, London, Ontario: BC Decker Inc, 2004. – 1461p.
- 3. Moore U.J. Principles of Oral and Maxillofacial Surgery / U.J. Moore. – Blacwell Science, 2005. – 273p.
- 4. Coulthard P. Master Dentistry / P. Coulthard, K. Horner, Ph. Sloan, D.E. Theader. – Edinburg, London, New York, Philadelphia, Sydney, Toronto: Churchill Livingstone, 2003. – 251 p.
- 5. Pedlar J. Oral and Maxillofacial Surgery / J. Pedlar, J. Frame. – Edinburg, London, New York, Philadelphia, Sydney, Toronto: Churchill Livingstone, 2003. – 325 p.
- 6. Fradiskos D. Fradiiskos. Oral Surgery / Fradiskos D. Fradiiskos. – Springer, 2005. – 365 p.

7. Skikevich M.G. Benign tumors and tumor-like formations of maxilla-facial region / M.G. Skikevich, V.N. Gavrilyev. – Poltava: ASMI, 2008. – 132 p.

7.2. Additional literature:

1. Mitchell D. An Introduction to Oral and Maxillofacial Surgery / D. Mitchell. – Oxford University Press, Jan, 2006. – 356 p.

2. Skikevich M.G. The basics of stomatology / M.G. Skikevich, D.S. Aveticov. – Poltava. – ASMI, 2012. – 176 p.

3. Tkachenko P.I. Propaedeutics of surgical stomatology and inflammatory diseases of maxillofacial region / P.I. Tkachenko, A.I. Pan'kevich, K.Yu. Rezvina. – Poltava. – ASMI, 201. – 283 p.

**Ministry of health Ukraine
Higher state educational establishment of Ukraine
«Ukrainian medical stomatological academy»**

It is «ratified»
at meeting of chair of surgical stomatology
and maxillofacial surgery with plastic and
reconstructive surgery of the head and neck

The Head of the chair

doctor of medicine Aveticov D. S.



**METHODICAL INSTRUCTION
FOR INDEPENDENT WORK OF STUDENTS DURING PREPARATION FOR PRACTICAL
(SEMINAR) LESSON**

Names of the discipline	Surgical stomatology
Module №	3
Thematic module №	3
Theme of lesson	Malignant tumors of salivary glands: histological structure, clinical forms, differential diagnostics, complications and prevention.
Course	IV
Faculty	Stomatological

1. SUBJECT URGENCY.

Knowledge of bases of diagnostics and treatment of tumors are necessary for the doctor of any profession. It is predetermined by distribution of tumoral pathology in the modern world. As a cause of death malignant tumors take the second place after cardiovascular diseases. In recent years continuous growth of frequency of incidence on a cancer in all regions of the world is observed. Oncological pathology of salivary glands isn't an exception. To that, future doctor owes kennels informed with the reasons of malignant new growths, to know about communication between emergence of tumors and pollution of the environment and addictions. Necessary understanding of carcinogenesis without what it is impossible to prove application both preventive measures, and treatment methods. Efficiency of treatment of malignant tumors completely depends on diagnostics condition. Only early diagnostics of tumors can provide a reliable treats them.

2. SPECIFIC GOALS:

- 2.1. To analyze incidence and epidemiology of a cancer of salivary glands.
- 2.2. To explain signs malignancy good-quality tumors of salivary glands.
- 2.3. To offer methods of inspection of the patient with malignant tumors of salivary glands.
- 2.4. To classify oncological diseases of salivary glands.
- 2.5. To treat histological classification of tumors of salivary glands.
- 2.6. To draw the scheme of differential diagnostics of malignant new growths of salivary glands.
- 2.7. To analyze the conclusion of additional methods of inspection of the patient with malignant tumors of salivary glands.
- 2.8. To combine the plan of treatment of the patient with malignant tumors of salivary glands.

3. BASIC LEVEL OF PREPARATION.

Names of the previous disciplines	The received skills
1. Human anatomy.	To know an anatomic structure of salivary glands, lymphatic system of the chairman and a neck.
2. Topographical anatomy and operative surgery.	To know topographical anatomy of big and small salivary glands of lymph nodes of the person and a neck. To represent schematically methods of operative interventions at malignant new growths of salivary glands.
3. Histology.	To know a histological structure of salivary glands.
4. Internal diseases.	To know a histological structure of malignant new growths of salivary glands.
5. Internal diseases.	To be able: to survey the patient, to describe patient's records, to combine the inspection and treatment plan, to diagnose.
6. Propaedeutics of surgical stomatology.	To own methods of additional inspections: cytological structure, biopsy, contrast roentgenogram.
7. Beam diagnostics and beam therapy.	To apply different methods of beam diagnostics to diagnosis specification. To apply methods of beam therapy to treatment.
8. General surgery.	To own methods and ways of an asepsis and antiseptics (processing of an operational field, processing of hands of the surgeon, preparation of the patient for operation, etc.).
9. Pharmacology.	To own skills of purpose of chemotherapy.

4. TASKS FOR INDEPENDENT WORK DURING PREPARATION FOR LESSON.

4.1. The list of the main terms, parameters, characteristics which the student should know during preparation for lesson:

Term	Definition
1. Cancer.	Malignant new growth from epithelial tissue.
2. Sarcoma.	Malignant new growth from the connected tissues.
3. Ablastika.	Surgical principles of prevention of recurrence and malignancy of a malignant tumor which consist in its removal by the block with ways an outflow lymph within healthy tissues.
4. Biopsy.	The piece of a tissue is removed from the pathological center

	for morphological research.
5. Cytology.	Science about studying of cages of the pathological center.
6. Chemotherapy.	

4.2. Theoretical questions to lesson:

1. Epidemiology of tumors of salivary glands.
2. International histological classification of tumors of salivary glands.
3. Signs of malignancy of polymorphic adenoma.
4. Methods of investigation of patients with malignant tumors of salivary glands.
5. Clinical symptoms of malignant tumors of salivary glands.
6. Differential diagnostics of malignant tumors of salivary glands.
7. Principles of treatment of patients with malignant tumors of salivary glands.
8. What is the combined treatment of patients with malignant tumors of salivary glands.
9. What is the complex treatment of patients with malignant tumors of salivary glands.
10. What methods of beam therapy apply at treatment of malignant new growths of salivary glands?
11. What operative methods apply at treatment of malignant new growths of parotid salivary gland?
12. What operative methods apply at treatment of malignant new growths of submaxillary salivary gland?
13. What chemical therapeutic preparations apply at the complex or combined treatment of malignant new growths of salivary glands?
14. Principles of treatment of patients with the started stages of an illness.
15. Rehabilitation of patients after the combined and complex treatment.

4.3. Practical works (task) which are carried at the lesson:

1. To survey the patient with a malignant tumor of salivary gland.
2. To describe patient's records of the patient with a malignant new growth of salivary gland.
3. To combine the plan of inspection of the patient with a malignant new growth of salivary gland.
4. To take a material for cytological research of a tumor by different ways.
5. To take a material for histological research tumors (biopsy) in the different ways.
6. To carry out a contrast X-ray of salivary glands.
7. To prove clinical the diagnosis and to combine the plan of treatment of the patient with malignant new growths of salivary glands depending on a stage of a disease and a histological structure of a tumor.
8. To appoint chemotherapeutic means at treatment of malignant new growths of salivary glands.

5. ORGANIZATION OF THE MAINTENANCE OF THE TRAINING MATERIAL.

Neoplasms that arise in the salivary glands are relatively rare, yet they represent a wide variety of both benign and malignant histologic subtypes as seen in the image below. Although researchers have learned much from the study of this diverse group of tumors over the years, the diagnosis and treatment of salivary gland neoplasms remain complex and challenging problems for the head and neck surgeon.

Salivary gland neoplasms make up 6% of all head and neck tumors.^[1] The incidence of salivary gland neoplasms as a whole is approximately 1.5 cases per 100,000 individuals.

Salivary gland neoplasms most commonly appear in the sixth decade of life. Patients with malignant lesions typically present after age 60 years, whereas those with benign lesions usually present when older than 40 years. Benign neoplasms occur more frequently in women than in men, but malignant tumors are distributed equally between the sexes.

The salivary glands are divided into 2 groups: the major salivary glands and the minor salivary glands. The major salivary glands consist of the following 3 pairs of glands: the parotid glands, the submandibular glands, and the sublingual glands. The minor salivary glands comprise 600-1000 small glands distributed throughout the upper aerodigestive tract.

Among salivary gland neoplasms, 80% arise in the parotid glands, 10-15% arise in the submandibular glands, and the remainder arise in the sublingual and minor salivary glands.

Most series report that about 80% of parotid neoplasms are benign, with the relative proportion of malignancy increasing in the smaller glands. A useful rule of thumb is the 25/50/75 rule. That is, as the size of the gland decreases, the incidence of malignancy of a tumor in the gland increases in approximately these proportions. The most common tumor of the parotid gland is the pleomorphic adenoma, which represents about 60% of all parotid neoplasms.

Diagnosis

Evaluation of a patient with a suspected parotid gland malignancy must begin with a thorough medical history and physical examination.

The most common presentation is a painless, asymptomatic mass; >80% of patients present because of a mass in the posterior cheek region. Approximately 30% of patients describe pain associated with the mass, though most parotid malignancies are painless. Pain most likely indicates perineural invasion, which greatly increases the likelihood of malignancy in a patient with a parotid mass.

Of patients with malignant parotid tumors, 7-20% present with facial nerve weakness or paralysis, which almost never accompanies benign lesions and indicates a poor prognosis. Approximately 80% of patients with facial nerve paralysis have nodal metastasis at the time of diagnosis. These patients have an average survival of 2.7 years and a 10-year survival of 14-26%.

Other important aspects of the history include length of time the mass has been present and history of prior cutaneous lesion or parotid lesion excision. Slow-growing masses of long-standing duration tend to be benign. A history of prior squamous cell carcinoma, malignant melanoma, or malignant fibrous histiocytoma suggests intraglandular metastasis or metastasis to parotid lymph nodes. Prior parotid tumor most likely indicates a recurrence because of inadequate initial resection.

Trismus often indicates advanced disease with extension into the masticatory muscles or, less commonly, invasion of the temporomandibular joint. Dysphagia or a sensation of a foreign body in the oropharynx indicates a tumor of the deep lobe of the gland. A report of ear pain may indicate extension of the tumor into the auditory canal. The presence of numbness in the distribution of the second or third divisions of the trigeminal nerve often indicates neural invasion.

Physical examination of the head and neck must be thorough and complete. The entire head and neck must be examined for cutaneous lesions, which may represent malignancies that could metastasize to the parotid gland or parotid nodes.

- Palpation of the mass should determine the degree of firmness. Even benign tumors are usually firm, but a rock-hard mass generally denotes malignancy.
- Skin fixation, skin ulceration, or fixation to adjacent structures also indicates malignancy. The external auditory canal must be visualized for tumor extension.
- All regional nodes must be carefully palpated to detect nodal metastasis. Examination of the oral cavity and oropharynx also may yield further evidence of metastasis or malignant nature of the lesion.
- Blood or pus from the Stenson duct is a sign of malignancy but is infrequently encountered. More often, one may see bulging of the lateral pharyngeal wall or soft palate, indicating tumor in the deep lobe of the gland.
- Bimanual palpation with one finger against the lateral pharyngeal wall and the other against the external neck may confirm extent into the tonsillar fossa and soft palate.

Once a thorough history and physical examination are complete, perform diagnostic procedures to confirm the diagnosis and extent of the disease process.

Fine needle aspiration

- Fine needle aspiration of the mass or an enlarged lymph node may be performed to obtain a tissue diagnosis.^[1] Most surgeons recommend excision of a parotid mass whether it is benign or malignant unless a patient's comorbidity precludes safe surgery. As such, many surgeons do not routinely perform cytology before proceeding with surgery.
- The sensitivity of this procedure is greater than 95% in experienced hands. However, only a positive diagnosis should be accepted; negative results indicate the need for further attempts at obtaining a histologic diagnosis, including repeat fine needle aspiration.
- The results of the fine needle aspiration provide a histologic diagnosis and assist in preoperative planning and patient counseling. It may not distinguish benign from malignant epithelial lesions because malignancy of parotid epithelial cells is related to the behavior of the tumor cells in relation to tissue planes and surrounding structures rather than cellular architecture, which may be rather normal even in malignancy. Therefore, nonepithelial lesions may be diagnosed with accuracy, but epithelial lesions may require further investigation.
- If fine needle aspiration is unsuccessful in obtaining a diagnosis, an incisional biopsy should not be performed. This procedure has a high rate of local recurrence and places the facial nerve at risk for injury from inadequate visualization.
- Some authors advocate large core needle biopsies, but this procedure is less popular because of potential facial nerve injury and the possibility of seeding the needle tract with tumor cells.

- If a core biopsy is performed, the needle should be inserted so that the tract may be excised during the definitive operation. When all attempts at obtaining a histologic diagnosis have failed, operative exploration should proceed after appropriate imaging studies have been obtained.

- Intraoperatively, a frozen section of the specimen should be submitted for diagnosis. The use of frozen sections has demonstrated greater than 93% accuracy in the diagnosis of parotid malignancy.

Imaging studies

- Imaging studies may be helpful in staging and for surgical planning.
- Sialography may help differentiate inflammatory versus neoplastic processes, but this test is infrequently performed and is of limited value in the evaluation of parotid masses. It is mentioned herein for historic interest only.

- Sonography may be very useful. Benign lesions are of lower density and have smaller caliber blood vessels. However, determination of a cystic component may be misleading, because cystic degeneration may occur as a result of necrosis at the avascular center of a malignancy.

- CT scan and MRI can be valuable for evaluation of parotid malignancies. CT scanning provides better detail of the surrounding tissues, whereas MRI demonstrates the mass in greater contrast than a CT scan.

- These imaging studies may identify regional lymph node involvement or extension of the tumor into the deep lobe or parapharyngeal space. CT scan criteria for lymph node metastasis include any lymph node larger than 1-1.5 cm in greatest diameter, multiple enlarged nodes, and nodes displaying central necrosis.

- Lymph nodes harboring metastasis also may appear round rather than the normal kidney bean shape, and evidence of extracapsular extension may be identified.

Mucoepidermoid carcinoma

- Mucoepidermoid carcinoma is the most common malignant tumor of the parotid gland, accounting for 30% of parotid malignancies.

