

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Кафедра хирургической и ортопедической стоматологии»		044/45
Лекционный комплекс		1 стр. из 16

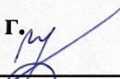
ЛЕКЦИОННЫЙ КОМПЛЕКС

Дисциплина: Онкостоматология
Код дисциплины: OnkoS 5201
Название ОП: 6В10103- «Стоматология»
Объем учебных часов/кредитов: 4
Курс и семестр изучения: 5 курс/Х
Объем лекции: 10 часов

2023-2024 уч.год
Шымкент.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Кафедра хирургической и ортопедической стоматологии»	044/45 2стр. из 16
Лекционный комплекс	

Лекционный комплекс дисциплина «Онкостоматология» разработан в соответствии с рабочей учебной программой (силлабус) и обсужден на заседании кафедры.

Протокол № 11 от «06» 06 2023 г. 
 Зав.кафедрой д.м.н.,и.о. доцента _____ Шукпаров А.Б.

OÑTÚSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Кафедра хирургической и ортопедической стоматологии»		044/45
Лекционный комплекс		3стр. из 16

Лекция №1

1. Тема: Виды новообразований челюстно-лицевой области. Эпидемиология. Международная классификация опухолей. Основные методы диагностики. Онкологическая настороженность. Основы диспансеризации больных с опухолями челюстно-лицевой области. Одонтогенные опухоли челюстей. Амелобластома. Одонтомы, одонтогенная фиброма, cementoма. Клиника, диагностика, лечение.

2. Цель: Ознакомление с новообразованиями в ЧЛЮ, изучение международной классификации опухолей, методов диагностики, особенностей диспансеризации больных с новообразованиями ЧЛЮ.

3. Тезисы лекции:

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 связан с происхождением эпителиальных клеток, из которых растет адамантинома. Адамантинома клинически проявляется постепенно, развивается медленно и безболезненно. Зачастую, впервые выявляется при рентгенологическом исследовании. Пораженная опухолью кость постепенно утолщается, появляется деформация лица. Поверхность утолщенной кости гладкая, но может быть и бугристой. Кожные покровы остаются не измененные. 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 (выпячивания) альвеолярного отростка в вестибулярном направлении. Иногда отмечается отек мягких тканей ретромолярной области, смещение и подвижность зубов. В этих случаях наружная кортикальная пластинка альвеолярного отростка и верхняя часть тела нижней челюсти значительно утончается и при нажатии пальцем легко прогибается и пружинит. Вышесказанное позволяет выделить клинический симптом пергаментного хруста. Зубы в участке опухоли смещены, слегка подвижны, при перкуссии болезненные. Нередко в полости рта появляются свищи с серозным или гнойным отделяемым. Значительное истончение кости ведет к спонтанным переломам и профузным кровотечениям. Регионарные лимфоузлы увеличиваются при присоединении воспаления.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Кафедра хирургической и ортопедической стоматологии»	044/45 4стр. из 16
Лекционный комплекс	

Диагностика затруднена на ранних стадиях болезни. В некоторых случаях, когда амелобластома осложняется воспалительным процессом, местные признаки заболевания могут напоминать острый остеомиелит нижней челюсти или флегмону. Важным звеном в постановке диагноза амелобластомы является рентгенография нижней челюсти и цитологическое исследования содержимого опухоли с последующим подтверждением гистоструктуры тканей удаленного оперативным путем новообразования. На обзорной рентгенограмме определяют степень и размеры поражения челюсти патологическим процессом; состояние нижнечелюстного края и латеральной поверхности угла, ветви и тела челюсти.

По рентгенограммам в боковой проекции изучают структуру очага, пораженного опухолью, состояние альвеолярного отростка и нижнего края челюсти, а также, характер границ в переднезаднем 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. При плотной амелобластоме на наблюдаются мелкие кистоподобные поражения, четко очерченные, разделенные грубыми костными перекладинами. При кистозных формах амелобластомы участка поражения есть или деструктивными, или разделенными костными перегородками, а границы опухоли могут иметь фестончатые края, иногда плотные и склерозированные, с бухтоподобным выпячиванием. Рентгенологически размеры очагов деструкции костной ткани нижней челюсти могут колебаться от 7,0x5,0x3,0 см до 4,0x3,0x2,0 см. В некоторых случаях амелобластома распространяется от угла на всю ветвь и на большую часть тела нижней челюсти. Форма опухоли (амелобластомы) на повторяет контуры нижней челюсти. При этом, наряду с “выбуханием”, наблюдается значительное истончение 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, отодвинутых экспансивным ростом новообразования к стенкам челюсти.

