



Кафедра: Детская стоматология

Тема: Опухоли и опухолеподобные образования мягких тканей лица и полости рта у детей. Дифференциальная диагностика, принципы хирургического лечения. Исходы.

Выполнила: Рисбекова А.А.
Факультет: стоматология
группа: 12-002-01

План:


- I. Введение
- II. Основная часть
 - a. Злокачественные опухоли
 - b. Доброкачественные опухоли
 - c. Смешанные формы
- III. Заключение
- IV. Список литературы

Введение

Опухоль (определение МККО) — это аномальная масса ткани с избыточным разрастанием, которое не скоординировано с ростом нормальной ткани и продолжается столь же чрезмерно после прекращения действия причин, его вызвавших.

Опухоли челюстно-лицевой области составляют до 15% всех стоматологических заболеваний. До 25% новообразований приходится на челюстно-лицевую область.

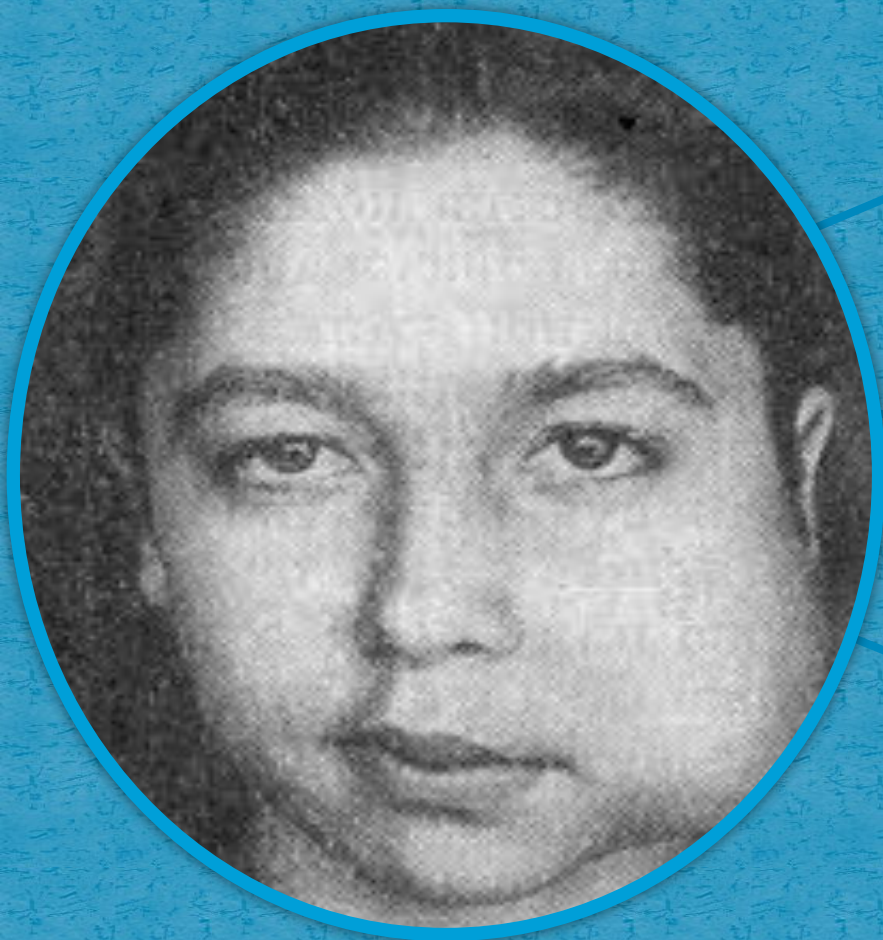




Среди опухолей челюстно-лицевой области выделяют:
доброкачественные;

**злокачественные
опухоли;**

**смешанные формы
(некоторые опухоли
слюнных желез).**



Особенности:
Близость к
жизненно важным
органам.

Наличие зубов.

Вызывают
значительные
функциональные и
эстетические
дефекты.

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

Фиброма — доброкачественная опухоль, встречается в различных местах челюстно-лицевой области: альвеолярный отросток, подслизистая оболочка щек, кожа лица.

Имеет широкую или узкую ножку. Чаще имеет плотную консистенцию, располагается в альвеолярном отростке. Фиброма мягкой консистенции чаще встречается под оболочкой щек.