- Three cell types are found in varying proportions: mucous, intermediate, and epidermoid cells. High-grade tumors exhibit cytologic atypia, higher mitotic frequency, areas of necrosis and more epidermoid cells. High-grade tumors behave like a squamous cell carcinoma; low-grade tumors often behave similar to a benign lesion.

- Limited local invasiveness and low metastatic potential characterize this tumor, particularly when cytologically low-grade. If metastatic, it is most likely to metastasize to regional nodal basins rather than to distant locations.

- For patients with low-grade tumors without nodal or distant metastasis, 5-year survival is 75-95%, whereas patients with high-grade tumors with lymph node metastasis at the time of diagnosis have a 5-year survival of only 5%. Overall 10-year survival is 50%.

- Differential diagnosis includes chronic sialoadenitis, necrotizing sialometaplasia, and other carcinomas.

- An association has been reported between mucoepidermoid carcinoma and myasthenia gravis.

Adenoid cystic carcinoma

- The adenoid cystic carcinoma is characterized by its unpredictable behavior and propensity to spread along nerves. It possesses a highly invasive quality but may remain quiescent for a long time.

- This tumor may be present for more than 10 years and demonstrate little change and then suddenly infiltrate the adjacent tissues extensively.

- The tumor has an affinity for growth along perineural planes and may demonstrate skip lesions along involved nerves. Clear margins do not necessarily mean that the tumor has been eradicated.

- Metastasis is more common to distant sites than to regional nodes; lung metastases are most frequent. This tumor has the highest incidence of distant metastasis, occurring in 30-50% of patients.

- Three histologic types have been identified: cribose, tubular, and solid. The solid form has the worst prognosis; the cribose pattern possesses the most benign behavior and best prognosis. This tumor requires aggressive initial resection. Overall 5-year survival is 35%, and 10-year survival is approximately 20%.

Malignant mixed tumors

- Malignant mixed tumors arise most commonly as a focus of malignant degeneration within a preexisting benign pleomorphic adenoma (carcinoma **ex** pleomorphic adenoma).
- These tumors also may develop de novo (carcinosarcoma). The longer pleomorphic adenoma has been present, the greater the chance of carcinomatous degeneration.
- Carcinosarcomas, true malignant mixed tumors, are rare. Overall 5-year survival is 56%, and 10-year survival is 31%.

Acinic cell carcinoma

- Acinic cell carcinoma is an intermediate-grade malignancy with low malignant potential. This tumor may be bilateral or multicentric and is usually solid, rarely cystic.
- Although this tumor rarely metastasizes, occasional late distant metastases have been observed. This tumor also may spread along perineural planes. Overall 5-year survival is 82%, and 10-year survival is 68%.

Adenocarcinoma

- Adenocarcinoma of the parotid develops from the secretory element of the gland. This is an aggressive lesion with potential for both local lymphatic and distant metastases.
- Approximately 33% of patients have nodal or distant metastasis present at the time of initial diagnosis. Overall 5-year survival is 19-75%, as it is highly variable and related to grade and stage at presentation.

Primary squamous cell carcinoma

- Primary squamous cell carcinoma of the parotid is rare, and metastasis from other sites must be excluded.
- Overall 5-year survival is 21-55%, and 10-year survival is 10-15%.

Sebaceous carcinoma

- Sebaceous carcinoma is a rare parotid malignancy that often presents as a painful mass.
- It commonly involves the overlying skin.

Salivary duct carcinoma

- Salivary duct carcinoma is a rare and highly aggressive tumor.
- Small cell carcinoma exists as 2 types. The ductal cell origin type is mostly benign and rarely metastasizes. The neuroendocrine origin type is often aggressive and has higher metastatic potential.

Lymphoma

- The parotid gland also may be the site of occurrence of lymphoma, most commonly in elderly males. This is also observed in approximately 5-10% of patients with Warthin tumor of the parotid gland, a benign neoplasm.
- The entire parotid is typically enlarged with a rubbery consistency on palpation. Often, regional nodes also are enlarged. Biopsy of enlarged regional nodes avoids unnecessary parotid surgery, as the definitive treatment consists of chemotherapy or radiation therapy.

Malignant fibrohistiocytoma

- Malignant fibrohistiocytoma is very rare in the parotid gland. It presents as a slow growing and painless mass.
- Fine needle aspiration and imaging could confuse them with other kinds of parotid tumors; therefore, definite diagnosis should be based on immunohistochemical analysis of the resected tumor.
- The tumor should be completely resected.

Parotid metastasis from other sites

- The parotid also may be the site of metastasis from cutaneous, renal, lung, breast, prostate, or GI tract malignancies.
-

Surgical resection procedure

The most important initial step is identification of the facial nerve and its course through the substance of the parotid gland. In order to preserve the facial nerve, it is important to try to determine the proximity of the nerve to the capsule of the tumor prior to surgery. Results of a retrospective review showed that malignant tumors were likely to have a positive facial nerve margin. Virtually all surgeons

avoid using paralytic agents, and, to assist finding the nerve, many surgeons use a nerve stimulator. Increasingly, surgeons are using intraoperative continuous facial nerve monitoring any time a parotidectomy is performed. This is not usually necessary in the primary setting, but recurrent resections may be very difficult and probably should be performed using this device.

- Ideally, the dissection of the facial nerve should be performed without disturbing or violating the tumor. The facial nerve may be found exiting the stylomastoid foramen by reflecting the parotid gland anteriorly and the sternocleidomastoid muscle posteriorly. Landmarks include the digastric ridge and the tympanomastoid suture. Knowledge of the relationships among these structures allows more efficient and reproducible identification of the nerve.

- The cartilaginous external auditory canal lies approximately 5 mm superior to the facial nerve in this region. The facial nerve is also anterior to the posterior belly of the digastric muscle and external to the styloid process.

- A second technique for locating the facial nerve is to identify a distal branch of the nerve and to dissect retrograde toward the main trunk. This technique may be more difficult depending on the ease of identifying the branching pattern. To perform this maneuver, the buccal branch may be found just superior to the parotid duct, or the marginal mandibular branch may be found crossing over (superficial to) the facial vessels. These may then be traced back to the origins of the main facial nerve trunks.

- A final way of identifying the nerve in particularly difficult situations is to drill the mastoid and to locate the nerve within the temporal bone. It may then be followed through the stylomastoid foramen antegrade towards the parotid.

- Once these have been identified, the superficial lobe of the parotid gland may be removed en bloc and sent to the pathology laboratory.

- If the immediate intraoperative pathologic examination reveals that the tumor is actually high-grade or >4 cm in greatest diameter, or lymph node metastasis is identified within the specimen, a complete total parotidectomy should be performed.

- If the facial nerve or its branches are adherent to or directly involved by the tumor, they must be sacrificed. However, a pathologic diagnosis of malignancy must be confirmed intraoperatively prior to sacrificing facial nerve branches.

- All involved local structures should be resected in continuity with the tumor. This may include skin, masseter, mandible, temporalis, zygomatic arch, or temporal bone.

- Tumors of the deep lobe are treated by total parotidectomy. Identification of the facial nerves and branches is the first and most crucial step.

- Total parotidectomy is then performed en bloc, and the fate of the facial nerve and surrounding local structures must be decided similar to superficial lobe tumors. The specimen should be sent to the pathology laboratory for immediate examination.

- Neck dissection should be performed when malignancy is detected in the lymph nodes pre- or intraoperatively.

- Other indications for functional neck dissection include tumors >4 cm in greatest diameter, tumors that are high-grade, tumors that have invaded local structures, recurrent tumors when no neck dissection was performed initially, and deep lobe tumors.

- These recommendations are based on the higher likelihood of occult, clinically undetectable nodal disease present at the time of operation in patients whose tumors display the above characteristics.

Reconstruction

Following resection of the tumor specimen, most wounds can be closed primarily. However, the presence of extension of the tumor to the overlying skin or surrounding structures may require reconstructive procedures. The overall goal following tumor excision is to restore function and achieve the best possible aesthetic result.

Options for wound closure in the presence of a skin or soft tissue deficit include skin grafting, cervicofacial flap, trapezius flap, pectoralis flap, deltopectoral flap, and microvascular free flap.

Sacrifice of the facial nerve or one of its branches also must be managed appropriately. If inadvertently severed during the operation, the facial nerve should be immediately repaired under the operating microscope. If intentionally resected with the tumor specimen, several options for reconstruction are available to the surgeon.

- The ipsilateral or contralateral great auricular nerve may be used as an interposition graft, although this sacrifices sensation to the area normally supplied by this nerve.

- Another option is to anastomose the facial nerve to the ipsilateral hypoglossal nerve. This anastomosis may be performed end-to-side to avoid interfering with normal hypoglossal nerve function.
- During the period of waiting for facial nerve recovery, maintain corneal protection if the innervation to the orbicularis oculi has been interrupted.
- Measures include taping the eye closed at night over ophthalmic ointment and frequent use of wetting drops during the day. Some authors recommend a moisture chamber.

If facial nerve recovery is not achieved, certain measures may be taken to improve form and function.

- A gold weight (0.8-1.2 g) may be inserted in the upper eyelid to assist with closure. Dynamic slings of temporalis muscle to the upper and lower lids and corner of the mouth or masseter sling to the mouth have proven very successful in the reconstruction of these patients. Static slings also have been used and include fascia lata, tendon, and Mitek anchors.

- Following parotidectomy, some patients develop gustatory sweating or Frey syndrome. This denotes an aberrant connection of regenerating parasympathetic salivary fibers to the sweat glands in the overlying skin flap. Treatment of this condition has included irradiation, atropinelike creams, division of the auriculotemporal nerve (sensory), division of the glossopharyngeal nerve (parasympathetic), insertion of synthetic materials (AlloDerm), fascial grafts, or vascularized tissue flaps between the parotid bed and overlying skin flap. Intracutaneous injections of botulinum toxin A is also an attractive option which has showed some promise.

Finally, neurovascular free tissue transfer has been described for facial reanimation for treatment of established facial paralysis following ablative parotid surgery.

- Vascularized nerve grafts, such as sural nerve graft, have been described to reestablish facial nerve continuity.

- Functional free muscle transfer with gracilis, pectoralis minor, or latissimus dorsi muscles are further options for reconstruction. The ipsilateral facial nerve stump may be used as the recipient nerve.

- Alternatively, cross facial nerve grafting can be performed. This is typically performed as a 2-stage surgery, with anastomosis to a nerve graft as the first stage and free tissue transfer as the second stage.

Adjunctive Therapy

Because of the many histologic subtypes of parotid malignancies, a general statement regarding the usefulness of adjunctive therapy cannot be made.

If resectable, surgery is the primary modality of treatment for most malignant tumors of the parotid gland. General indications for postsurgical radiation therapy include tumors >4 cm in greatest diameter, tumors of high grade, tumor invasion of local structures, lymphatic invasion, neural invasion, vascular invasion, tumor present very close to a nerve that was spared, tumors originating in or extending to the deep lobe, recurrent tumors following re-resection, positive margins on final pathology, and regional lymph node involvement. Postoperative radiation is, thus, usually indicated for all parotid malignancies with the exception of small low-grade tumors with no evidence of local invasion or nodal/distant spread. Radiation therapy is considered the cornerstone of adjunctive therapy.

No chemotherapy has been proven effective as single modality therapy. For certain histologic subtypes, some clinicians recommend combined modality chemotherapy and radiation. Presently, immunotherapy is in the clinical trial phase.

A recent study demonstrated that epidermal growth factor receptor (EGFR) is expressed strongly in the cell membranes of parotid mucoepidermoid carcinomas and of the lymph node metastases. EGFR-targeting agents have potential to be used for therapy.

Prognosis

The major determinants of survival are histology and clinical stage. Poor prognostic factors include high grade, neural involvement, locally advanced disease, advanced age, associated pain, regional lymph node metastases, distant metastasis, and accumulation of p53 or c-erbB2 oncoproteins.

Although statements regarding survival are difficult to make because of the large variety of histologic types, 20% of all patients will develop distant metastases. The presence of distant metastases heralds a poor prognosis, with a median survival of 4.3-7.3 months.

Overall 5-year survival for all stages and histologic types is approximately 62%. The overall 5-year survival for recurrent disease is approximately 37%. Because of the risk of recurrence, all patients who have had a histologically proven malignant salivary gland tumor should have lifelong follow-up.

6. MATERIALS FOR SELF-CHECKING:

A. To study the following questions:

№	Main tasks. Nobility.	Instructions
1.	Etiology and pathogenesis of malignant tumors of salivary glands.	List factors which promote emergence and development of malignant tumors of salivary glands.
2.	Classification of malignant tumors of salivary glands.	Guide classification of malignant tumors of salivary glands.
3.	Histological structure of malignant tumors of salivary glands.	Guide a histological picture which answers different forms of malignant tumors of salivary glands.
4.	Clinical manifestations of malignant tumors of salivary glands.	To list clinical manifestations which accompany a course of malignant tumors of salivary glands.
5.	Diagnostics and differential diagnostics of malignant tumors of salivary glands.	To carry out internally - but for group differential diagnostics of malignant tumors of salivary glands.
6.	Methods of treatment of malignant tumors of salivary glands.	

B. Test tasks for self checking:

1 It is observed retention at contrast sialographia of parotid gland of the patient with malignant polymorphic adenoma?

(Answer: it is observed almost always).

2 Is it possible cancellation and fragmentation of excretory channels of big salivary glands which appear on sialogrammes, at malignancy of polymorphic adenoma of parotid gland?

(Answer: it is observed almost always).

3. How change a function of parotid gland at emergence in it at malignancy of polymorphic adenoma changes?

(Answer: decreases).

C Materials for test control. Test tasks with single right answer ($\alpha = 2$):

1. What distinguish options of a clinical current mucoepidermoid tumors of salivary glands?

- A. Bening.
- B. Malignant.
- C. Semi-malignant.
- D. Bening and malignant.
- E. Bening, malignant and semi-malignant.

(Right answer: D).

2. Synonym of cylindroma:

- A. Adenocarcinoma.
- B. Pleomorphic adenoma.
- C. Mucoepidermoid tumor.
- D. Adenocytic carcinoma.
- E. Epidermoid carcinoma.

(Right answer: D).

3. Carcinomas of salivary glands develop from:

- A. Stroma of channels.
- B. Epithelial of channels.
- C. Blood vessels.
- D. Lymphatic vessels.
- E. Nervous trunks.