Классификация :

Среди опухолей челюстно-лицевой области выделяют:

- а) доброкачественные;
- б) злокачественные опухоли;
- в) смешанные формы (некоторые опухоли слюнных желез).

OÑTÚSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Кафедра хирургической и ортопедической стоматологии»		044/45
Лекционный комплекс		5стр. из 16

Опухоли различают первичные и вторичные (метастазы); также подразделяются в зависимости от происхождения (из соединительной ткани, эпителия, мышечной, нервной и др.).

4. **Иллюстративный материал:** Презентация

5. **Литература:** Указана в силлабусе.

6. **Контрольные вопросы** (обратная связь Feedback):

1.Анатомическое строение челюстно-лицевой области.

2.Эмбриогенез и гистологическое строение челюстных костей и тканей челюстно-лицевой области.

3.Теории происхождения амелобластомы, одонтомы, цементомы, одонтогенной фибромы.

4.Рентгенологические классификации амелобластомы, одонтомы, цементомы, одонтогенной фибромы.

5.Клиническая картина адамантиномы, одонтомы, цементомы, одонтогенной фибромы.

6.Диагностика и дифференциальная диагностика адамантином.

Лекция №2

1. Тема: Одонтогенные опухолеподобные образования – одонтогенные кисты, эпюлиды. Остеогенные опухоли челюстей. Остеобластокластома, остеома, остеоид-остеома. Опухолеподобные поражения челюстей, Клиника, диагностика, лечение.

2. Цель: Формирование знаний и навыков в диагностике доброкачественных образований костей лицевого скелета, в дифференциальной диагностике со злокачественными образованиями костей, опухолеподобными образованиями и воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области.

3. Тезисы лекции:

Одонтогенные кисты челюстей являются весьма распространенной патологией. В настоящее время хирургическое лечение данной патологии является наиболее эффективным, так как все одонтогенные околокорневые кисты являются хроническими очагами инфекции, оказывающей неблагоприятное воздействие на организм.

Одонтогенные кисты - внутрикостные полостные образования, появление которых обусловлено либо нарушением развития зубного фолликула, либо хроническим воспалительным процессом в периодонте.

Киста состоит из оболочки, полости, в которой находится опалесцирующая жидкость с кристаллами холестерина.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Кафедра хирургической и ортопедической стоматологии»	044/45 бстр. из 16
Лекционный комплекс	

По морфо- и патогенезу , а также локализации различаются следующие виды кист:

1. Кисты, образующиеся из эпителия зубообразующей пластинки (радикулярные) :

- периодонтальная
- боковая периодонтальная
- резидуальная (остаточная)

2. Кисты, развивающиеся из эмалевого органа или фолликула :

- фолликулярная
- примордиальная
- гингивальная

3. Кисты, развивающиеся из эмалевого органа или островков Маляссе :

- кератокиста.

Остеома — это вид доброкачественной опухоли, образующейся на костях. Она имеет благоприятное течение, растёт медленно, не становится злокачественной, не поражает соседние ткани. Появляется обычно в возрасте 5-20 лет.

Причины возникновения

Существует две теории возникновения остеом: из остатков эмбрионального хряща или из периоста зрелой кости. В ряде случаев возникновение остеом связывают с перенесенными воспалительным процессом или травмой .

Считается, что развитию остеом также способствуют:

- травмы;
- переохлаждение;
- воспаление и перенесенные инфекции;
- некоторые заболевания (ревматизм, подагра, сифилис);
- генетическая предрасположенность.