Объективно: четкие границы, с окружающими тканями не спаяны, целостность слизистой оболочки над ней сохранена, растет медленно, болевых ощущений не вызывает.

Лечение: хирургическое, только по косметическим показаниям.

• **Папиллома** состоит из соединительной ткани с сосудами с эпителиальным покровом. Встречается на слизистой оболочке.

Объективно: имеет вид сосочка различной величины. Иногда бывает округлой формы на тонкой ножке бахромы, имеет плотную или мягкую консистенцию. Безболезненны. Медленный рост.

Лечение: иссечение ее с окружающей ткани лазером, электроножом. Прижигание папилломы, частичное ее иссечение противопоказаны.

Ангиома — сосудистая опухоль, возникающая в результате порока развития сосудов. Чаще ангиома поражает мягкие ткани, до 65% располагаются на лице, чаще у женщин, чаще врожденные. В челюстно-лицевой области наиболее часты гемангиомы мягких тканей.

Объективно различают капиллярную, кавернозную и ветвистую формы опухолей. Опухоли располагаются как поверхностно, так и в глубине тканей. Характерна красная либо синюшная окраска, уменьшение при надавливании пальцами и восстановление прежнего объема опухоли после снятия давления.

Могут достигать больших размеров, случайная травма вызывает кровотечение.

Лечение: иссечение опухоли, множественные мелкие ангиомы лечат термокоагуляцией, иногда применяют перевязку наружной сонной артерии. Обширные ангиомы кожи лица иссекают, а образовавшийся дефект закрывают кожным аутотрансплантатом. Проводят склерозирующую терапию раствором хинин-уретана (вызывает асептическое воспаление и образование сгустков крови, способствует развитию соединительной ткани в полости опухоли).

• **Лимфангиома** состоит из соединительной ткани и скопления расширенных лимфатических сосудов. Чаще встречаются на языке, реже — на губах. В отличие от гемангиомы при лимфангиоме отсутствует пигментация кожи или слизистой оболочки.

Лечение: клиновидное иссечение вместе с прилегающими здоровыми тканями, полное иссечение.

• **Остеома (костная опухоль)** встречается в различных отделах лицевого скелета. Может располагаться снаружи кости (экзостоз) и внутри (энностоз). Растут очень медленно.

Жалобы: болевые ощущения вследствие сдавления нерва, асимметрия лица.

Объективно: асимметрия лица; рентгенографически определяется участок кости повышенной плотности, с четкими границами, чаще округлой формы.

Лечение: хирургическое удаление опухоли. При множественном поражении костей лица хирургическое лечение не показано.

Остеобластокластома — опухоль остеогенного происхождения. Поражает челюстные кости, составляя около 65% всех опухолевых процессов челюстей.

Остеобластокластомы делят на центральные (развиваются внутри кости) и периферические (развиваются экстраоссально на альвеолярном отростке и напоминают эпulis). Чаще поражается нижняя челюсть. Растут медленно. Различают ячеистую и диффузно-остеокластическую формы. При ячеистой форме остеобластокластом на рентгенограмме обнаруживается большое количество мелких и крупных полостей, отграниченных друг от друга крестными перегородками. Для диффузно-остеокластической формы характерно наличие гомогенного овального просветления кости.