(Right answer: B).

D. Educational problems of the 3rd level (atypical tasks):

1. Patient, 40 years, came in stomatologic policlinic with complaints to tumor existence in the field of a hard palate which appeared about 5 months to that, recently started to increase. During survey the painless tumor, a dense consistence with accurate limits is observed, the mucous membrane over it usual coloring, a tumor isn't soldered to a subject bone tissues, its sizes to 2 cm. Regional lymph nodes aren't increased.

It is possible to think of what tumor? What additional methods of inspection need to be carried out?

(Answer: cillindroma; it is necessary to carry out cytologic research; whenever possible to do a biopsy)

2. For patient, 54 y, are carried out radical treatment concerning a malignant tumor of parotid salivary gland (a cancer of the right parotid salivary gland, T2NOMO). Now data for recurrence and metastasises aren't present.

It is necessary to carry to what clinical group the patient?

(Answer: to the third)

3. Patient, 68 years, addressed with complaints to progressing asymmetry of the face, which first manifestations appeared about 3 weeks ago. Recently there was a pain in parotid and chewing area at the left. During survey: paralysis of mimic muscles at the left on peripheral type. Skin in the left parotid site cyanotic, involved, motionless. Palpation is painful, there is infiltration of tissues of gland without a clear boundary, by the size to 4-5 cm, are palpated 2 increased to 2 cm top cervical linth nodule at the left. Contracture of chewing muscles.

Diagnosis? What additional methods of research need to be carried out and in what medical institution?

(Answer: cancer of parotid salivary gland. It is necessary to send the patient to an oncological clinic. Additional methods of diagnostics: cytologic, contrast X-ray of salivary gland, X-rey of bodies of a chest cavity).

7. Literature:

7.1. Basic literature:

1. Skikevich M. G., Aveticov D. S. The basics of stomatology. Poltava. – 2012, 176 p.
2. Neville BW, Damm DD, Allen CM, et al. Oral & maxillofacial pathology. 2nd ed. Phila., PA: Saunders; 2002; 337–369.

7.2. Additional literature

1. Speight PM, Barrett AW: Salivary gland tumours. Oral Dis 8 (5): 229-40, 2002.
2. Seifert G, Donath K: Hybrid tumours of salivary glands. Definition and classification of five rare cases. Eur J Cancer B Oral Oncol 32B (4): 251-9, 1996.
3. Goode RK, Corio RL: Oncocytic adenocarcinoma of salivary glands. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 65 (1): 61-6, 1988.
4. Goode RK, Auclair PL, Ellis GL: Mucoepidermoid carcinoma of the major salivary glands: clinical and histopathologic analysis of 234 cases with evaluation of grading criteria. Cancer 82 (7): 1217-24, 1998.
5. Tomich CE: Adenoid cystic carcinoma. In: Ellis GL, Auclair PL, Gnepp DR, eds.: Surgical Pathology of the Salivary Glands. Philadelphia, Pa: Saunders, 1991, pp 333-49.
6. Vincent SD, Hammond HL, Finkelstein MW: Clinical and therapeutic features of polymorphous low-grade adenocarcinoma. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 77 (1): 41-7, 1994.
7. Evans HL, Luna MA: Polymorphous low-grade adenocarcinoma: a study of 40 cases with long-term follow up and an evaluation of the importance of papillary areas. Am J Surg Pathol 24 (10): 1319-28, 2000.
8. Brandwein MS, Ferlito A, Bradley PJ, et al.: Diagnosis and classification of salivary neoplasms: pathologic challenges and relevance to clinical outcomes. Acta Otolaryngol 122 (7): 758-64, 2002.

**Ministry of health Ukraine
Higher state educational establishment of Ukraine
«Ukrainian medical stomatological academy»**

It is «ratified»
at meeting of chair of surgical stomatology
and maxillofacial surgery with plastic and
reconstructive surgery of the head and neck

The Head of the chair

doctor of medicine Aveticov D. S.



**METHODICAL INSTRUCTION
FOR INDEPENDENT WORK OF STUDENTS DURING PREPARATION FOR PRACTICAL
(SEMINAR) LESSON**

Names of the discipline	Surgical stomatology
Module №	3
Thematic module №	3
Theme of lesson	Cancer and sarcoma of jaws: a genesis and a histological structure, classification, clinic, differential diagnostics, treatment, complications and preventive maintenance
Course	IV
Faculty	Stomatological

1. SUBJECT URGENCY.

Cancers of the oral cavity and oropharynx represent approximately three percent of all malignancies in men and two percent of all malignancies in women in the United States. It is estimated that these tumors will account for 28,900 new cases and 7,400 deaths in 2002 in the United States. Squamous cell carcinoma, which arises from the oral mucosal lining, accounts for over 90 percent of these tumors. This article will review the epidemiology and clinical features of oral and oropharyngeal squamous cell carcinoma, with a special emphasis on the recognition of early cancer and premalignant oral lesions.

2. SPECIFIC GOALS:

- 2.1. To analyze epidemiology of a cancer of the maxilla and mandible.
- 2.2. To explain precancer diseases of the maxilla and mandible.
- 2.3. To offer modern methods of diagnostics of a cancer of the maxilla and mandible.
- 2.4. To classify malignant formation of jaws.
- 2.5. To treat a histological structure of a cancer of the maxilla and mandible.
- 2.6. To draw scheme of treatment of malignant formation of the maxilla and mandible.
- 2.7. To analyse modern methods of treatment of a cancer of jaws.
- 2.8. Features of treatment of patients with malignant formations of jaws.

3. BASIC LEVEL OF PREPARATION.

Names of the previous disciplines	The received skills
1.1. Human anatomy.	To know an anatomic structure of mandible and maxilla, blood supply and nerves in maxillofacial area, lymphatic system.
2. Histology.	To know a histology structure of mandible and maxilla.
3. Pathological anatomy.	To know pathological anatomy of tissues at malignant tumours of mandible and maxilla.
4. Internal illnesses.	To survey the patient. To describe the medical documentation (an out-patient card).
5. General surgery.	To draw schemes of operative interventions at malignant tumours of mandible and maxilla.
6. Pharmacology.	To know about chemotherapeutic treatment by the patient with malignant formations of jaws.
7. Radial diagnostics and radial therapy.	To know methods of radial and radioisotope diagnostics of jaws.

4. TASKS FOR INDEPENDENT WORK DURING PREPARATION FOR LESSON.

4.1. The list of the main terms, parameters, characteristics which the student should know during preparation for lesson:

The term	Definition
1.primary tumor resection	removal of the entire tumor and surrounding area of tissue
2.maxillectomy	removal of the tumor, including part or all of the hard palate (roof of the mouth), if bone is involved
3. neck dissection	if cancer has spread to the lymph nodes in the neck, these lymph nodes may need to be removed as well.

4.2. Theoretical questions for the lesson:

1. Epidemiology of a cancer of mandible and maxilla.
2. Pathological anatomy of a cancer of mandible and maxilla.
3. What methods of diagnostics apply at malignant new formations of mandible and maxilla?
4. Clinic of a cancer of the maxilla.
5. How malignant new formations are classified?
6. Methods of diagnostics of a cancer of the maxilla.

7. Where there (whither) are metastasises from tumours of mandible and maxilla?
8. Principles of treatment of a cancer of maxilla.
9. Clinic of a cancer of the mandible.
10. Treatment of a cancer of the mandible.
11. What chemotherapeutic treatment and under what scheme apply at malignant new formations of jaws?
12. Rehabilitation of patients by a cancer of jaws.

4.3. Practical works (tasks) which are carried out on lesson:

1. Examination of the patient with malignant tumours of jaws.
2. Palpation of mandible and maxilla.
3. Palpation of regional lymph nodes.
4. A puncture of a tumour of the mandible.
5. A puncture of regional lymph nodes.
6. Biopsy of tumours.
7. To be able to describe X-ray picture.
8. A puncture of antrum of Highmore.
9. Skill to formulate the diagnosis of a malignant formation with definition of a stage of process.
10. To be able to write the plan of treatment.
11. To be able to write the medical documentation.
12. To carry out care of postoperative patients.

5. ORGANIZATION OF THE MAINTENANCE OF THE TRAINING MATERIAL.

The following medical conditions are some of the possible causes of **jaw swelling**. There are likely to be other possible causes and about symptoms:

- Jaw injury, Fractured jaw, Dental trauma
- Jaw disorder, TMJ disorder, Torus mandibularis
- Swollen glands, Pleomorphic adenoma
- Wisdom tooth extraction, Erupting wisdom tooth
- Jaw tumor, Ameloblastoma, Myxoma, Hemangioma, Jaw cyst
- Bacterial dental infection, Alveolar abscess, Periodontal abscess, Osteomyelitis, Ludwig's angina, Actinomycosis infection
- Odontomes, Osteoma of the jaw, Ossifying fibroma, Cementifying fibroma, Fibrous dysplasia, Eosinophilic granuloma, Cherubism, Paget's disease, Epulis, Giant-cell granuloma
- Sarcoma of the jaw, Malignant tumor, Metastatic tumor of the jaw
- Mumps

What is oral cancer? Oral cancer is cancer found in the oral cavity (the mouth area) and the oropharynx (the throat area at the back of the mouth). Oral cancer is estimated to be diagnosed in almost 28,260 US adults in 2004, according to the American Cancer Society.

The oral cavity includes:

- the lips, teeth, and gums
- the lining inside the lips and cheeks (buccal mucosa)
- the floor of the mouth (under the tongue)
- the top of the mouth (hard palate)
- the small area behind the wisdom teeth

The oropharynx includes:

- the back one-third of the tongue
- the soft palate
- the tonsils
- the back of the throat

What causes oral cancer? The main causes of oral cancer include the following:

- tobacco use (90 percent of people with oral cancers use tobacco by smoking cigarettes, cigars, pipes, chewing tobacco, and dipping snuff)
- alcohol use

Other causes of oral cancer may include the following:

- leukoplakia - a condition characterized by a whitish patch that develops inside the mouth or throat.
- erythroplakia - a condition characterized by a red, raised patch that develops inside the mouth.

▪ excessive sun exposure, which, like elsewhere on the body, can cause cancer on the lip

What are the symptoms of oral cancer? The following are the most common symptoms of oral cancer. However, each individual may experience symptoms differently. Symptoms may include:

- a lip or mouth sore that does not heal
- a white or red patch on the gums, tongue, or lining of mouth
- a lump on the lip or in the mouth or throat
- unusual bleeding, pain, or numbness in the mouth area
- swelling of the jaw
- pain in the ear
- change in voice
- a chronic sore throat
- feeling as if something is caught in the throat
- pain or difficulty in swallowing or chewing

The symptoms of oral cancer may resemble other medical conditions or problems. Always consult your physician for a diagnosis.

Components of an Oral Cancer Examination

1. Extraoral examination

- Inspect head and neck.
- Bimanually palpate lymph nodes and salivary glands.

2. Lips

- Inspect and palpate outer surfaces of lip and vermilion border.
- Inspect and palpate inner labial mucosa.

3. Buccal mucosa

- Inspect and palpate inner cheek lining.

4. Gingiva/alveolar ridge

- Inspect maxillary/mandibular gingiva and alveolar ridges on both the buccal and lingual aspects.

5. Tongue

- Have patient protrude tongue and inspect the dorsal surface.
- Have patient lift tongue and inspect the ventral surface.
- Grasping tongue with a piece of gauze and pulling it out to each side, inspect the lateral borders of the tongue from its tip back to the lingual tonsil region.
- Palpate tongue.

6. Floor of mouth

- Inspect and palpate floor of mouth.

7. Hard palate

- Inspect hard palate.

8. Soft palate and oropharynx

- Gently depressing the patient's tongue with a mouth mirror or tongue blade, inspect the soft palate and oropharynx.

What are the different types of oral cancer? Oral tumors can develop anywhere in the oral cavity and oropharynx. Some tumors are benign (non-cancerous), some may be precancerous (a condition that may become cancerous), while others may be cancerous. Different types of oral cancer may develop in different areas of the mouth and throat.

What are benign tumors? There are many forms of benign (noncancerous) tumors that can appear in the oral cavity or oropharynx (in addition to other sites in/on the body), including:

condyloma acuminatum (also known as a genital warts)	a small, moist, pink or red growth that grows alone or in cauliflower-like clusters
--	---

eosinophilic granuloma	a benign tumor which most often affects children and adolescents and is usually found in a bone or the lungs
fibroma	a benign tumor consisting of fibrous connective tissues
keratoacanthoma	a flesh-colored, fast-growing bump on the skin with a keratin plug in the center (keratin, the main component of the external layer of skin, hair, and nails, is a tough substance)
leiomyoma	a tumor of the smooth muscle, often found in the esophagus, small intestine, uterus, or stomach
lipoma	a tumor made up of mature fat cells
neurofibroma	a fibrous tumor consisting of nerve tissue
odontogenic tumors	tumors in the jaw
osteochondroma	a tumor made up of bone and cartilage
papilloma	a tumor that resembles a wart, growing on the epithelium (the cells that form the skin and mucous membranes)
pyogenic granuloma	a small, round bump that often has an ulcerated surface
rhabdomyoma	a striated-muscle tumor that may appear on the tongue, pharynx, uterus, vagina, or heart
Schwannoma	a single tumor that grows in the neurilemma (Schwann's sheath) of nerves
verruca form xanthoma	wart-shaped tumors

Some benign tumors disappear on their own. Others may have to be removed surgically. Most benign tumors do not recur. Always consult your physician for a diagnosis.

What oral conditions may be precancerous? Two conditions in the mouth - leukoplakia and erythroplakia - actually can be precursors to cancer. Often caused by smoking or chewing tobacco, these (initially) benign conditions can occur anywhere in the mouth. Only a biopsy can determine whether precancerous cells (dysplasia) or cancer cells are present in a leukoplakia or erythroplakia.

- **leukoplakia** - a condition characterized by a whitish patch that develops inside the mouth or throat.
- **erythroplakia** - a condition characterized by a red, raised patch that develops inside the mouth.

Treatment for leukoplakias or erythroplakias may include use of retinoids - medications which are related to vitamin A - to eliminate, reduce, and/or prevent dysplasia from forming.