Симптомы

Симптоматика опухоли зависит от того, в каком месте она расположена. Но выделяется ряд клинических признаков:

- находится на плоских, трубчатых костях, позвонках, в стенках придаточных пазух носа, на поверхности черепа;
- неподвижность;

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Кафедра хирургической и ортопедической стоматологии»		044/45
Лекционный комплекс		7стр. из 16

- плотность;
- с гладкой поверхностью;
- с чёткими границами;
- не болит при надавливании.

Остеома может долго не давать о себе знать и не мешать, но если она вырастает слишком большой, то начинает давить на соседние ткани и кости, от чего появляется соответствующая симптоматика:

- болевые ощущения;
- если опухоль находится в носовых придаточных пазухах, опущение века (птоз), ухудшение зрения и т.д.
- проблемы с памятью, эпилепсия (при расположении на внутренней поверхности черепа);
- хромота (при локализации на костях ног);
- кровотечения из носа, трудности с дыханием (если опухоль находится в районе гайморовой пазухи).

4. Иллюстративный материал: Презентация

5. Литература: Указана в силлабусе.

6. Контрольные вопросы (обратная связь Feedback).

1. Назовите классификации неондонтогенных опухолей, используемых в практической работе челюстно-лицевых хирургов и стоматологов.
2. Перечислите наиболее информативные методы диагностики доброкачественных опухолей костей лицевого скелета.
3. Перечислите виды биопсий, применяемых с диагностической целью.
4. Укажите признаки, характерные для доброкачественной опухоли.
5. Назовите признаки, характерные для злокачественной опухоли.
6. Дайте понятие неондонтогенной опухоли.

Лекция №3

1. Тема: Доброкачественные опухоли и опухолеподобные поражения кожи - гемангиомы, лимфангиомы, липомы, папилломы, атеромы. Предраковые заболевания кожи, красной каймы губ, слизистой оболочки полости рта.

Клиника, диагностика, лечение.

2. Цель: Формирование знаний и навыков в диагностике и дифференциальной диагностике доброкачественных опухолей между собой, обследовании пациента, составлении плана лечения.

3. Тезисы лекции:

Новообразования кожи – доброкачественные или злокачественные

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Кафедра хирургической и ортопедической стоматологии»	044/45 8стр. из 16
Лекционный комплекс	

опухолевые поражения кожи в результате патологического разрастания клеток тканей. К доброкачественным новообразованиям относятся: бородавки, родинки, невусы, папилломы, липомы, ангиомы, аденомы и др. **Доброкачественные новообразования** характеризуются медленным ростом, в процессе которого их клеточные элементы остаются в пределах опухоли, не прорастая в соседние ткани. Новообразование, равномерно увеличиваясь, отодвигает и сдавливает здоровые ткани, в результате чего последние как бы исполняют роль капсулы. Хотя доброкачественные опухоли атипичны, но метастазирование их клеток отсутствует.

Под влиянием неблагоприятных внешних или внутренних раздражителей они (особенно невус) могут трансформироваться в злокачественные опухоли.

Причины

Спровоцировать запуск неконтролируемого процесса деления клеток могут многие факторы, но, пожалуй, к наиболее предрасполагающим можно отнести частые случаи травмирования кожи, при которых клетки вынуждены слишком часто и активно обновляться, в результате и теряется контроль над этим процессом. Кроме того, любой тип облучения (в том числе и солнечное) стимулирует возникновение новообразований кожи. Генетическая предрасположенность и светлая кожа с многочисленными родинками также являются провоцирующими факторами развития опухоли, которая в будущем может с легкостью переродиться в злокачественное новообразование.

Существенно увеличивать риск возникновения различных образований на коже также могут такие факторы, как частое агрессивное воздействие на кожу, кожные инфекции, болезни кожи в хронической форме. В редчайших случаях метастазы раковых клеток из какого-либо другого органа могут послужить причиной возникновения новообразования кожи.

Симптомы

Фиброма - узелок появляется на коже, чаще на тех участках, которые открыты. Опухоль берёт начало в соединительной ткани. Провокацией могут служить укусы комаров или травмирование участка кожи. Узлы пигментированы и обычно не прогрессируют в развитии.

Себорейная бородавка - небольшое возвышение на коже, которое имеет бугристую поверхность. Окрас опухоли коричневатый или чёрный. Их ещё называют старческие бородавки, потому что они чаще появляются у пожилых людей.

