Министерство здравоохранения Республики Беларусь

Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет

Кафедра стоматологии детского возраста и челюстно-лицевой хирургии

РЕФЕРАТ

На тему: «Рак нижней челюсти»

Подготовила студентка 38 группы

курса лечебного факультета

Скворцова А. Ю.

Витебск, 2016

Оглавление

Введение.

Этиология.

Патогенез.

Клиника.

Диагностика.

Дифференциальный диагноз.

Лечение.

Использованная литература

## Введение

Во многих случаях раку предшествуют заболевания кожи, слизистой оболочки полости рта и красной каймы нижней губы, которые называют предраковыми. Способствуют их возникновению травмы, особенно хронические, курение и жевание табака, бетеля, употребление наса, алкоголя. Раку нередко предшествуют пролиферативные процессы, доброкачественные опухоли, хронические воспалительные заболевания, сопровождающиеся эрозиями и язвами.Предраковое заболевание существует длительное время (от нескольких месяцев до десятков лет), затем может перейти (но не обязательно) в рак. Своевременное выявление и лечение предраковых заболеваний устраняет угрозу появления рака или позволяет провести своевременное, эффективное и экономное лечения.

Среди злокачественных опухолей челюстно-лицевой области рак челюстей встречается в 1-4% случаев. На один случай саркомы верхней челюсти приходится четыре случая рака той же локализации. Рак нижней челюсти встречается в несколько раз реже, чем рак верхнечелюстной кости. У мужчин рак челюстей встречается чаще, обычно в возрасте 40-60 лет.

## Этиология

Рак нижней челюсти распределяется на первичный, который развивается из разных тканей нижней челюсти - эпителиальных элементов чертвигиевой мембраны, элементов вещества кости, эпителия десен, и вторичный, который возникает как метастаз рака других органов - молочной железы, щитовидной железы, почки, простаты, в результате контактного распространения рака языка и полости рта.

Причиной возникновения первичного рака нижней челюсти является постоянное раздражение физическими факторами (радиоактивные элементы, механическая травма), термическое и частое раздражение химическими веществами (курение), хронические воспалительные процессы (остеомиелит, актиномикоз и т. д.) и много других факторов.

Предраковыми заболеваниями нижней челюсти являются лейкоплакия, папилломы, лейкокератозы и тому подобное.

Чаще всего рак нижней челюсти принадлежит к опухолям, которые имеют строение плоскоклеточной с ороговением или (реже) без ороговения карциномы. Опухоль может иметь эндофитный или экзофитный рост.

Метастазы рака нижней челюсти наблюдаются значительно чаще, чем верхней. Метастазирование преимущественно лимфогенное - в поднижнечелюстные и шейные лимфоузлы.

# Патогенез

Обычно развивается вследствие распространения опухоли со слизистой оболочки полости рта на кость. Чаще всего опухоль прорастает кость с дальнейшим образованием на поверхности язвы, в области которой расшатываются зубы, а корни зубов обнажаются. Распадающаяся язва приобретает форму кратера. Рак нижней челюсти развивается у лиц старше 40 лет, локализуется чаще в области малых и больших коренных зубов. Поражения кости имеют нечеткий контур. Имеются боли, зубы в пределах опухоли становятся подвижными. Характерно раннее метастазирование в регионарные лимфатические узлы. Рентгенографически: деструкция костной ткани без четких границ, по типу "тающего сахара". Периостальная реакция отсутствует. Верхняя челюсть поражается значительно чаще нижней. На ее кости рак чаще всего переходит из придаточных пазух носа, где он возникает из полипозных разрастаний. Реже источником опухоли является слизистая оболочка полости рта и носа. Сначала рак верхней челюсти протекает бессимптомно, затем могут появиться боли, деформация отдельных участков верхней челюсти, периодическое затруднение дыхания соответствующей половины носа, гнойные или кровянистые выделения из носа. При распространении опухоли в сторону глазницы наблюдается отек нижнего века, а глаз на пораженной стороне становится выпуклым. Рак верхней челюсти может осложняться воспалительными заболеваниями полости рта, так как возможно присоединение инфекции.

## Клиника

Клиника рака нижней челюсти очень разная. Начало заболевания протекает скрыто и достаточно длительно. Потом появляется незначительная боль, подобная таковой в случае эпулида, или беспричинной боли с иррадиацией в ухо. Иногда первым симптомом является подвижность зубов. Бывают случаи патологического перелома челюсти. Со стороны слизистой оболочки альвеолярного края можно найти язву, которая долго не заживает, процесс очень быстро распространяется на кость. Вскоре опухоль увеличивается, вызывая деформацию лица, опухолевый инфильтрат распространяется на подбородочную или подчелюстную области и дно полости рта. Лимфатические узлы увеличиваются, но они еще мягкие и подвижные, а затем становятся твердыми. Вскоре они срастаются между собой и с челюстью, создавая очень болезненный инфильтрат, который охватывает практически половину лица.