What are malignant oral tumors? Although there are several types of malignant oral cancers, more than 90 percent of all diagnosed oral cancers are squamous cell carcinoma.

squamous cell carcinoma	Also known as squamous cell cancer, this type of cancer originates in the squamous cell layer in the lining of the oral cavity and oropharynx. In the early stages, this cancer is present only in the lining layer of cells (called carcinoma in situ). When the cancer spreads beyond the lining, it
-------------------------	--

	is called invasive squamous cell cancer.
verrucous carcinoma	Although also considered a type of squamous cell carcinoma, this low-grade cancer rarely metastasizes (spreads to distant sites). Comprising less than 5 percent of all diagnosed oral cancers, verrucous carcinoma can spread deeply into surrounding tissue, requiring surgical removal with a wide margin of surrounding tissue.
minor salivary gland cancers	The lining of the oral cavity and oropharynx contains numerous salivary glands. Sometimes cancer will originate in a salivary gland. Treatment depends on the type and location of the salivary gland cancer, as well as the extent of spreading. According to the American Cancer Society, salivary gland cancers account for less than 1 percent of all cancers.

What is a risk factor? A risk factor is anything that may increase a person's chance of developing a disease. It may be an activity, such as smoking, diet, family history, or many other things. Different diseases, including cancers, have different risk factors.

Although these factors can increase a person's risk, they do not necessarily cause the disease. Some people with one or more risk factors never develop the disease, while others develop disease and have no known risk factors.

But, knowing your risk factors to any disease can help to guide you into the appropriate actions, including changing behaviors and being clinically monitored for the disease.

What are the risk factors for oral cancer? Although heredity also plays a factor, certain lifestyle habits and health conditions can increase a person's risk for developing oral cancer. These include, but are not limited to, the following:

Tobacco use	The majority of patients with oral cancer (90 percent) use tobacco in one form or another. Tobacco can damage cells in the lining of the oral cavity and oropharynx, causing abnormal cells to grow more rapidly to repair the damage. Researchers believe that the DNA-damaging chemicals in tobacco are linked to the increased risk of oral cancer, according to the American Cancer Society.
Alcohol use	The majority of patients with oral cancer (75 to 80 percent) use alcohol frequently. Paired with tobacco use, patients who drink and smoke increase their risk of developing oral cancer even more. Researchers have found that alcohol increases the penetration of DNA-damaging chemicals in the lining of the oral cavity and oropharynx, according to the American Cancer Society.
Sunlight	Prolonged exposure to ultraviolet radiation from the sun can cause skin cancer. People who are outdoors for an extended period of time increase their risk of lip cancer, as well. More than 30 percent of lip cancer diagnoses are in persons with outdoor occupations.
Chronic irritation	Chronic irritation to the lining of the mouth, due to poorly fitting dentures or other reasons, may increase a person's risk for oral cancer.
Lack of fruits and vegetables in diet	Research has suggested that fruits and vegetables, which contain antioxidants that can "trap" harmful molecules, can decrease the risk for oral cancer (and other cancers). Thus, it is speculated that persons with a low intake of these types of foods are at an increased risk for (oral) cancer.

Alcohol-containing mouthwash	Some studies have shown that mouthwash with alcohol content increases the risk for oral cancer. In addition, other studies have shown that smokers and people who drink alcohol tend to use mouthwash more often, linking all three factors together.
Human papillomavirus (HPV) infection	HPV usually causes warts and has been linked to cervical, vaginal, and penile cancers. HPV may also increase the risk for oral cancers.
Males	Oral cancer is twice as common in men than in women, partly because men are more likely to use tobacco and alcohol.

Preventing oral cancer: It is important to detect oral cancer as early as possible, because treatment works best before the disease has spread. The National Cancer Institute (NCI) and American Cancer Society (ACS) encourage people to take an active role in the early detection of oral cancer by performing monthly self-examinations. The Oral Health Education Foundation recommends the following steps (below) when examining your mouth. Take special note of any red or white patches, lumps or thickening of skin, tissue, or gums, a sore that either does not heal properly (after a one to two week period), or a sore that tends to bleed easily or excessively. In addition, be sure to take note of a persistent sore throat, hoarseness, or difficulty maneuvering the jaw during chewing or swallowing. Be sure to consult your physician right away if any of these symptoms are present.

- Remove any dental products in the mouth.
- Visually look and touch your mouth, including the lips and gums.
- Check the roof of your mouth.
- Check the inside of the cheeks and the back gums.
- Check the tongue, including the sides and underneath.
- Check for enlarged lymph nodes in the neck and under the jaw.

Regular dental checkups that include an examination of the entire mouth are also important in the early detection of oral cancer or precancerous conditions. Your physician should also check your mouth as part of a routine physical exam.

How is oral cancer diagnosed? In addition to a complete medical history and physical examination, diagnostic procedures for oral cancer may include one or more of the following:

- **biopsy** - a procedure in which tissue samples are removed (with a needle or during surgery) from the body for examination under a microscope; to determine if cancer or other abnormal cells are present.
- **computed tomography (CT or CAT scan)** - a noninvasive procedure that takes cross-sectional images of the brain or other internal organs; to detect any abnormalities that may not show up on an ordinary x-ray.
- **ultrasonography** - a diagnostic imaging technique that uses high-frequency sound waves to create an image of the internal organs.
- **magnetic resonance imaging (MRI)** - a noninvasive procedure that produces two-dimensional view of an internal organ or structure, especially the brain and spinal cord.

Once a diagnosis is made, the cancer will be staged (to determine the extent of the disease) before a treatment plan is established.

Treatment for oral cancer: Specific treatment for oral cancer will be determined by your physician based on:

- your age, overall health, and medical history
- extent of the disease
- your tolerance for specific medications, procedures, or therapies
- expectations for the course of the disease
- your opinion or preference

Treatment may include:

- **surgery**

Different surgery techniques are used to remove specific types of oral tumors, including:

- **primary tumor resection** - removal of the entire tumor and surrounding area of tissue
- **maxillectomy** - removal of the tumor, including part or all of the hard palate (roof of the mouth), if bone is involved

- **Mohs' micrographic surgery** - removal of the tumor in "slices" to minimize amount of normal tissue removed (may be considered when the cancer involves the lip)
- **laryngectomy** - removal of a large tumor of the tongue or oropharynx, which may involve removing the larynx (voice box)
- **neck dissection** - if cancer has spread to the lymph nodes in the neck, these lymph nodes may need to be removed as well.
- **radiation therapy** - treatment that uses high-energy rays that damage cancer cells and halts the spread of cancer. Radiation therapy is very localized, aimed at only the area where the cancer is present. Radiation therapy may be administered externally with a machine, or internally with radioactive materials.
- **chemotherapy** - medications that kill cancer cells. Chemotherapy has the ability to interfere with the cancer cell's replication. Chemotherapy may be used in combination with surgery and radiation therapy.

Preparing for surgery: If surgery is needed to treat the oral cancer, the National Cancer Institute recommends asking the following questions:

- What type of operation will I undergo?
- What can I expect after surgery?
- How will any pain be treated?
- Will I have trouble eating?
- Will I have any scarring?
- Will there be any long-term effects or permanent physical changes from surgery?
- If I need plastic surgery, how soon can that be done following the initial surgery?
- Will I need speech therapy?
- When can I resume my normal activities?

What are the side effects of oral cancer treatment? Side effects of treatment for oral cancer vary, depending on the type of treatment and the area being treated. Side effects can be temporary or permanent. The following are some of the more common side effects of oral cancer treatment:

- swelling from surgery
- sore mouth
- difficulty chewing, swallowing, or talking
- changes to appearance, temporarily or permanently
- weight loss due to a sore mouth, which may make eating difficult
- inability to wear dentures for a period of time

Depending on the type of treatment, other side effects may include:

- fatigue
- dental problems
- lowered immune system
- nausea
- vomiting
- mouth sores
- lack of appetite

Rehabilitation after oral cancer: Rehabilitation may vary from person-to-person depending on the type of oral cancer treatment, and the location and extent of the cancer. Rehabilitation may include:

- **dietary** **counseling**

Many patients recovering from oral cancer surgery have difficulty eating, so it is often recommended that they eat small meals consisting of soft, moist foods.

- **surgery**

Some patients may benefit from reconstructive or plastic surgery to restore the bones or tissues of the mouth, returning a more normal appearance.

- **prosthesis**

If reconstructive or plastic surgery is not an option, patients may benefit from dental or facial-part prosthesis to restore a more normal appearance. Special training may be needed to learn to use a prosthetic device.

- **speech** **therapy**

If a patient experiences difficulty in speaking following oral cancer treatment, speech therapy may help the patient relearn the process.

TNM Staging of Oral Cancer

Primary Tumor (T)

- TX** Primary tumor cannot be assessed
T0 No evidence of primary tumor
Tis Carcinoma in situ
T1 Tumor 2 cm or less in greatest dimension
T2 Tumor more than 2 cm but not more than 4 cm in greatest dimension
T3 Tumor more than 4 cm in greatest dimension
T4 Tumor invades adjacent structures (e.g., through cortical bone, into maxillary sinus, skin, pterygoid muscle, deep muscle of tongue)

Nodal Involvement (N)

- NX** Regional lymph nodes cannot be assessed
N0 No regional lymph node metastasis
N1 Metastasis in a single ipsilateral lymph node, 3 cm or less in greatest dimension
N2 Metastasis in a single ipsilateral lymph node, more than 3 cm but not more than 6 cm in greatest dimension; or in multiple ipsilateral lymph nodes, none more than 6 cm in greatest dimension; or in bilateral or contralateral lymph nodes, none more than 6 cm in greatest dimension
N2a Metastasis in a single ipsilateral lymph node, more than 3 cm but not more than 6 cm in greatest dimension
N2b Metastasis in multiple ipsilateral lymph nodes, none more than 6 cm in greatest dimension
N2c Metastasis in bilateral or contralateral lymph nodes, none more than 6 cm in greatest dimension
N3 Metastasis in a lymph node more than 6 cm in greatest dimension

Distant Metastasis (M)

- MX** Distant metastasis cannot be assessed
M0 No distant metastasis
M1 Distant metastasis

Stage Grouping

- Stage 0** Tis N0 M0
Stage I T1 N0 M0
Stage II T2 N0 M0
Stage III T3 N0 M0; T1 or T2 or T3 N1 M0
Stage IV Any T4 lesion, or
Any N2 or N3 lesions, or
Any M1 lesion

Non-odontogenic tumours of bone

- Primary-benign

Osteoma
Osteochondroma
Cemento-ossifying fibroma
Central giant-cell granuloma
Haemangioma
Melanotic neuroectodermal tumour

- Primary-malignant

Osteosarcoma
Chondrosarcoma
Ewing's sarcoma
Multifocal or potentially multifocal:
Myeloma

Langerhans cell histiocytosis

- Metastases

Carcinoma.

Sarcomas are commonly classified according to their site of origin: soft tissues or bone. Sarcomas involving cartilage (chondrosarcoma) and peripheral nerve tissue (malignant schwannoma) are included in the soft tissue category because they share a mesenchymal origin. Some soft tissue sarcomas may arise in bone (eg, fibrosarcoma, malignant fibrous histiocytoma), and sarcomas of bone may have extraosseous manifestations; therefore, the classification of soft tissue versus bone sarcoma depends more on histologic findings than clinical findings.

Soft tissue sarcomas include the following (see Types of Soft Tissue Sarcomas):

- Angiosarcoma
- Hemangiopericytoma
- Malignant fibrous histiocytoma
- Synovial sarcoma
- Chondrosarcoma
- Rhabdomyosarcoma
- Malignant schwannoma
- Liposarcoma
- Leiomyosarcoma
- Fibrosarcoma
- Alveolar soft part sarcoma (ASPS)
- Kaposi sarcoma (KS)

Bone sarcomas include the following (see Bone Sarcomas):

- Osteosarcoma
- Ewing sarcoma

So-called radiation-induced sarcomas (RISs) are not a separate entity. They include a heterogeneous group of sarcomas that occur in tissue that has been irradiated.

Chondrosarcoma is a cancer composed of cells derived from transformed cells that produce cartilage. Chondrosarcoma is a member of a category of tumors of bone and soft tissue known as sarcomas. About 30% of skeletal system cancers are chondrosarcomas. While the disease can affect people (or animals) of any age, unlike most other forms of skeletal system cancer, it is more common among older people than among children, and more often affects the axial skeleton than the appendicular skeleton.

Chondrosarcomas of the jaws affect adults at an average age of about 45. The anterior maxilla is the site in 60% of cases.

Pain, swelling or loosening of teeth associated with a radiolucent area are typical. The radiolucency can be well or poorly circumscribed, or may appear multilocular. Calcifications are frequently present and may be widespread and dense.

Pathology. The cartilage in jaw tumours is usually comparatively well-formed or, less often, poorly differentiated or myxoid. The chondrocytes are pleomorphic, often binucleate and may show mitotic activity.

Maxillofacial chondrosarcomas are aggressive, and local recurrence or persistent tumour is the main cause of death. Lungs or other bones are the usual sites of distant spread but fewer than 10% of these tumours metastasise.

Chondrosarcomas must be widely excised as early as possible, but this can be difficult in the maxillofacial region. Inadequate excision usually leads to recurrences beyond the original site and deterioration of the prognosis. The response to radiotherapy is usually poor.

Mesenchymal chondrosarcoma is an uncommon but highly malignant variant. It is a highly cellular tumour in which there are only small foci of tissue recognizable as poorly-formed cartilage. It is sometimes very vascular.

Osteosarcoma is an aggressive malignant neoplasm arising from primitive transformed cells of mesenchymal origin (and thus a sarcoma) that exhibit osteoblastic differentiation and produce malignant osteoid. It is the most common histological form of primary bone cancer.

Osteosarcoma is highly malignant and the most common primary (non-odontogenic) neoplasm of bone, but overall is rare, especially in the jaws.

Osteosarcomas rarely have identifiable causes but a few develop late in life after irradiation or Puget's disease of bone, but the latter type virtually never affects jaws.

Osteosarcoma of the jaws is typically seen between the ages of 30 and 40. Males are slightly more frequently affected, and the body of the mandible is a common site. There is typically a firm swelling which grows noticeably in a few months and becomes painful. Teeth may be loosened and there may be paraesthesia or loss of sensation in the mental nerve area. Metastases to the lungs may develop early.

Radiographically, appearances are variable but irregular bone destruction usually predominates over bone formation. Bone formation in a soft-tissue mass is highly characteristic. A sun-ray appearance or Codman's triangles at the margins, due to lifting of the periosteum and new bone formation, are rarely seen and not specific to osteosarcoma. Radiographs of the chest should also be taken, as secondary deposits may be present.