Образование происходит из-за нарушения локализации клеток базального слоя. Появляются на коже головы, волосистой её части и на участках, которые скрыты одеждой.

Кератоакантома - опухоль чаще возникает на кистях рук и лице. Появляется узел, в течение месяца увеличивается, может достигнуть трёх сантиметров в

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Кафедра хирургической и ортопедической стоматологии»	044/45 9стр. из 16
Лекционный комплекс	

диаметре.

Кератоакантома выглядит как бляшка с впадиной в центре, заполненной ороговевшими клетками. Образование само способно разрешиться примерно через год после появления.

Папиллома - образование может быть любой формы, похоже на бородавку. Поверхность неоплазии неровная ворсинчатая, без волос. Может иметь роговые массы, которые легко снимаются. Папиллома состоит из клеток эпидермиса. Цвет образования буроватый или сероватый. Отличаются медленным ростом.

Пигментный невус - состоит из меланоцитов или невусных клеток. Внешний вид – пигментные пятна чёрного или коричневатого цвета. Плоские папулы могут появляться на коже в любых местах.

Эти неоплазии опасны перерождением в меланомы. Наиболее расположены к такой трансформации невусы, локализующиеся на половых органах, ладонях и подошвах.

Липома - опухоль рождается из липоцитов – клеток жировой ткани. Кожа на неоплазии неизмененного цвета. Образование на ощупь мягкое.

Может вырастать размером до десяти сантиметров. Липома может быть как одиночное или множественное опухолевидное образование под кожей.

Ангиома – относится к сосудистым опухолям. Новообразование возникает в сосудах лимфатической или кровеносной системы. Это сложные для ранней диагностики случаи. Потому что неоплазия дублирует строение сосуда и вначале не очень заметна.

Такие новообразования могут встречаться во внутренних органах, а на коже они поселяются на её поверхности или в жировой прослойке. Опухоль опасна тем, что её присутствие в сосуде ухудшает его функционирование и этим влияет на общее здоровье.

Часто ангиомы появляются на лице. Имеют вид пятен розовой, красной или синюшной окраски с плоской или бугристой поверхностью.

Диагностика

Большое значение в ранней диагностике отводится самодиагностике и регулярным диспансерным обследованиям. Внимательность доктора при визуальном осмотре позволяет диагностировать патологические состояния и новообразования кожи и направить пациента на дальнейшее обследование. Внимательность к своему здоровью и к здоровью своих близких дает возможность вовремя заметить изменения в родинках, пигментациях и родимых пятнах. И, если возникают кожные изменения без объективных на то причин, то следует пройти обследование у дерматолога или у онкодерматолога, где на основании визуального осмотра, гистологических исследований и исследований общего состояния организма будет

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Кафедра хирургической и ортопедической стоматологии»		044/45
Лекционный комплекс		10стр. из 16

подтверждена или исключена опухолевидная природа новообразований кожи.

4. Иллюстративный материал: Презентация

5. Литература: Указана в силлабусе.

6. Контрольные вопросы (обратная связь Feedback).

1. Укажите характерный клинический признак липомы.
2. Опишите рентгенологическую картину ангиомы
3. Назовите ткани, характерные для папилломы
4. Укажите отличительную особенность строения кератоакантомы
5. Назовите наиболее эффективный метод осуществления профилактических задач, стоящих перед онкологией

Лекция №4

1. Тема: Факультативные предраковые состояния.

2. Цель: Формирование знаний и навыков в изучении клинических проявлений основных наиболее часто встречающихся форм предраковых заболеваний СОПР и губ с учетом данных литературы и собственных клинических наблюдений пациентов, проходивших хирургическое лечение в условиях отделения челюстно-лицевой хирургии.

3. Тезисы лекции:

Многочисленный опыт изучения злокачественных опухолей слизистой оболочки полости рта (СОПР) и губ показал, что у большинства больных они развиваются на патологически измененных тканях. Чаще всего это длительно протекающие воспалительные процессы различной этиологии и дискератозы, которые относятся к предраку, а также фоновые заболевания - заболевания, на почве которых возникает рак, и которые могут влиять на клинические проявления рака, маскируя картину опухолевого заболевания.

