



Егиазарян А. К., Мелентьева А.Ю., Татарова И.М.

(Научный руководители: д.м.н., профессор Гунько В.И.д.м.н., профессор, академик РАЕН Заричанский В. А.)

Новообразования челюстно-лицевой области и ее органов весьма многообразны, что связано с их формированием из различных тканевых структур.

Амелобластома. Эктодермальная мезенхиальная опухоль.

Синонимы : адамантинома, однако, это название не отражает гистологической картины, так как не содержит эмалевых клеток.

Возраст и пол: данное образование чаще встречаются у женщин 25-50 лет.

Локализация. Излюбленная локализация адамантиномы – челюстные кости, особенно нижняя челюсть (тело, угол, ветвь). Ранее считалось, что данная опухоль поражает исключительно кости челюстей. Тем не менее в литературе встречаются упоминания об эктопической локализации адамантиномы: в области гипофиза, основания черепа, большеберцовой кости, костях таза, яичников, матки). Для амелобластомы характерна способность к инвазивно-деструктивному и инфильтративному росту. До настоящего времени нет единого мнения о гистогенезе опухоли.

Течение амелобластом принято считать доброкачественным. Однако по литературным данным и собственным наблюдениям амелобластома обладает признаками, характерными для злокачественных опухолей:

1. прорастание опухоли в окружающие органы и ткани;
2. рецидив,
3. метастазирование лимфатические узлы , легкие.

С учетом гистологического характера, особенностей местных клеточных реакций и митотического режима выделено 5 группы амелобластом: фолликулярный, плексиформный, акантоматозный, базально-клеточный, зернисто-клеточный.

Выделяют разные формы образования:

- 1.Доброкачественная;
- 2.Рецидивирующая;
- 3.Малигнизирующая на фоне рецидивирование;
- 4.Злокачественная.

Патоморфология опухоли зависит от варианта выявленной формы амелобластомы.

Морфологическая классификация:

Солидная

Кистозная

Поликистозная: крупноячеистая, мелкоячеистая

Часто наблюдаются смешанные формы опухоли, полости которых заполнены распавшимся детритом и по периферии выполнены тканью напоминающие грануляционную или серо - желтую зернистую ткань.

Клиника. На начальных стадиях заболевания клинически не проявляется и больные не предъявляют жалоб, при росте вызывает деформацию (деконфигурацию) костей. При





нагноении амелобластомы могут развиваться клинические симптомы, характерные для флегмоны или острого остеомиелита.

Важным звеном в постановке диагноза амелобластомы является метод рентгенографии и цитологическое исследование содержимого опухоли с последующим подтверждением гистоструктуры тканей удаленного новообразования. Надо отметить, что рентгенологический метод не позволяет выявить истинные границы опухоли, но по рентгенологической характеристике амелобластоме можно выделить специфические синдромы: степени распространения опухоли, синдром деформации костей, синдром разновидности деструкции костной ткани и структурных изменений и включений в опухоли.

Лечение: щадящие операции с сохранением целостности кости можно проводить только в первой группе амелобластоме. При рецидивирующей опухоли- резекция в пределах здоровой ткани- 1-2 см. от опухоли.

Клинический пример: под нашим наблюдениями находилась больная Ф. № с адамантиномой левой верхней челюсти с прорастанием во все околоносовые пазухи, в левую и правую глазницу, до нижней поверхности лобной доли головного мозга (прилежащая к перекресту зрительных нервов) и с прорастанием в клиновидную пазуху.

Протокол магнитно-резонансной томографии головного мозга от 11.09.2006.

В верхних отделах полости орбиты слева имеется дополнительная изоинтенсивная структура неправильной формы, размерами до 6,4 x 3,2 x 3,9 см., с неровными четкими контурами, неоднородной структуры за счет жидкостных участков. Указанная структура смещает глазное яблоко книзу и латеральнее, распространяется на решетчатый лабиринт, клиновидную пазуху и в задневерхние отделы носа, прилежит к хиазме, нижней поверхности левой лобной доли, правой глазницы. Указанное образование проникает в полость черепа. Срединные структуры не смещены. Желудочки обычной формы и размеров. За задними рогами боковых желудочков определяются высокоинтенсивные очаги сосудистого характера размерами 8-9мм. Субарахноидальные пространства не расширены. Гипофиз в размерах не увеличен. Стволовые структуры без особенностей.

Была произведена операция: радикальное удаление опухоли.

Костно-пластическая трепанация черепа. Удаление опухоли из левой и правой глазницы, из придаточных пазух (клиновидной пазухи) решетчатого лабиринта с основания черепа. Пластикой дефекта основания черепа и реконструкция левой глазницы. Схемы операций.

Протокол мультиспиральной компьютерной томографии после операции.

В сравнении с заключением КТ от 11.09.2006г. описанная ранее мягкотканая структура не определяется (опухоль). Трансплантаты, моделирующие нижнюю стенку левой глазницы,

ее крышу, также дно передней черепной ямки. Металлоконструкции, фиксирующие лобную кость. Задняя стенка лобной пазухи не определяется, в передненижних отделах полости черепа воздух.