Key features for **osteosarcoma of the jaws** are summarized:

Key features:

- Rare
- Patients' mean age is about 35
- Occasionally follows irradiation
- Usually affects the mandible
- Radiographically, bone formation is seen in a soft tissue mass
- Treated by radical surgery, sometimes with additional chemotherapy
- Slightly better prognosis than osteosarcoma of the long bones.

Osteosarcoma is the second most common skeletal neoplasm (multiple myeloma is the most common), with an incidence of 1 case per 100,000 people. Osteosarcomas account for as many as 5% of all head and neck primary tumors, and they are the most common bone sarcoma. Most osteosarcomas occur in the long bones of the limbs. Osteosarcoma involves the head and neck region in approximately 10% of reported cases. The mandible and maxilla are the most frequently affected sites, followed by the paranasal sinuses and skull. In long bones, incidence peaks in those aged 10-20 years, while head and neck cases occur in a slightly older population, with a peak incidence in those aged 20-40 years. Males are affected slightly more often than females.

Lesions frequently manifest as a swelling or mass over the jaw or cheek; pain and dental symptoms are less common. An association exists between development of osteosarcomas and a history of retinoblastoma (independent of any irradiation of this tumor), prior irradiation, Paget disease of bone, fibrous dysplasia, Li-Fraumeni syndrome, and chronic osteomyelitis. Osteosarcomas arising in the setting of Paget disease typically occur in those aged 60-70 years. The reported association with a history of retinoblastoma appears to be related to alterations in chromosome 13, the same chromosome implicated in retinoblastoma development. Serum alkaline phosphatase levels are elevated in 50% of patients with osteosarcoma. Elevated serum alkaline phosphatase levels in patients with any of the associated conditions may signal malignant transformation.

Radiographic studies demonstrate destructive lytic or sclerotic changes, which are sometimes associated with extension into adjacent soft tissue. Subperiosteal formation of new bone may occur adjacent to areas of bone loss. A sunburst pattern resulting from radiating spicules of bone has been described; however, this finding is not specific for osteosarcoma. Widening of the periodontal ligament may be present; this finding is not specific for osteosarcoma, but this finding is highly suggestive of malignancy.

At gross examination, tumors may appear soft and granular (osteolytic) or sclerotic and dense (osteosclerotic), depending on the degree of mineralization. Soft tissue extension is common. At histologic analysis, osteoid (a precursor of bone) is present within a sarcomatous stroma. The stromal cells may have anaplasia; their shape varies from spindle to round, and the cells contain hyperchromatic nuclei. The degree of vascularization varies considerably from scant to abundant.

The presence of osteoid is the distinguishing feature of this tumor, but osteoid may be absent in small, unrepresentative biopsy specimens. Osteoid is eosinophilic with hematoxylin-eosin staining and may resemble collagen when present in small quantities; immunohistochemical stains can help in differentiating the two. Unlike collagen, osteoid reacts positively with immunohistochemical stains for osteocalcin, a bone-specific protein produced by osteoblasts, and osteonectin, a bone-specific phosphorylated glycoprotein. Osteosarcomas also have strong alkaline phosphatase reactivity.

On the basis of the predominant component of the stroma, lesions can be subtyped as osteoblastic, chondroblastic, or fibroblastic. A giant cell-rich osteosarcoma subtype has been confirmed

with osteocalcin staining. Osteoblastic tumors occur most frequently and have osteoclastic activity and increased vascularity. The prognosis is independent of the histologic subtype. Extrasosseous osteosarcoma has been reported but is rare in the head and neck. Tumors are graded from stage I (well-differentiated, low grade) to stage IV (poorly differentiated, high grade) on the basis of increasing cellular atypia or anaplasia and increasing number of mitotic figures. In children, low-grade lesions are predominant.

Surgical excision is the main treatment for osteosarcoma. Cervical metastases are present in fewer than 10% of patients, and, when present, they usually result from direct extension rather than true lymphatic spread. Distant metastases are more common and occur in 33% of patients; most frequently, they involve the lungs. Local recurrence occurs in approximately 60% of patients, most commonly within the first year after treatment. Patients with extragnathic sites of involvement fare worse than those with gnathic sites. Reported mean 5-year survival rates are 43% for gnathic osteosarcoma and 9% for skull lesions, which are associated with a higher incidence of local recurrence and distant metastasis. Multifocal tumors are uniformly fatal. Patients with increased alkaline phosphatase levels appear to have a worse prognosis, as do patients with concomitant Paget disease.

Adjuvant radiation therapy has been used in the management of osteosarcoma when wide surgical margins cannot be obtained; however, osteosarcomas are relatively resistant to radiation therapy, and doses in excess of 6000 Gy are required. The use of neoadjuvant chemotherapy (cisplatin, doxorubicin) appears to be of benefit in some patients. Response to chemotherapy appears to be related to the expression of the **p**-glycoprotein multidrug resistance gene; patients with tumors that do not express this protein have a dramatic response to chemotherapy and markedly improved survival. Neoadjuvant chemotherapy is now recommended as part of a multimodality regimen for patients with osteosarcoma.

Alkaline phosphatase levels, when elevated preoperatively, can be used to monitor patients for recurrence after treatment.

Ewing sarcoma (Lat. **endothelial myeloma**) is a malignant primary bone tumor of primitive neuroectodermal derivation. Ewing sarcoma represents 4-7% of all primary bone tumors and is the second most common malignant bone tumor in children. Osseous (OES) and extrasosseous (EOE) subtypes of Ewing sarcoma exist. OES accounts for most cases of Ewing sarcoma, and it has a predilection for the long bones (ie, femur, tibia, humerus) and pelvic girdle. Only 3% of cases of OES arise in the head and neck, where the calvaria and mandible are most frequently affected.

EOE accounts for 4-7% of all cases of Ewing sarcoma, and it most commonly affects the thigh, pelvis, and paravertebral soft tissues. The head and neck are the primary sites in 18% of cases of EOE. Most Ewing sarcomas occur in those aged 20 years or younger; more than 80% occur in patients aged 30 years or younger. Overall, a slight male predominance exists, but in head and neck sites, the sex distribution is equal. Metastasis is present in fewer than 20% of cases and primarily involves the lung; regional metastasis is uncommon.

The most common presenting feature in Ewing sarcoma is an enlarging mass or swelling; pain is present in approximately half of all patients. The etiology of these lesions is unknown, although a relationship between a history of prior irradiation or chemotherapy for childhood malignancies and subsequent development of Ewing sarcoma may exist. Radiologic studies characteristically demonstrate an osteolytic lesion and may show bone expansion, lamination, or cortical destruction; however, none of these findings is specific to Ewing sarcoma. Pathologic fractures may be present. CT scanning is considered superior to plain radiography in demonstrating disease extent and medullary involvement.

The pathologic appearances are identical for OES and EOE. On gross examination, Ewing sarcoma appears as a gray-white mass with areas of hemorrhage and necrosis. Histologically, Ewing sarcoma is a highly cellular lesion composed of small, densely packed cells with a low mitotic index and scant stroma. Cells are composed of uniformly appearing, small, round, hyperchromatic nuclei and scant cytoplasm; thus, it is designated a small, round, blue cell tumor. Prominent intracellular glycogen is present in Ewing sarcoma. On electron microscopy, neurosecretory granules can often be identified.

Results of immunohistochemical staining in Ewing sarcoma are positive with vimentin, HBA71, MIC2, and neuron-specific enolase; they are negative with muscle-specific actin, myogenin, and desmin. Despite the presence of neurosecretory granules, catecholamine secretion is not present. The cytogenetic translocation $t(11;22)(q24;q12)$ is present in more than 90% of Ewing sarcomas. The **MIC2** gene is expressed in more than 90% of Ewing sarcomas, as is the **MIC2** gene glycoprotein product p30-32 and the CD99 antigen. These translocations appear in primitive neuroectodermal tumors (pNETs).

The t(11;22)(q24;q12) translocation, **MIC2** gene, and its product p30-32 are also expressed in pNETs; this finding suggests that Ewing sarcoma is histogenetically related to pNET. Ewing sarcoma and pNET are likely related expressions of a spectrum of tumors, designated ES-pNET; Ewing sarcoma occurs most frequently and is the least differentiated tumor in this group.

Ewing sarcoma must be differentiated from other tumors that also have a small, round, blue cell appearance, in particular rhabdomyosarcoma and neuroblastoma. Rhabdomyosarcomas stain positive with muscle-specific actin, desmin, and myogen, and they do not express **MIC2**, unlike Ewing sarcoma. Neuroblastomas secrete catecholamines, stain positive with chromogranin, and do not have **MIC2**. The distinction between Ewing sarcoma and pNET is more difficult because of a lack of immunohistochemical markers that can be used to distinguish the two; an absence of neural differentiation supports a diagnosis of Ewing sarcoma.

Multimodality therapy for Ewing sarcoma is associated with markedly improved survival rates. Surgery followed by adjuvant XRT and multiagent chemotherapy dramatically improves survival rates, compared with single- or even dual-modality therapy. Complete surgical excision is undertaken whenever possible; nonoperative treatment is associated with a lower long-term survival rate than that of a treatment regimen that includes surgery. XRT has the risk of promoting the development of a second malignancy in young patients, and XRT may be withheld when complete surgical excision can be accomplished with clear margins. The use of adjuvant XRT is associated with improved local control because it treats microscopic residual disease. Multiagent chemotherapy has dramatically improved the 5-year survival rates from 10% prior to its use to 50-75% today. Ifosfamide with etoposide or vincristine, dactinomycin, and cyclophosphamide are most commonly used.

The prognosis appears to be dependent on the location of the primary tumor and the presence of distant metastasis at presentation. Survival rates in patients with Ewing sarcoma of the head and neck are significantly better than those of patients with tumors in other locations. Patients with cutaneous and subcutaneous variants of Ewing sarcoma are reported to have a very favorable prognosis. Ewing sarcoma is associated with a 5-year survival rate of approximately 70%. Survival rates for Ewing sarcoma vary depending on the bone involved; gnathic sites are associated with the best survival rates, followed by long-bone involvement; patients with these have a better prognosis than those with pelvic involvement.

Involvement of the cervical vertebrae by Ewing sarcoma is associated with an extremely poor prognosis. Overall 5-year survival rates for patients with Ewing sarcoma are 54-74%. At presentation, metastasis is present in fewer than 20% of patients with Ewing sarcoma, which most commonly involves the lungs. The presence of pulmonary metastasis is associated with an average survival time of 10 months. Most treatment failures in patients who do not have distant metastases at presentation result from local recurrence.

Alveolar soft part sarcoma. ASPS is a rare tumor, accounting for fewer than 1% of sarcomas. Head and neck involvement occurs in 27% of cases. The most common sites for ASPS in the head and neck are the orbit and tongue. Although this lesion can occur in patients of any age, most patients are younger than 40 years. The female-to-male ratio is 2:1. Tumors gradually enlarge and are painless; symptoms that occur are referable to the site involved. ASPS may initially manifest with symptoms resulting from cerebral metastases. ASPS tends to be highly vascular, and a bruit may be auscultated on examination. Both T1- and T2-weighted MRI shows high signal intensity.

Gross examination reveals a poorly circumscribed, friable, yellow or red lesion. Proliferation of blood vessels at the periphery of the lesion is common. Vascular and lymphatic infiltration can be identified at the margins of the tumor. The name ASPS is derived from its characteristic appearance at light microscopy, which is described as groups of epithelioid tumor cells in a highly vascular matrix. Grouped polygonal tumor cells with granular eosinophilic cytoplasm are arranged in an organoid configuration and separated by thin fibrovascular septa. Central areas within these nests of cells become necrotic, and the loss of architecture produces an alveolar appearance. Mitotic bodies are uncommon. Rhomboid and rod-shaped crystals are arranged in a sheaflike orientation in the cytoplasm of 75% of tumors. These produce positive results with PAS staining, are diastase resistant, and, when present, are diagnostic of ASPS.

Debate regarding the derivation of ASPS exists. ASPS is not related to any benign lesion. Some authors suggest a neuroendocrine origin, citing evidence of myelinated axon formation within the lesion. Others have not demonstrated this finding. Additionally, ASPS lacks the peripheral nerve myelin proteins P2 and P0, renin, and catecholamines. Most pathologists support the idea of a myogenous origin for ASPS because of the presence of MyoD1, myogen, and desmin in many lesions. Immunohistochemical stains for desmin are positive in 50% of tumors; reactivity to actin, MyoD1, vimentin, neuron-specific

enolase, and S-100 is more variable. Mutation at the 17q25 site has been reported in ASPS, although the significance of this finding is unclear.

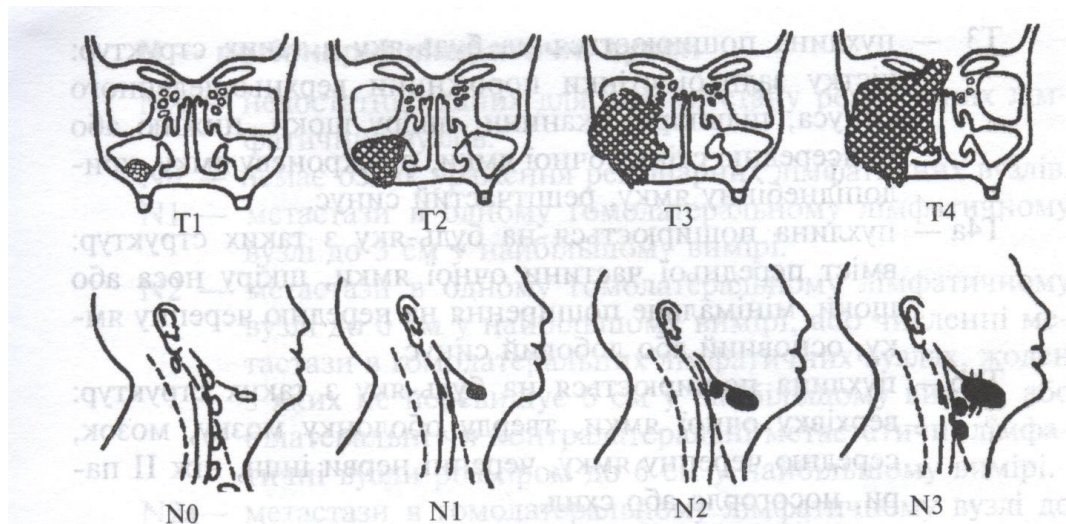
ASPS is associated with a deceptively indolent course. Distant metastasis is present in 25% of patients at initial presentation and most commonly involves the lung, bone, and brain. Cervical lymph node involvement is uncommon and occurs in 7% of cases. Surgical excision is the treatment of choice; elective neck dissection is not indicated because of the low incidence of cervical metastases. However, local recurrence and metastatic involvement can occur over a long period, contrary to other head and neck sarcomas. Local recurrence occurs in 20% of patients. Approximately 60% of patients who are free of metastases at initial presentation have distant metastases at some point after initial treatment. The survival rate at 5 years is reported to be 65%; however, when patients are monitored over time, the survival rate decreases to 38% at 10 years and 15% at 20 years.