Все факторы, способствующие возникновению предраковых заболеваний СОПР и губ подразделяются на две большие группы: экзогенные (неблагоприятные воздействия внешней среды) и эндогенные (нарушение состояния всего организма).

Экзогенные факторы:

Механические раздражители: Травмирование СОПР и губ вследствие аномалии прикуса, неправильного положения отдельных зубов, некачественного изготовления и реставрации протезов, пломб, патологического стирания зубов, вредных привычек (удерживание во рту карандаша, ручки, гвоздей и т. д.) и др.

Биологические факторы — целый ряд микроорганизмов факультативно или облигатно патогенных для человека: дрожжеподобные грибы, вызывающие

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Кафедра хирургической и ортопедической стоматологии»		044/45
Лекционный комплекс		11 стр. из 16

усиление ороговения слизистой оболочки языка, бледная спирохета, палочка Коха (туберкулезные язвы на слизистой оболочке полости рта и др.).

Ионизирующее излучение. Этот фактор следует учитывать у больных, получавших лучевую терапию по поводу опухолей той или иной локализации, 3 во время проведения которой в зону облучения попадает окружающая слизистая оболочка полости рта и губ.

Бытовые химические раздражители: пряности, высококонцентрированные растворы этилового спирта, табак (курение, жевание), негашеная известь (бетель). Табак оказывает грубое раздражающее действие на слизистую оболочку полости рта. Никотин в табаке составляет от 2 до 9 %. В организм при курении попадает примерно 20 % табачного дыма, в котором содержится ряд продуктов крайне сильных по раздражающему действию: пиридиновые основания (переход никотина в пиридин — наиболее вредная сторона действия), синильная кислота, цианистые соединения, жирные кислоты, фенол и дегтярный осадок. В табачном дыму, помимо полициклических углеводородов, содержится 3-4-бензпирен и мышьяк. Одним из раздражающих моментов курения является термический фактор.

Эндогенные факторы:

Анатомо-физиологические предпосылки: склонность слизистой оболочки полости рта к повышенному ороговению объясняется ее происхождением из эктодермы. Тенденция к ороговению усиливается с возрастом в связи с дегидратационным фактором клеток.

Стрессовые состояния. Роль острой психической травмы в возникновении дискератозов прослеживается на примере красного плоского лишая.

Заболевания желудочно-кишечного тракта. При хронических гастритах, энтеритах, колитах развиваются пара- или гиперкератозы.

Лихорадочные состояния. Ксеростомия слизистой оболочки полости рта различной этиологии. Красная волчанка, псориаз, ихтиоз.

К понятию облигатный предрак (предраковые условия) относят дисплазию (dys - нарушение, plasis - образование), которая всегда возникает в недрах дисрегенераторного процесса и сопровождается недостаточной и неполной дифференцировкой стволовых элементов ткани, нарушениями координации между процессами пролиферации и созревания клеток.

Факультативный предрак (предраковое состояние) - это различные хронические заболевания, сопровождающиеся дистрофическими и атрофическими изменениями тканей с включением регенераторных механизмов, дисрегенераторных процессов и метаплазии, приводящих к возникновению очагов пролиферации клеток, среди которых может возникнуть очаг опухолевого роста

4. Иллюстративный материал: Презентация

5. Литература: Указана в силлабусе.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Кафедра хирургической и ортопедической стоматологии»		044/45
Лекционный комплекс		12стр. из 16

6. Контрольные вопросы (обратная связь Feedback).

1. Под онкологической настороженностью понимают знание:

- а) профессиональных вредностей;
- +б) симптомов предраковых заболеваний;
- в) организации онкологической помощи;
- +г) ранних симптомов заболевания.

2. Для гистологической картины болезни Боуэна характерно наличие:

- а) акантоза;
- +б) дискератоза;
- в) спонгиоза;
- г) инвазии в подэпителиальные ткани;
- +д) атипического ороговения;
- +е) инфильтрации шиповидного слоя клеток.