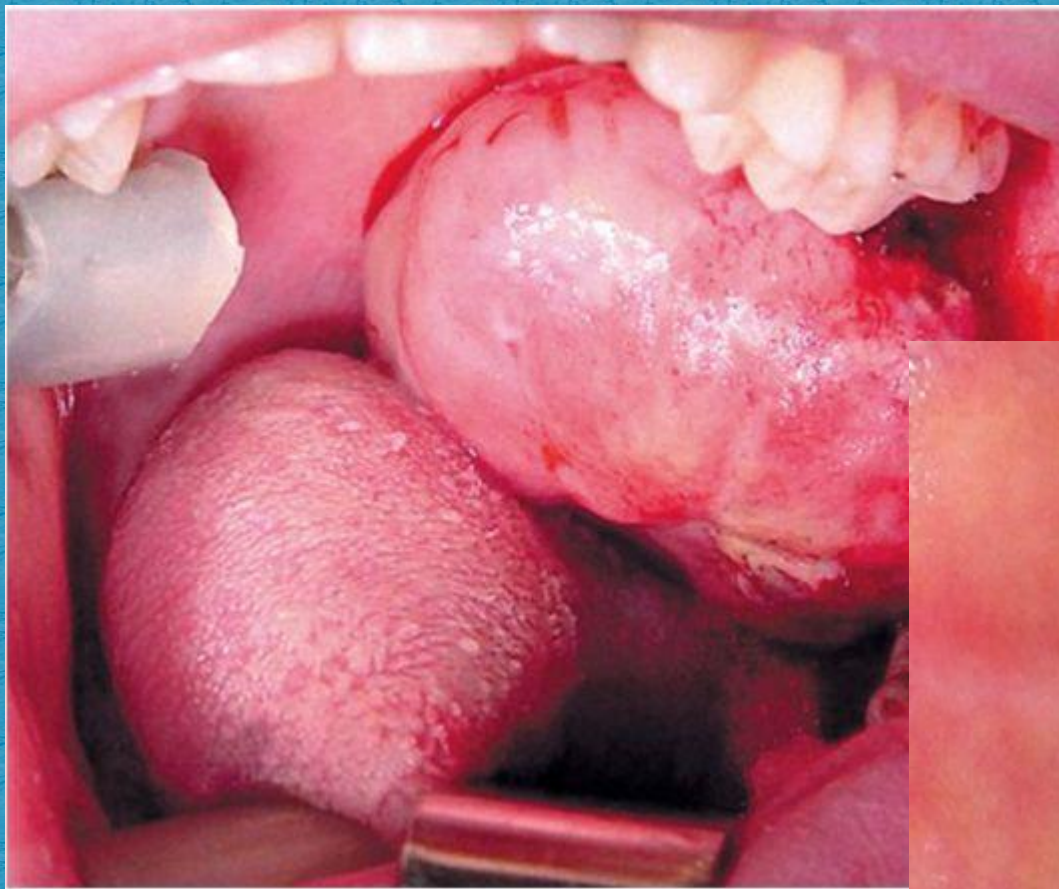
Лечение: хирургическое, лучевая терапия малоэффективна.

Липома — опухоль из жировой ткани с соединительнотканными прослойками. Чаще встречаются в области лба, в толщине щеки. Дольчатая опухоль с широким основанием, мягкой консистенции. Растут медленно.

Лечение: вылушивание после рассечения.

Пигментированное пятно — порок развития кожного покрова, состоит из клеток, содержащих пигмент. На лице в виде плоских и бугристых разрастаний темно-коричневого цвета. Постепенно растет. Со временем может подвергнуться злокачественному росту.

Злокачественные опухоли



Особенности топографо-анатомического строения органов ЧЛО обуславливают быстрое разрастание злокачественных опухолей. Для определения распространенности и стадии злокачественных новообразований используется система TNM. Характеристику первичного опухолевого очага обозначают буквой T, наличие метастазов в региональные лимфаузлы — N, а наличие метастазов в органах и тканях — M. T₁ — опухоль размером до 2 см;

T₂ — от 2 до 4 см;

T₃ — более 4 см;

T₄ — опухоль больших размеров, прорастает в окружающие ткани;

N₀ — региональные лимфаузлы не пальпируются;

N₁ — определяются смещаемые лимфаузлы на стороне поражения;

N₂ — определяются смещаемые лимфаузлы на противоположной стороне;

N₃ — несмещаемые лимфаузлы;

M₀ — метастазы отсутствуют;

M₁ — есть одиночные метастазы;

M₃₋₄ — есть множественные метастазы

Существует 4 стадии злокачественной опухоли.

- ❑ I стадия — опухоль небольшого размера, региональные лимфаузлы не поражены, метастазов нет. Это наиболее благоприятная для лечения стадия.
- ❑ II стадия — опухоль размером около 2-3 см, прорастает в окружающие ткани, метастазов нет;
- ❑ III стадия — опухоль большого размера, прорастает в окружающие ткани, имеются единичные метастазы, поражены региональные лимфаузлы;
- ❑ IV стадия — самая неблагоприятная для лечения, опухоль имеет обширное распространение, с поражением не только региональных лимфаузлов и обширными метастазами.