Orbital lesions are associated with a disease-free survival period longer than that of other sites in the head and neck. Children have a better overall survival rate compared with that of adults. Adjuvant radiation therapy or chemotherapy has not been shown to provide any improvement in disease control or survival.

6. MATERIALS FOR SELF-CHECKING:

A. Tasks for self-checking (tables, scheme, pictures, graphics):

The scheme of growth of a tumour of maxillary antrum and ways of lymphatic process of metastasis.



B. Tasks for self-checking:

1. At the patient a swelling and reddening in a site of an internal corner of an eye, watering on the side of problem, mucous, purulent, containing some blood secretion from a nose with unpleasant smell, exophthalmus, restriction of movements of an eyeball, diplopia and decrease in visual acuity.

Where there is a cancer tumour?

(The answer: in a back, upper, internal part)

2. At the patient deformation of the maxilla at the left, pus and with blood secretion from a nose. It is complicated nasal breath, sensitivity of a skin in suborbital region is reduced. A teeth are mobile: 24, 25, 26, 27. On the X-ray of additional sinuses of a nose blackout of the left sinus and resorption the external bone is marked.

Put the preliminary diagnosis.

(The answer: a malignant tumour of the left maxilla)

3. At a cancer tumour in maxillary sinus how will be expressed reactive and regenerative processes on the part of a bone and periosteum? These attributes can be found out at carrying out of radiological research?

(The answer: are not expressed (absent))

C. Materials for test control. Test tasks with single right answer ($\alpha=2$):

1. Clinical symptoms of process in upper- back -mesial segment (by Ongren) of maxilla:

- A. Mobility of a frontal teeth.
- B. Mobility molars, trismus.
- C. Exophthalmus, diplopia, watering.
- D. Exophthalmus, diplopia, anesthesia in a zone of 3 branches of a trigeminal nerve.
- E. Asymmetry of the face.

(The right answer: C)

2. X-ray picture of odontogenic carcinoma (a primary cancer) the mandible?

- A. A cell of rarefaction in bone tissue with precise limits, regeneration as a processes in a surrounding bone are absent.
- B. A cell of rarefaction in bone tissue without precise limits, regeneration as a processes in a surrounding bone are absent.

C. A cell of rarefaction in bone tissue with precise limits, are expressed regeneration as a processes in a surrounding bone.

D. A cell of rarefaction in a bone without precise limits, are expressed regenerative processes in a surrounding bone.

E. A cell of dilution, (rarefaction) of bones with precise limits as « soap bubbles »

(The right answer: B)

3. A synonym of a primary (central) cancer of a jaw:

- A. A sarcoma of a jaw.
- B. Ewing's sarcoma.
- C. Odontogenic carcinoma.
- D. Paget`s disease.
- E. Ameloblastoma.

(The right answer: C)

D. Educational tasks of 3-rd level (atypical tasks):

1. On what sectors planes by Ongren conditionally divide maxillary sinus?

(the Answer:

- Forward -bottom -back;
- Back -top -internal;
- Back -top -external.)

8. What include in the block of tissues which removal of the lymphatic system of a neck by Crile, 1906?

(The answer: a cellular tissue and lymph nodes of a neck, sternocleidomastoideus muscle, internal jugular vein, an additional nerve, submandibular gland and the lower pole of parotid gland.)

3. What are into the block of tissues which removal at operation by Vanash, 1911?

(The answer: removal submental, submandibular lymph nodes, deep cervical lymph nodes, which in a zone from a m. digastricus to the top edge of a sinew of a m. omohyoideus, plus both submandible glands and the lower pole of parotid gland.)

7. Literature:

7.1. Basic literature:

1. James, H. (1979). Promises in the Dark. New York: Bantam Books. [ISBN 0-553-13453-1](#). Story of a young girl's osteosarcoma fight and its effect on her relationship with her boyfriend

2. Belshaw, Sheila M. (2001). Fly With a Miracle. Denor Press. [ISBN 0-9526056-7-8](#). The story of a family's journey through teenage osteosarcoma and its aftermath.

3. Trottier, Maxine (2005). Terry Fox: A Story of Hope. Markham, Ont: Scholastic Canada. [ISBN 0-439-94888-6](#). About Terry Fox and his quest to raise \$25 million for cancer research by running across Canada on his prosthetic leg. Also The Terry Fox Story, a 1983 movie.

4. Jaffe, N. (2010). Pediatric and Adolescent Osteosarcoma. New York: Springer. [ISBN 978-1-4419-0283-2](#). Osteosarcoma research: past, present and future.

7.2. Additional literature:

1. Cawson R A, Binnie W H, Barrett A W, Wright J M 2001 Oral disease, 3rd Edn Mosby-Wolfe, London

**Ministry of health Ukraine
Higher state educational establishment of Ukraine
«Ukrainian medical stomatological academy»**

It is «ratified»
at meeting of chair of surgical stomatology
and maxillofacial surgery with plastic and
reconstructive surgery of the head and neck

The Head of the chair

doctor of medicine Aveticov D. S.



**METHODICAL INSTRUCTION
FOR INDEPENDENT WORK OF STUDENTS DURING PREPARATION FOR PRACTICAL
(SEMINAR) LESSON**

Names of the discipline	Surgical stomatology
Module №	3
Thematic module №	3
Theme of lesson	Cancer of a lip. Cancer of organs of an oral cavity (tongue, cheek, mouth floor, hard and soft palate). Original and histological structure, classification, clinic, differential diagnostics, treatment, complication, prevention.
Course	IV
Faculty	Stomatological

1. SUBJECT URGENCY.

In recent years continuous growth of frequency of incidence on a cancer of a mucous membrane of an oral cavity and tongue is observed. Therefore future doctor should be informed with the reasons of emergence of a cancer; necessary understanding of carcinogenesis without what it is not possible to prove theoretically application both preventive measures, and treatment methods. Efficiency of treatment of malignant tumors completely depends on diagnostics condition., mastering by principles and practical skills from prevention, early diagnostics, knowledge of indications and contra-indications to modern methods of treatment of oncological diseases and the organization of oncological service is necessary for the timely direction of patients with tumors to specialists oncologists.

2. SPECIFIC GOALS:

- 2.1. To analyze incidence of malignant new growths of a lip, language, a mucous membrane of an oral cavity.
- 2.2. To explain pathogenesis of emergence of malignant new growths of lips, a mucous membrane of an oral cavity, tongue.
- 2.3. To offer methods of diagnostics of malignant new growths of lips, a mucous membrane of an oral cavity, tongue.
- 2.4. To classify malignant new growths of lips, a mucous membrane of an oral cavity, tongue.
- 2.5. To treat pathological anatomy of malignant new growths of a lip, tongue, a mucous membrane of an oral cavity.
- 2.6. To draw schemes, graphics of malignant new growths of a lip, tongue, a mucous membrane of an oral cavity.
- 2.7. To analyze conclusions of diagnostic methods of malignant new growths of a lip, tongue, a mucous membrane of an oral cavity, to establish the diagnosis.
- 2.8. To combine the plan of treatment of malignant new growths of a lip, tongue, a mucous membrane of an oral cavity depending on a stage of a disease and clinical group.

3. BASIC LEVEL OF PREPARATION.

Names of the previous disciplines	The received skills
1. Human anatomy.	Description of an anatomic structure and features of blood supply, innervation, lymphatic system of the chairman and neck.
2. Histology.	Knowledge of a histological structure of fabrics of lips, tongue, mucous membrane of an oral cavity.
3. Pathological anatomy.	Knowledge of pathological changes in a histological structure of fabrics of lips, tongue, mucous membrane of an oral cavity at malignant new growths.
4. Internal diseases.	Description of patient's records, comparison of clinical inspections.
5. General surgery.	The schematic image of operations at malignant new growths of lips, a mucous membrane of an oral cavity, tongue.
6. Propaedeutics of surgical stomatology.	Possession of a fence of a material for cytological research.

4. TASKS FOR INDEPENDENT WORK DURING PREPARATION FOR LESSON.

4.1. The list of the main terms, parameters, characteristics which the student should know during preparation for lesson:

Term	Definition
1. A cancer on a place.	It is cancer in situ.
2. Total biopsy.	Biopsy in toto.
3. Disease continuation.	Prolongatio morbid.
4. Metastasis.	The secondary pathological center which results from transfer in an organism of a different pathological material.
5. Carcinogenesis.	Mechanism of development of a cancer.

4.2. Theoretical questions to lesson:

1. What factors influence emergence of malignant new growths of lips, tongue, a mucous membrane of an oral cavity.
2. How malignant new growths of lips, tongue, a mucous membrane of an oral cavity (domestic classification) are classified?
3. How malignant new growths of lips, tongue, a mucous membrane of an oral cavity behind TNM classification (the international classification of WHO) are classified?
4. What principles of diagnostics of malignant new growths of lips, tongue, mucous membrane of an oral cavity.
5. What is the cytological method of research? At malignant new growths of lips, tongue, a mucous membrane of an oral cavity you know what methods of a fence of a material? Performance techniques.
6. What is the biopsy? You know what methods of a biopsy of lips? Techniques of performance of different methods of a biopsy.
7. It is necessary to adhere to what rules during a biopsy capture?
8. What principles of treatment of malignant new growths of lips, tongue, mucous membrane of an oral cavity.
9. What is the combined treatment?
10. What is the complex treatment?
11. What is the palliative treatment?
12. How medical examination of patients with malignant new growths of lips, tongue, a mucous membrane of an oral cavity is carried out?

4.3. Practical works (task) which are carried at the lesson:

1. To investigate the patient with a malignant new growth of lips, a mucous membrane of an oral cavity or tongue.
2. To fill medical documentation on the patient with a malignant new growth of lips, a mucous membrane of an oral cavity or tongue.
3. To combine the plan of investigation of the patient with a malignant new growth of lips, a mucous membrane of an oral cavity or tongue.
4. To take a material for cytological research of a tumor.
5. To carry out a fence to a material for cytological research of lymph nodes.
6. To carry out a fence to a material for histological research (to execute a biopsy).
7. To put and prove the clinical diagnosis.
8. To combine and prove the treatment plan.
9. To appoint to the patient dispensary supervision.

5. ORGANIZATION OF THE MAINTENANCE OF THE TRAINING MATERIAL.

Possible signs of lip and oral cavity cancer include a sore or lump on the lips or in the mouth.

These and other symptoms may be caused by lip and oral cavity cancer. Other conditions may cause the same symptoms. A doctor should be consulted if any of the following problems occur:

- A sore on the lip or in the mouth that does not heal.
- A lump or thickening on the lips or gums or in the mouth.
- A white or red patch on the gums, tongue, tonsils, or lining of the mouth.
- Bleeding, pain, or numbness in the lip or mouth.
- Change in voice.
- Loose teeth or dentures that no longer fit well.
- Trouble chewing or swallowing or moving the tongue or jaw.
- Swelling of jaw.
- Sore throat or feeling that something is caught in the throat.

Lip and oral cavity cancer may not have any symptoms and is sometimes found during a regular dental exam.

Tests that examine the mouth and throat are used to detect (find), diagnose, and stage lip and oral cavity cancer.

The following tests and procedures may be used:

Physical exam of the lips and oral cavity: An exam to check the lips and oral cavity for abnormal areas. The doctor or dentist will feel the entire inside of the mouth with a gloved finger and examine the

oral cavity with a small long-handled mirror and lights. This will include checking the insides of the cheeks and lips; the gums; the roof and floor of the mouth; and the top, bottom, and sides of the tongue. The neck will be felt for swollen lymph nodes. A history of the patient's health habits and past illnesses and medical and dental treatments will also be taken.

Endoscopy: A procedure to look at organs and tissues inside the body to check for abnormal areas. An endoscope is inserted through an incision (cut) in the skin or opening in the body, such as the mouth. An endoscope is a thin, tube-like instrument with a light and a lens for viewing. It may also have a tool to remove tissue or lymph node samples, which are checked under a microscope for signs of disease.

X-rays of the head, neck, and chest: An x-ray is a type of energy beam that can go through the body and onto film, making a picture of areas inside the body.

Biopsy: The removal of cells or tissues so they can be viewed under a microscope by a pathologist. If leukoplakia is found, cells taken from the patches are also checked under the microscope for signs of cancer.

MRI (magnetic resonance imaging): A procedure that uses a magnet, radio waves, and a computer to make a series of detailed pictures of areas inside the body. This procedure is also called nuclear magnetic resonance imaging (NMRI).

CT scan (CAT scan): A procedure that makes a series of detailed pictures of areas inside the body, taken from different angles. The pictures are made by a computer linked to an x-ray machine. A dye may be injected into a vein or swallowed to help the organs or tissues show up more clearly. This procedure is also called computed tomography, computerized tomography, or computerized axial tomography.

Certain factors affect prognosis (chance of recovery) and treatment options.

Prognosis (chance of recovery) depends on the following:

- The stage of the cancer.
- Where the tumor is in the lip or oral cavity.
- Whether the cancer has spread to blood vessels.

For patients who smoke, the chance of recovery is better if they stop smoking before beginning radiation therapy.

Treatment options depend on the following:

- The stage of the cancer.
- The size of the tumor and where it is in the lip or oral cavity.
- Whether the patient's appearance and ability to talk and eat can stay the same.
- The patient's age and general health.

Patients who have had lip and oral cavity cancer have an increased risk of developing a second cancer in the head or neck. Frequent and careful follow-up is important. Clinical trials are studying the use of retinoid drugs to reduce the risk of a second head and neck cancer.

Stages of Lip and Oral Cavity Cancer

After lip and oral cavity cancer has been diagnosed, tests are done to find out if cancer cells have spread within the lip and oral cavity or to other parts of the body.