3. Факторы, способствующие развитию предраковых заболеваний:

- +а) аэрозоль щелочи;
- +б) испарение спирта;
- +в) испарения кислоты;
- +г) воздействие солнечных лучей;
- д) горячий воздух в рабочем помещении.

4. Клинические симптомы хейлита Манганотти характеризуются наличием:

- +а) эрозии с гладкой некровотокающей поверхностью, ярко-красного цвета, неправильной формы, иногда с коркой на поверхности;
- б) эрозии с фибринозным налетом, неправильной формы, с демаркационной линией по границе, слабоболезненной;
- в) пятнисто-узелковых поражений, красного цвета, с гладкой или бархатистой поверхностью, неправильной формы;
- г) бляшки неправильной формы, с четкими границами, шероховатой поверхностью, белого цвета.

69

5. Методы обследования больных с предраковыми заболеваниями:

- +а) опрос;
- +б) осмотр;
- +в) пальпация;
- г) пункционная биопсия;
- д) инцизионная биопсия;
- +е) эксцизионная биопсия.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Кафедра хирургической и ортопедической стоматологии»		044/45 13стр. из 16
Лекционный комплекс		

б. Клинические симптомы бородавчатого предрака красной каймы губы:

- а) эрозия без эпителизации, некровоточащая, безболезненная при пальпации, ярко-красного цвета;
- б) бляшка, покрытая коркой с атрофическим уплощением в центре, плотная, безболезненная при пальпации, сероватокрасного цвета;
- в) участок ороговения с тонкими плотно сидящими чешуйками, плотный, безболезненный при пальпации, серо-белого цвета;
- +г) плотный узелок с бугристой поверхностью, покрытый чешуйками, четко очерченный, плотный, безболезненный при пальпации, бледно-розового цвета

Лекция №5

1. Тема: Доброкачественные опухоли слюнных желез. Кисты больших и малых слюнных желез.. Нейрофиброматоз челюстно-лицевой области, врожденные кисты и свищи ЧЛЮ. Клиника, диагностика, методы лечения.

2. Цель: Формирование знаний и навыков в диагностике, методах лечения доброкачественных опухолей слюнных желез. Кист больших и малых слюнных желез. Нейрофиброматоз челюстно-лицевой области, врожденные кисты и свищи ЧЛЮ.

3. Тезисы лекции:

Большинство опухолей слюнных желез являются доброкачественными и возникают в околоушной железе. Основным симптомом является болезненное образование в области слюнной железы, для подтверждения диагноза требуется пункционная биопсия. Дополнительно можно использовать КТ и МРТ. При злокачественном процессе требуется хирургическое лечение и лучевая терапия. Отдаленные результаты зависят от степени рака.

В целом, риск злокачественности выше при меньших слюнных железах, чем при слюнных железах большего размера (например, околоушная железа имеет меньший риск злокачественности, чем малые слюнные железы). Около 85% опухолей слюнных желез поражает околоушные железы, реже подчелюстные и мелкие слюнные железы, и около 1% опухолей возникает в подъязычных железах. Около 75–80% опухолей являются доброкачественными, с медленным ростом, подвижные, безболезненные,

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA —1979—	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Кафедра хирургической и ортопедической стоматологии»		044/45
Лекционный комплекс		14стр. из 16

обычно под кожей или слизистой определяются плотные узлы. При кистозном строении узлы могут быть мягкими, но чаще всего имеют твердую консистенцию.

Доброкачественные опухоли

Существует много типов доброкачественных опухолей слюнных желез. Плеоморфные аденомы (также известные как опухоли смешанного типа) являются наиболее распространенными доброкачественными опухолями слюнных желез. К другим доброкачественным опухолям относятся папиллярная лимфоматозная цистаденома (также известная как опухоль Вартина), онкоцитомы и аденомы.

Доброкачественные опухоли со злокачественным потенциалом

Плеоморфные аденомы (опухоль смешанного типа) могут озлокачиваться, но обычно это происходит только после того, как доброкачественная опухоль присутствует в течение 15–20 лет. Сразу после малигнизации плеоморфной аденомы, она называется карцинома из плеоморфной аденомы. Карциноматозные элементы в опухоли метастазируют, что делает карциному вне плеоморфной аденомы высокоагрессивной опухолью с очень низкой, независимо от лечения, скоростью излечения.