## Диагностика

Рак челюсти, лечение которого не следует откладывать, может диагностировать квалифицированный стоматолог или отоларинголог. Для обследования пациента используются различные инструментальные методики:

§ Рентгенография - этот метод дает возможность выявить признаки деформации костных структур верхней и нижней челюсти, околоносовых пазух и других костей черепа. Для получения более точной информации рентгенографию выполняют в нескольких проекциях, например в прямой и боковой.

§ Компьютерная томография - благодаря этой современной методике компьютерной диагностики удается получать послойные снимки пораженной области.

§ Сцинтиграфия - это метод радионуклидного сканирования костной системы, позволяющий выявить очаг опухолевого роста. Сцинтиграфия других участков скелета позволяет выявлять отдаленные метастазы рака челюсти.

§ Биопсия - к выполнению этой инвазивной процедуры прибегают в случае подозрения на распространение опухолевых клеток по лимфатической системе. Изучение образцов ткани лимфатических узлов дает возможность определить признаки регионарного метастазирования новообразования. Кроме того при благоприятном расположении может выполняться биопсия основного опухолевого узла, позволяющая провести последующее гистологическое исследование полученных образцов.

§ Риноскопия - это исследование полости носа, которое выполняется на приеме у оториноларинголога для определения признаков распространения опухоли.

§ Фарингоскопия - осмотр поверхности глотки позволяет оценить степень вовлечения ее тканей в патологический процесс.

§ Диагностическая пункция - в некоторых случаях для подтверждения диагноза необходимо исследование промывных вод из околоносовой пазухи. Цитологическое исследование материала, полученного в результате диагностической пункции, позволяет определить наличие атипичных клеток.

## Дифференциальный диагноз

На начальной стадии правильный диагноз поставить на основе клинико-рентгенологических данных практически невозможно без биопсии, потому что все симптомы маловыражены и подобны таковым в случае других болезней. Потому перед лечением должна быть выполнена биопсия. Дифференциацию необходимо провести с остеомиелитом, хроническим периоститом, который всегда сопровождает рак нижней челюсти с самого начала заболевания. На этой стадии заболевания на рентгенограмме видна зона деструкции с неровными и нечеткими контурами и с участками лизиса кости.

рак нижний челюсть лимфатический

## Лечение

Для лечения рака нижней челюсти используют комбинированный метод: дистанционная гамматерапия на очаг и регионарные поднижнечелюстные лимфатические узлы суммарной очаговой дозой 45-60 Гр с последующим хирургическим лечением через 3-4 нед. по окончании лучевой терапии - резекция или экзартикуляция половины нижней челюсти с фасциально-футлярной лимфаденэктомией или операцией Крайля. Больным с запущенными стадиями назначают: паллиативную лучевую терапию (до 70 Гр); регионарную внутриартериальную химиотерапию цитостатиками (метотрексат, блеомицин, цисплатин и т. д.).

Удалению опухоли нижней челюсти должен предшествовать комплекс мероприятий, направленных на изготовление ортопедических конструкций, которые используются для содержания в правильном положении остатков нижней челюсти (шина Ванкевича). Иногда с этой же целью применяют назубные проволочные шины с межчелюстной эластичной тягой. От комплекса ортопедических мероприятий в значительной мере зависит скорость заживления раны и эстетический аспект послеоперационных рубцов.

В послеоперационный период, особенно после резекции значительной части нижней челюсти и жевательных мышц, кормление больного на протяжении нескольких недель осуществляют через носо-пищеводный зонд. Реконструктивные операции с целью замещения дефектов нижней челюсти - костную пластику, особенно после лучевой терапии, целесообразно выполнять не непосредственно после операции удаления опухоли, а через 10-12 мес.

Прогноз в случае рака нижней челюсти очень неблагоприятный. Пятилетняя выживаемость больных после комбинированного лечения едва достигает 20%.

## Использованная литература

1. Хирургическая стоматология: Учебник/ Под ред. Т.Г. Робустовой. - М.:Медицина, 1990.

2. Федяев И. М., Байриков И. М., Белова Л. П., Шувалова Т. В. Злокачественные опухоли челюстно-лицевой области. - М: Медицинская книга, Н.Новгород: Изд-во НГМД, 2000.