The process used to find out if cancer has spread within the lip and oral cavity or to other parts of the body is called staging. The information gathered from the staging process determines the stage of the disease. It is important to know the stage in order to plan treatment. The results of the tests used to diagnose lip and oral cavity cancer are also used to stage the disease.

The three ways that cancer spreads in the body are:

- Through tissue. Cancer invades the surrounding normal tissue.
- Through the lymph system. Cancer invades the lymph system and travels through the lymph vessels to other places in the body.
- Through the blood. Cancer invades the veins and capillaries and travels through the blood to other places in the body.

When cancer cells break away from the primary (original) tumor and travel through the lymph or blood to other places in the body, another (secondary) tumor may form. This process is called metastasis. The secondary (metastatic) tumor is the same type of cancer as the primary tumor. For example, if breast cancer spreads to the bones, the cancer cells in the bones are actually breast cancer cells. The disease is metastatic breast cancer, not bone cancer.

The following stages are used for lip and oral cavity cancer:

Stage 0 (Carcinoma in Situ) In stage 0, abnormal cells are found in the lining of the lips and oral cavity. These abnormal cells may become cancer and spread into nearby normal tissue. Stage 0 is also called carcinoma in situ.

Stage I In stage I, cancer has formed and the tumor is 2 centimeters or smaller. Cancer has not spread to the lymph nodes.

Stage II In stage II, the tumor is larger than 2 centimeters but not larger than 4 centimeters, and cancer has not spread to the lymph nodes.

Stage III In stage III, the tumor:

- may be any size and has spread to a single lymph node that is 3 centimeters
- or smaller, on the same side of the neck as the cancer or is larger than 4 centimeters.

Stage IV is divided into stages IVA, IVB, and IVC as follows:

In stage IVA, the tumor:

- has spread to nearby tissues in the lip and oral cavity; or
- is any size and may have spread to nearby tissues in the lip and oral cavity. Cancer has spread to 1 or more lymph nodes on one or both sides of the neck, and the involved lymph nodes are 6 centimeters or smaller.

In stage IVB, the tumor:

- may be any size and has spread to one or more lymph nodes that are larger than 6 centimeters; or
- has spread to the muscles or bones in the oral cavity, or to the base of the skull and/or the carotid artery. Cancer may have spread to one or more lymph nodes on one or both sides of the neck.

In stage IVC, the tumor has spread beyond the lip and oral cavity to other parts of the body. The tumor may be any size and may have spread to the lymph nodes.

Lip cancer is a type of oral cancer that can affect the tissues of the lip. The uncontrollable growth of cells in the lip tissues leads to formation of the cancer. This cancer can spread to other parts of the mouth and face. It can spread as the nerves in the lips are interconnected with other nerves in the face. When the cancer forms in the flat cells of the lips, mouth and tongue, it is referred to as oral squamous cell carcinoma. The lip cancer symptoms are often non-specific. They appear similar to a non-serious conditions and thus overlooked. However, early detection of the cancer will help in maximum treatment of the condition.

Factors that Lead to Lip Cancer. The exact cause of lip cancer is still a bit dicey. It is often seen in people who live in areas that receive maximum sunlight. Even the slightest damage by the sun, can lead to cancer of the lips. Other risk factors that lead to cancer of the lips include:

- Excessive use of tobacco products like cigarettes, cigars and chewing tobacco
- Chronic and heavy alcohol use
- Infection with human papillomavirus (HPV)
- Light colored skin people exposed to a lot of sunlight
- Common in men and people over the age of 40 to 45 years of age

Signs that Indicate Lip Cancer

The lip cancer signs are often similar to other health conditions that are not very serious. Many times, dentists tend to observe presence of oral cancers during a routine dental examination. Some of the lip cancer symptoms include the following:

- People who develop sores on their lips or within the mouth like a cold sore that does not heal for a long time, may indicate lip cancer.
- A lump on the lip or the mouth that may be painful and does not heal quickly indicates cancer. This lump may even be present in the throat, indicating an oral cancer.
- An unusual white or red patch on the gums, tongue or the inner lining of the mouth or under the inner side of the lip may indicate cancer.
- Bleeding from the lip from the ulcers or sores that do not heal.
- Change in color of the lips or a small patch on the lip may indicate the presence of cancerous cells.
- Unusual Sensations. Constant or persistent numbness, tingling, pain or paresthesia in the lips for no reason at all may be one of the symptoms.
- Thickened Lip. Lips are generally soft and supple in nature. But, if you feel the lip(s) are hardening or thickening in a particular area, it is better to pay a visit to a doctor.

If one observes other serious symptoms like loss of consciousness, high fever, excessive bleeding from lips, rapid heartbeat and lethargy along with any of the above symptoms, visit a medical health care provider immediately.

Treatment Options by Stage

Stage I Lip and Oral Cavity Cancer

Treatment of stage I lip and oral cavity cancer depends on where cancer is found in the lip and oral cavity.

Lip

If cancer is in the lip, treatment may include the following:

- Surgery (wide local excision).
- Internal radiation therapy with or without external radiation therapy.

Front of the tongue

If cancer is in the front of the tongue, treatment may include the following:

- Surgery (wide local excision).
- Internal radiation therapy with or without external radiation therapy.
- Radiation therapy to lymph nodes in the neck.

Buccal mucosa

If cancer is in the buccal mucosa (the lining of the inside of the cheeks), treatment may include the following:

- Surgery (wide local excision) for tumors smaller than 1 centimeter, with or without internal and/or external radiation therapy.
- Surgery (wide local excision with skin graft) or radiation therapy for larger tumors.

Floor of the mouth

If cancer is in the floor (bottom) of the mouth, treatment may include the following:

- Surgery (wide local excision) for tumors smaller than ½ centimeter.
- Surgery (wide local excision) or radiation therapy for larger tumors.

Lower gingival

If cancer is in the lower gingiva (gums), treatment may include the following:

- Surgery (wide local excision, which may include removing part of the jawbone, and skin graft).
- Radiation therapy with or without surgery.

Retromolar trigone

If cancer is in the retromolar trigone (the small area behind the wisdom teeth), treatment may include the following:

- Surgery (wide local excision, which may include removing part of the jawbone.)
- Radiation therapy with or without surgery.

Upper gingiva or hard palate

If cancer is in the upper gingiva (gums) or the hard palate (the roof of the mouth), treatment is usually surgery (wide local excision) with or without radiation therapy.

Stage II Lip and Oral Cavity Cancer

Treatment of stage II lip and oral cavity cancer depends on where cancer is found in the lip and oral cavity.

Lip

If cancer is in the lip, treatment may include the following:

- Surgery (wide local excision).
- External radiation therapy and/or internal radiation therapy.

Front of the tongue

If cancer is in the front of the tongue, treatment may include the following:

- Radiation therapy and/or surgery (wide local excision).
- Internal radiation therapy with surgery (neck dissection).

Buccal mucosa

If cancer is in the buccal mucosa (the lining of the inside of the cheeks), treatment may include the following:

- Radiation therapy for tumors that are 3 centimeters or smaller.

- Surgery (wide local excision) and/or radiation therapy for larger tumors.

Floor of the mouth

If cancer is in the floor (bottom) of the mouth, treatment may include the following:

- Surgery (wide local excision)
- Radiation therapy
- Surgery (wide local excision) followed by external radiation therapy, with or without internal radiation therapy, for large tumors

Lower gingival

If cancer is in the lower gingiva (gums), treatment may include the following:

- Surgery (wide local excision, which may include removing part of the jawbone, and a skin graft).
- Radiation therapy alone or after surgery.

Retromolar trigone

If cancer is in the retromolar trigone (the small area behind the wisdom teeth), treatment may include the following:

- Surgery (wide local excision, which includes removing part of the jawbone).
- Radiation therapy with or without surgery.

Upper gingiva or hard palate

If cancer is in the upper gingiva (gums) or the hard palate (the roof of the mouth), treatment may include the following:

- Surgery (wide local excision) with or without radiation therapy.
- Radiation therapy alone.

Stage III Lip and Oral Cavity Cancer

Treatment of stage III lip and oral cavity cancer depends on where cancer is found in the lip and oral cavity.

Lip

If cancer is in the lip, treatment may include the following:

- Surgery and external radiation therapy with or without internal radiation therapy.
- A clinical trial of chemotherapy before or after surgery.
- A clinical trial of chemotherapy and radiation therapy.
- A clinical trial of hyperfractionated radiation therapy.

Front of the tongue

If cancer is in the front of the tongue, treatment may include the following:

- External radiation therapy with or without internal radiation therapy.
- Surgery (wide local excision) followed by radiation therapy.
- A clinical trial of chemotherapy and radiation therapy.
- A clinical trial of hyperfractionated radiation therapy.

Buccal mucosa

If cancer is in the buccal mucosa (the lining of the inside of the cheeks), treatment may include the following:

- Surgery (wide local excision) with or without radiation therapy.
- Radiation therapy
- A clinical trial of chemotherapy before or after surgery.
- A clinical trial of chemotherapy and radiation therapy.
- A clinical trial of hyperfractionated radiation therapy.

Floor of the mouth

If cancer is in the floor (bottom) of the mouth, treatment may include the following:

- Surgery (wide local excision, which may include removing part of the jawbone, with or without neck dissection).
- External radiation therapy with or without internal radiation therapy.
- A clinical trial of chemotherapy before or after surgery.
- A clinical trial of chemotherapy and radiation therapy.
- A clinical trial of hyperfractionated radiation therapy.

Lower gingival

If cancer is in the lower gingiva (gums), treatment may include the following:

- Surgery (wide local excision) with or without radiation therapy. Radiation may be given before or after surgery.
- A clinical trial of chemotherapy and radiation therapy.
- A clinical trial of hyperfractionated radiation therapy.

Retromolar trigone

If cancer is in the retromolar trigone (the small area behind the wisdom teeth), treatment may include the following:

- Surgery to remove the tumor, lymph nodes, and part of the jawbone, with or without radiation therapy.
- A clinical trial of chemotherapy before or after surgery.
- A clinical trial of chemotherapy and radiation therapy.
- A clinical trial of hyperfractionated radiation therapy.

Upper gingival

If cancer is in the upper gingiva (gums), treatment may include the following:

- Radiation therapy
- Surgery (wide local excision) and radiation therapy.
- A clinical trial of chemotherapy and radiation therapy.
- A clinical trial of hyperfractionated radiation therapy.

Hard palate

If cancer is in the hard palate (the roof of the mouth), treatment may include the following:

- Radiation therapy
- Surgery (wide local excision) with or without radiation therapy.
- A clinical trial of chemotherapy and radiation therapy.
- A clinical trial of hyperfractionated radiation therapy.

Lymph nodes

For cancer that may have spread to lymph nodes, treatment may include the following:

- Radiation therapy and/or surgery (neck dissection).
- A clinical trial of chemotherapy and radiation therapy.
- A clinical trial of hyperfractionated radiation therapy.

Stage IV Lip and Oral Cavity Cancer

Treatment of stage IV lip and oral cavity cancer depends on where cancer is found in the lip and oral cavity.

Lip

If cancer is in the lip, treatment may include the following:

- Surgery and external radiation therapy with or without internal radiation therapy.
- A clinical trial of chemotherapy and radiation therapy.
- A clinical trial of chemotherapy before or after surgery.
- A clinical trial of hyperfractionated radiation therapy.

Front of the tongue

If cancer is in the front of the tongue, treatment may include the following:

- Surgery to remove the tongue and sometimes the larynx (voice box) with or without radiation therapy.
- Radiation therapy as palliative therapy to relieve symptoms and improve quality of life.
- A clinical trial of chemotherapy and radiation therapy.
- A clinical trial of chemotherapy before or after surgery.
- A clinical trial of hyperfractionated radiation therapy.

Buccal mucosa

If cancer is in the buccal mucosa (the lining of the inside of the cheeks), treatment may include the following:

- Surgery (wide local excision) and/or radiation therapy.
- A clinical trial of chemotherapy and radiation therapy.
- A clinical trial of chemotherapy before or after surgery.
- A clinical trial of hyperfractionated radiation therapy.

If cancer is in the floor (bottom) of the mouth, treatment may include the following:

- Surgery before or after radiation therapy.
- A clinical trial of chemotherapy and radiation therapy.

- A clinical trial of chemotherapy before or after surgery.
- A clinical trial of hyperfractionated radiation therapy.

Lower gingival

If cancer is in the lower gingiva (gums), treatment may include the following:

- Surgery and/or radiation therapy.
- A clinical trial of chemotherapy and radiation therapy.
- A clinical trial of chemotherapy before or after surgery.
- A clinical trial of hyperfractionated radiation therapy.

Retromolar trigone

If cancer is in the retromolar trigone (the small area behind the wisdom teeth), treatment may include the following:

- Surgery to remove the tumor, lymph nodes, and part of the jawbone, followed by radiation therapy.
- A clinical trial of chemotherapy and radiation therapy.
- A clinical trial of chemotherapy before or after surgery.
- A clinical trial of hyperfractionated radiation therapy.

Upper gingiva or hard palate

If cancer is in the upper gingiva (gums) or hard palate (the roof of the mouth), treatment may include the following:

- Surgery with radiation therapy.
- A clinical trial of chemotherapy and radiation therapy.
- A clinical trial of chemotherapy before or after surgery.
- A clinical trial of hyperfractionated radiation therapy.

Lymph nodes

For cancer that may have spread to lymph nodes, treatment may include the following:

- Radiation therapy and/or surgery (neck dissection).
- A clinical trial of chemotherapy and radiation therapy.
- A clinical trial of chemotherapy before or after surgery.
- A clinical trial of hyperfractionated radiation therapy.
-

Treatment Options for Recurrent Lip and Oral Cavity Cancer

Treatment of recurrent lip and oral cavity cancer may include the following:

- Surgery, if radiation therapy was used before.
- Surgery and/or radiation therapy, if surgery was used before.
- A clinical trial of chemotherapy with or without radiation therapy.
- A clinical trial of hyperthermia therapy.

Tongue Cancer

The most common type of cancer of the tongue is called Squamous Cell Carcinoma. There are other types of cancers of the tongue but they are statistically uncommon. If you have questions about some of these more rare cancers, read more.