Доброкачественные цилиндромы могут медленно подвергаться злокачественному превращению в аденоидные кистозные карциномы, наиболее распространенную злокачественную опухоль малых слюнных желез (и трахеи). Пик встречаемости таких злокачественных опухолей приходится на возраст 40–60 лет и проявляется в виде выраженной боли, часто парезом лицевого нерва. Эта опухоль имеет предрасположенность к перинеуральной инвазии с распространением патологического процесса на много сантиметров от первичного очага. Распространение по лимфатическим путям встречается нечасто. Часто образуются метастазы в легких, но пациенты могут жить с ними довольно продолжительное время.

4. Иллюстративный материал: Презентация

5. Литература: Указана в силлабусе

6. Контрольные вопросы (обратная связь Feedback).

1. Классификация опухолей слюнных желез.
2. Гистогенез и морфология плеоморфной аденомы слюнных желез.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Кафедра хирургической и ортопедической стоматологии»	044/45 15стр. из 16
Лекционный комплекс	

3. Гистогенез и морфология других доброкачественных опухолей слюнных желез.

4. Гистогенез и морфология злокачественных опухолей слюнных желез.

5. Опухолоподобные процессы слюнных желез. Их морфология.

Лекция №6

1. Тема: Злокачественные опухоли кожи лица, слизистой полости рта, языка и губы. Злокачественные опухоли - рак верхней и нижней челюсти.

Злокачественные опухоли слюнных желез. Клиника, диагностика, лечение.

2. Цель: Формирование знаний и навыков в диагностике и диф.диагностике злокачественных опухолей ЧЛЮ.

3. Тезисы лекции:

Рак губы чаще всего развивается из многослойного плоского эпителия красной каймы, кожа и слизистая вовлекаются в опухолевый процесс вторично. Среди всех опухолей головы и шеи данный вид злокачественной опухоли составляет 8,4%. Соотношение мужчин и женщин 2,9:1,0. Рак губы развивается на измененной слизистой оболочке. К предраковым изменениям с высокой частотой малигнизации относятся ограниченный гиперкератоз, бородавчатый предрак и хейлит Манганотти. К процессам с малой частотой озлокачествления относят кожный рог, кератоакантома, веррукозная лейкоплакия. Хронические язвы, трещины губы, а также плоские лейкоплакии являются фоновыми процессами для развития злокачественной опухоли. К факторам риска относят вредные привычки, воздействие неблагоприятных метеорологических условий и канцерогенных веществ, вирусные инфекции, недостаточность витаминов. По строению рак из красной каймы губы является плоскоклеточным. Ороговевший плоскоклеточный рак встречается наиболее часто и растет сравнительно медленно по сравнению с неороговевшим, который отличается более злокачественным течением и ранним метастазированием. Рак красной каймы нижней губы протекает менее агрессивно, чем рак слизистой полости рта.

По характеру роста выделяют две формы рака красной каймы губы экзофитная или эндофитная (трещина, эрозия, язвы). Язвенная и язвенноинфильтративные формы протекают более злокачественно, при этом размер опухолевой инфильтрации значительно превышает размер самой язвы. Основной путь метастазирования при раке нижней губы- лимфогенный. Регионарными лимфатическими узлами являются поднижнечелюстные, подбородочные, лицевые, околоушные и глубокие шейные. Отдаленные метастазы наблюдаются редко, чаще всего в легкие. С целью проведения

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Кафедра хирургической и ортопедической стоматологии»	044/45 16стр. из 16
Лекционный комплекс	

морфологической диагностики выполняется цитологическое или гистологическое исследования опухоли

4. Иллюстративный материал: Презентация

5. Литература: Указана в силлабусе.

6. Контрольные вопросы (обратная связь Feedback).

1. Саркомы ЧЛО.

2. Клиника ,диагностика ,диф.диагностика.

3. Этиология злокачественных опухолей.

4. Классификация по системе TNM (8 издание) для рака губы и слизистой дна полости рта.

5. Общие принципы лечения больных с злокачественными опухолями ЧЛО.