Срединные структуры мозга не смещены, желудочки не расширены, боковые симметричны. Участки патологической плотности в веществе мозга не найдено, конвекситальные борозды дифференцированы.





Эстеziонейробластома (aesthesioneuroblastoma; эстеziо- обоняательный + нейробластома).

Синонимы: эстеziобластома, эстеziонейроцитомата, эстеziонейроэпителиома обоняательная, эстеziоэпителиома, ольфакторный нейробластома) - злокачественная опухоль.

Редко встречающаяся опухоль, которая составляет 3% всех злокачественных опухолей полости носа. Впервые описана в 1924 г. Бергером и Люком, в мире отмечено всего около 1000 случаев заболевания.

Этиология. Развивается из клеток обоняательного нейроэпителия;

Локализация: в стенках полости носа, носовой части глотки и в решетчатом лабиринте, прорастает в орбиту, основание черепа, лобную долю головного мозга. Представляет собой мягкотканый полип. Метастазирует в лимфатические узлы, средостение, плевру, легкие и кости.

Патоморфология. Гистологически она состоит из округлых или овальных клеток с круглым крупным ядром напоминающие биполярные нейробласты. Опухолевые клетки располагаются тяжами, нередко формируются аркаподобные структуры. Строма новообразования рыхлая, отечная. В связи с тем, что опухоль исходит из обоняательного нейроэпителия и имеет недифференцированные нейроэктодермальные структуры по морфологическому строению выделяют, в основном, три типа обоняательной нейробластомы:

1. Собственно эстеziонейробластома;
2. Эстеziонейроцитомата;
3. Эстеziонейроэпителиома.

Макроскопически. Опухоль обычно красновато-синюшного цвета, плотноэластической консистенции, бугристая.

До недавнего времени данную опухоль считали опухолью эпителиального происхождения, в связи с чем лечение было не эффективным и наблюдались рецидивы.

Отличие от злокачественных эпителиальных опухолей:

1. Ранее нарушение носового дыхания;
2. Снижение обоняния;
3. Носовые кровотечения;
4. Длительное отсутствие болевых симптомов (болевые симптомы начинаются в 3-ей и 4-ой стадии).

Клинико – анатомическая классификация распространения эстеziонейробластомы (по В.А. Королеву)

1. Ринологическое;
 - 1.1 полость носа; полость носа и околоносовая пазуха;
 - 1.2 за пределы полости носа и околоносовых пазух.
2. Носоглоточное;
3. Неврологический.

Лечение. Наилучший эффект дает комплексное лечение. Аджьювантная полихимиотерапия.





При использовании только лучевой терапии летальный эффект в течении 1 месяца до 2-х лет.

Химиотерапевтические препараты : винкристин, платидиам, метатрексат, циклофосфан, блеомицин.

Хирургические методы: кровавый метод (по Муру, краниофациальным доступом) .

Хороший эффект дает предоперационная химиолучевая терапия.

Клинический случай.

Под нашим наблюдением находится больная И.с диагнозом эстезионейробластома полости носа справа, клеток решетчатого лабиринта с распространением в орбиту глаза справа, T4NxMo.

Жалобы больной: на эстетический дефект в области лица (носа, орбит и лба). Ранее отмечала слизистые, слизисто-гнойные выделения из полости носа сменившиеся носовыми кровотечениями. Снижение обоняния, нарушение носового дыхания, диплопию.

С 08.10.09 по 22.10.09 проходила курс лучевой терапии.

При внешнем осмотре отмечается деформация верхних и средних зон лица. Наличие мягкотканного компонента: в проекции лобной кости, пирамид носа; гипертелоризм (приобретённый), экзофтальм, латеральное смещение правого глаза, нарушение слезоотведения. Кожа над мягкотканым компонентом синюшная. Отмечается деформация наружного носа, искривление носовой перегородки больше справа. Носовые ходы выполнены патологической тканью, дыхание и обоняние отсутствует. Интраорально: выбухание в области собачьей ямки, пальпация которого малоболезненна. Переходная складка верхней челюсти в области с латерального резца по второй моляр справа и слева сглажена, слизистая над ней синюшна.

Протокол КТ головы. На серии снимков получены изображения головы до и после внутривенного введения контрастирующего вещества « Ультравис -300» - 50.0 мл.

В области решетчатых костей с обеих сторон определяется объемное образование неодинаковой структуры, с четкими, неровными контурами, размерами 55x65x70 мм плотностью от 23 до 52 ед.НИ. Опухоль распространяется в полость носа с полным нарушением проходимости по носовым ходам, в верхне-челюстных пазухах. Выявляется широкий костный дефект в пластинке решетчатой кости. Отмечаются костно-деструктивные изменения лобной, клиновидной костей. Достоверных данных за интракраниальное распространение опухоли не получено. Определяется деформация орбит с увеличением межорбитальной области, экзофтальм, больше выражен справа.

Планируется комплексное лечение. Хирургическое лечение - краниальным, интраорально-нозальным доступом.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ РАЗРАБОТКИ И ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ НОВОГО БИОГЕПАТОПРОТЕКТОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ СОЦИАЛЬНО-ЗНАЧИМЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЕЧЕНИ

Забокрицкий Н.А.