The tongue is actually divided into 2 separate anatomical areas, the oral tongue is the part you can "stick out" at somebody and extends backward to a V-shaped group of lumps on the back of the tongue which are actually specialized taste buds. The base of tongue is behind these. The oral tongue and the base of the tongue comprise the whole tongue but it is important to know that they develop from different embryonic tissue and really are somewhat dissimilar. Most importantly, this explains why the treatment for squamous cell carcinoma for the oral tongue is usually quite different from the treatment for squamous cell carcinoma of the base of tongue.

Squamous Cell Cancer of the oral tongue.

This tumor is usually located on the side, or what we call the lateral border, of the oral tongue. It is usually somewhat ulcerated and is grayish-pink to red in color. It will often bleed easily if bitten or touched. It is generally seen in the older age groups though we have had one 21 year old woman present with a small cancer, and just recently a 32 old lady from the Austin area come to us from the Internet for treatment of a significant squamous cell cancer of the tongue. Smoking and drinking are known to contribute to the formation of the cancers, although some folks have developed squamous cancer of the tongue with no known extra risk factors.

Most very small cancers of the oral tongue can be quickly and successfully treated by surgical removal leaving behind little cosmetic or functional change. THIS IS NOT ALWAYS TRUE, HOWEVER, AS THERE CAN BE MANY VARIABLES AND FACTORS THAT CAN SERIOUSLY IMPACT SPEECH AND SWALLOWING. This can only be assessed by a face to face Surgeon/Patient meeting and examination.

Larger cancers may indeed have some effect on speech and on swallowing, but one must remember that not treating this problem would cause far more significant problems, up to, and including death. If one thinks about that for a moment; a few changes in speech or swallowing seem like a pretty good swap.

There is a school of thought that small oral tongue cancers can be better managed by radiation therapy alone, and this is indeed true in some cases, especially where the patient has serious heart and/or lung disease that might make anesthesia risky. Fortunately, this is a rare occurrence.

The main reason for treating small squamous cancer of the oral tongue with surgery is that it is at least as curative as radiation, possibly better, it is over with quickly, oftentimes done as an out patient procedure instead of 5 - 6 weeks of daily therapy, it may be significantly less expensive, and finally, and most importantly, it means that if a patient were to later present with a 2nd or 3rd Squamous Cell Cancer of the mouth/throat/or voice box area, you would still have radiation therapy as a treatment option, perhaps then being able to avoid a significant and disfiguring operation. There is a limit as to how much radiation normal tissue can take before it dies.

Some cases of Oral Tongue Cancer can be treated with just removal of the primary tumor in the tongue. But as the size of the primary tumor increases the statistical possibility of some cancer cells spreading through lymphatic vessels to the lymph nodes of the neck increases. The site and pattern of the involved lymph nodes is pretty much constant --- that is to say we know where in the neck to look for enlarged lymph nodes that might contain metastatic cancer cells from the oral tongue cancer. Exceptions to these rules are sometimes seen, but they are uncommon. When the presence of enlarged lymph nodes in the neck is detected or when the index of suspicion is high that there may be cancer cells present in lymph nodes, then an operation called a neck dissection is performed to remove these "secondary" deposits of cancer. Remember, the oral tongue cancer is the "primary" tumor from where the spreading cells originate.

There are many forms of neck dissections from radical to conservative and I can not really go into the differences and unique characteristics of each one. Suffice to say that this is an area of medical judgement and decision making that relies heavily on the experience of the surgeon. While many physicians may have had some exposure to neck dissections at some point in their career, there are very few Head and Neck Surgeons, usually found in large medical centers, who can truly say that their career has been dedicated to this type of disease and they have done hundreds or perhaps thousands of these procedures. At The Head and Neck Surgery Clinic of Houston, we will have been doing Head and Neck cancer surgery and neck dissections for half a century come 1999.

Finally, there may sometimes be the need to perform plastic surgery and/or reconstruction following removal of the tumor, and radiation treatments may have to be given after the surgery to try to minimize the possibility of recurrence of the disease and ultimate treatment failure. Yes, sometimes in spite of every effort, every bit of hard work, in spite of supportive care and even our prayers, some patients will be lost to this disease. It is a sad thing to have to watch and be a part of, but it is one of life's unpleasant realities. For now, we will have to content ourselves with the knowledge that most of our tongue cancer patients survive quite nicely and hope that new research and new discoveries in the future will allow us to help our patients even more.

Squamous Cell Cancer of the base of tongue

Like the oral tongue, the base of tongue (or posterior 1/3) can also grow several types of cancers, but again, squamous cell carcinoma is the most common and we will direct our comments with that in mind. Unlike oral tongue cancers, base of tongue squamous cell cancer is usually larger when diagnosed because in the early stages it can not be seen and it creates few, if any, symptoms. Later however, base of tongue cancer may create pain, a sense of fullness, changes in what the voice sounds like, and perhaps even some difficulty in swallowing. Also, because the diagnosis often comes a bit later, a greater number of patients with this disease will already have neck metastasis, that is, cancer cells in the lymph nodes of the neck, by the time they are seen by the Head and Neck Surgeon.

While it may technically be feasible to surgically remove some base of tongue cancers, it is our opinion that most can and should be treated by radiotherapy. These tumors are arguably more sensitive to radiation treatment than some other cancers. Certainly, there are exceptions to this. Radiation therapy can

also be used to control the cancer in the neck nodes as long as it is not too advanced. Interestingly, in those cases, we will sometimes remove massive neck node disease before starting radiation therapy when we know that x-ray therapy alone would not be successful in controlling the neck disease.

The prognosis after treatment of base of tongue cancer will vary from patient to patient as with any type of malignant disease. It has been our experience that the cure rate is good, but not quite as good as for early detected oral tongue cancer. The fact that base of tongue cancers are usually larger at the time of diagnosis probably is a significant contributing factor to this disparity. Very large base of tongue cancer may require a combination of surgery and radiation.

Palate Cancer

The palate is commonly called the roof of the mouth. It is divided into two parts: the bony hard palate in the front, and the fleshy soft palate (called the velum) in the back of the mouth. The hard palate is part of the oral cavity and the soft palate is part of the oropharynx.

The hard palate creates a barrier between the mouth and the nasal cavity. A natural opening in the palate for nerves and blood vessels (near the third molar) can create a passageway for a tumor to spread into the nasal cavity.

The soft palate closes the nasal passage during swallowing so food does not enter the nose. It also helps create speech sounds. If the palate does not function correctly during speech, air escapes through the nose, and the speech has a nasal sound. During a sneeze, the soft palate closes the nasal passage to protect it. Substances in the sneeze are thrown out into mouth.

Symptoms

Most cancer of the palate is squamous cell. Cancer of the palate usually first noticed as an ulcer in the mouth. At first the ulcer is painless, but later becomes painful. Other symptoms also occur:

- As the mass grows it can bleed
- A foul odor in the mouth
- Loose teeth or dentures no longer fit
- Changes in speech
- Difficulty swallowing
- Unable to open the jaw (trismus)
- A lump in the neck

Causes and Risk Factors

Tobacco and alcohol use are risk factors for cancer of the soft palate.

Reverse smoking is a risk factor for cancer of the hard palate. In reverse smoking, the lit end of the cigarette is placed in the mouth. Intense heat is generated during this style of smoking.

Diagnosis

The surgeon will examine the palate with a mirror or a small, flexible scope. A tissue sample (biopsy) may be taken of any abnormal areas. A pathologist will then examine the sample under a microscope.

If palate cancer is diagnosed early, the treatment is very successful. The doctor may order the following imaging procedures if it is suspected that the cancer has spread beyond the palate:

- Blood tests
- X-rays or CT scan to determine if the tumor has spread to the lung
- Fine Needle Aspiration Biopsy (FNA). A thin needle is placed into the in the mouth. The cells are aspirated, and then examined under a microscope to determine if the lump is cancerous.
- Imaging studies to determine if the tumor has invaded nearby tissues or other organs in the body.
 - Orthopantomography (Panorex) is a panoramic X-ray of the upper and lower jaw. It shows a view from ear to ear and it helps determine if a tumor has grown into the jaw bone.
 - CT scan. A special type of x-ray that makes a series of detailed pictures, with different angles, of areas inside the mouth and neck. A computer is linked to the x-ray machine. A dye may be injected into a vein or swallowed in a pill to help highlight the organs or tissues on the x-ray. This procedure is also called computed tomography, computerized tomography, or computerized axial tomography.
 - MRI (magnetic resonance imaging). A machine that uses a magnet, radio waves, and a computer to make detailed pictures of areas inside the mouth and neck. This procedure is also called nuclear magnetic resonance imaging (NMRI).

- PET scan. During a positron emission tomography scan (PET), a small amount of radioactive glucose (sugar) is injected into a vein. The scanner makes computerized pictures of the areas inside the body. Cancer cells absorb more radioactive glucose than normal cells, so the tumor is highlighted on the pictures.

Treatments

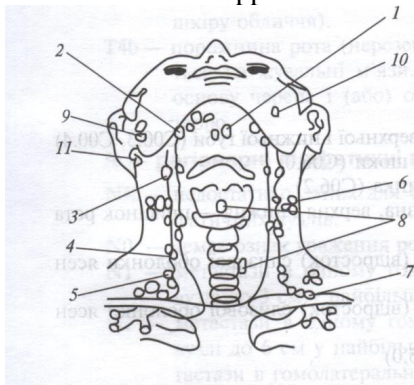
Radiation therapy is the primary treatment for moderate or advanced cancers of the soft palate. Laser microsurgery is used for small and medium-sized tumors. Radiation may be combined with chemotherapy or surgery when needed.

Surgery is the preferred treatment for cancer of the hard palate.

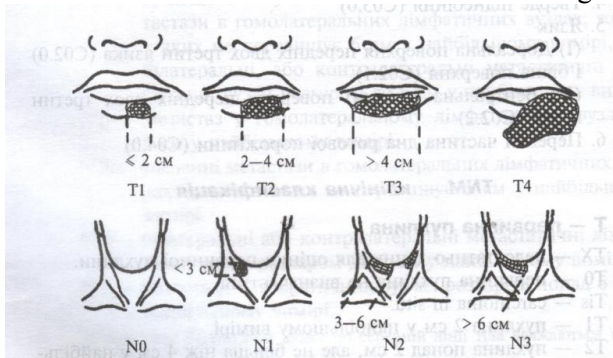
6. MATERIALS FOR SELF-CHECKING:

A. Tasks for self-checking (the table, schemes, drawings, graphics):

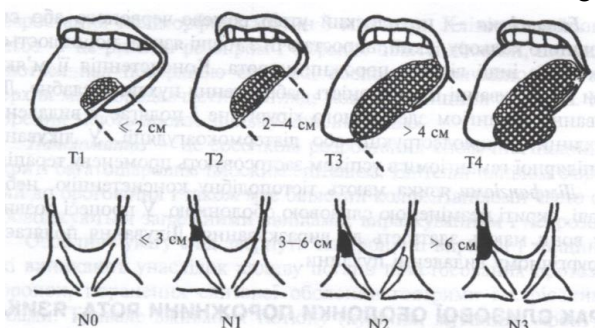
Limthatic aparate of neck



Anatomic scheme of classification of stages of lip's cancer



Anatomic scheme of classification of stages of tongue's cancer



B. Test tasks for self checking:

1. What histologic forms of a cancer of a lip meet more often?
(Answer: ploskokletochny)
2. What stages of a cancer of tongue consider started?
(Answer: III and IV stage)
3. Specify an optimum method of a cancer therapy of the bay T1 of NOMO.

(Answer: similarfocus X-ray)

C. Materials for test control. Test tasks with single right answer ($\alpha = 2$):

1. Cancer cases of a mucous membrane of an oral cavity:

- A. Decreases.
- B. Stable.
- C. Raises.

(Right answer: C)

2. The most frequent morphological form of malignant tumors of a mucous membrane of an oral cavity is:

- A. Planocellular cancer.
- B. Sarcoma.
- C. Mucoepidermoid tumor.
- D. Cylindroma.
- E. Not differentiated cancer.

(Right answer: A)

3. The most frequent localization of a cancer of a mucous membrane of an oral cavity is:

- A. Tongue.
- B. Mouth floor.
- C. Mucous cheeks.
- D. Mucous soft palate.
- E. Mucous alveolar shoot of a jaw.

(Right answer: B)

D. Educational problems of the 3rd level (atypical tasks):

1. At the patient, in 55 years, in the center of a lower lip the ulcer of 2 cm in diameter, with platen-like edges is observed, the infiltration of tissues which surround an ulcer is observed.

Make the previous diagnosis? In what lymph nodes possible metastasizes? Define a method of treatment of the patient.

(Answer: cancer of a lower lip possible metastasizes in submaxillary lymph nodes. Treatment is combined)

2. The patient, 60 years, addressed with complaints to pain during swallowing that arose about 3 weeks ago and gradually amplifies. During the review on a lateral surface of tongue at the left the found ulcer with transition to a mucous membrane of a mouth floor, to 2 cm in diameter, painful at a palpation, with a bleeding bottom, is observed restriction mobile tongue. Surrounding tissues are infiltrating.

Make the previous diagnosis and specify, what methods of research need to be carried out for diagnosis specification.

(Answer: cancer of a lateral surface of tongue at the left. It is necessary to carry out a biopsy (a histological method) and cytological research of ulcer.)

3. The dentist of policlinic found in sick defeat of a lower lip, suspicious on a cancer.

To what clinical group the patient belongs? What further tactics of the dentist? (Answer: clinical group 1. It is necessary to conduct a biopsy or cytological research, to send the patient to an oncological clinic).

7. Literature:

7.1. Basic literature:

- 1. Skikevich M. G., Aveticov D. S. The basics of stomatology. Poltava. – 2012, 176 p.
- 2. Neville BW, Damm DD, Allen CM, et al. Oral & maxillofacial pathology. 2nd ed. Phila., PA: Saunders; 2002; 337–369.

7.2. Additional literature

- 1. Vaughan Ed, Brown JJ et al: The management of the mandible in mouth cancer. Br. J Oral Maxillofac Surg 32(6):345-6 1999
- 2. McGurk M, Goodger NM et al: Head and Neck cancer and it's treatment. Br. J Oral Maxillofac. Surg; 38(£):209-20 2000
- 3. Fedotenko SP et al. Surgical treatment of residual cancer of the oral cavity. Vopr. Onkol;44(5):569-72 1998
- 4. Kasturi J. Perin MN: Epidemiology of oral cancer. Oral Cancer: 1991:1-8