В начальном периоде течения злокачественных опухолей полости рта целесообразно выделять 3 анатомические формы:

папиллярную

язвенную

узловатую

Наиболее распространена **язвенная форма**. Примерно в половине случаев размеры язвы увеличиваются медленно, в 50% - рост быстрый. Консервативное лечение неэффективно. То же можно сказать и о двух других формах.

Узловатая форма -проявляется уплотнением слизистой оболочки, затвердением тканей на ограниченном участке. Слизистая оболочка над участком уплотнения может быть не изменена. Границы патологического очага могут быть чёткими. Размеры его увеличиваются быстрее, чем при язвенной форме.

Папиллярная форма -характеризуется наличием плотных выростов над слизистой оболочкой, которая остается не измененной. Очаг имеет тенденцию к быстрому росту.

Таким образом, рак органов полости рта, формируясь всегда в наружных слоях слизистой оболочки, в начальном периоде своего развития может расти не только вглубь ткани, но и кнаружи, в результате чего появляются экзо- и эндофитные анатомические формы опухолей с продуктивными и деструктивными изменениями.

НЕСОСУДИСТЫЕ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ НОВООБРАЗОВАНИЯ

Тератомы

Тератомы — врожденные доброкачественные соединительнотканые образования дизонтогенетической природы, наблюдающиеся у детей 1-2 лет, сопровождающиеся деформацией мягких тканей лица. Чаще всего они локализируются в области надбровных дуг, переносицы, лба, спинки носа.

Жалобы родителей или ребенка — на наличие безболезненной, увеличивающейся с ростом ребенка деформации определенного участка.

Клиника. Новообразование мягкоэластической консистенции, при пальпации безболезненное, ограничено подвижное за счет спаянности его с надкостницей, обычно округлой или продолговатой формы, покрытое неизменной кожей. Если опухоль долго не удалять, она давит на кость, что может приводить к деформации или дефекту последней.

Дифференцируют тератомы с дермоидом, эпидермоидом, мозговой грыжей, атеромой.

Лечение хирургическое — удаление опухоли.



Невусы

Невусы (лат. *naevus* — родимое пятно, родинка) — врожденные пороки, развивающиеся из шванновских клеток оболочек чувствительных нервов. Чаще наблюдаются на коже у детей 5-10 лет. Различают пигментные невусы, депигментированные, "монгольские" пятна, голубые невусы, бородавчатые невусы мягкие бородавки и плотные моллюски сосудистые невусы: каплевидные, паукоподобные, узловатые; невусы придатков кожи .

Жалобы детей или их родителей — на наличие пигментированного пятна на лице, растущего вместе с ребенком и (возможно) покрытого волосами.

Клиника. Пигментные невусы имеют четкие границы, волосяной покров, охватывают 3-4 анатомические области лица. Кожа кофейного оттенка, может быть покрыта жесткими водями сине-черного цвета, границы новообразования четкие. Невусы обычно не требуют дифференциальной диагностики.

Лечение невусов хирургическое и предусматривает их удаление. При больших по размерам невусах - многоэтапное, состоящее в постепенном удалении опухоли и замещении дефекта кожи местными тканями или лоскутом на сосудистой ножке или проведении свободной пластики кожи. Последняя у детей нежелательна, поскольку пересаженный лоскут кожи с течением времени темнеет и отличается от окружающей здоровой кожи.



Ребенок с пигментным невусом средней зоны лица на этапе хирургического лечения



Ребенок с пигментным невусом лба и переносицы, покрытым волосами

Фиброма

Фиброма {*fibroma*; от лат. *fibra* — волокно) — это опухоль из зрелой фиброзной соединительной ткани. Локализуется преимущественно альвеолярном отростке. наблюдается у детей 7-15 лет, довольно в грудном возрасте

Жалобы ребенка или его родителей — на наличие безболезненной, медленно растущей опухоли в полости рта.

Клиника. Опухоль чаще расположена на альвеолярном отростке, имеет плотную консистенцию, округлую форму, широкое основание, ограниченная от окружающих тканей. Растет очень медленно. Эпителий слизистой оболочки над опухолью не ороговевает, поэтому поверхность ее гладкая и розовая, в отличие от папилломы. Фиброма безболезненная, смещается вместе со слизистой оболочкой. У грудных детей при расположении на альвеолярном отростке фиброму дифференцируют от миобластомы.

Лечение — хирургическое удаление опухоли в пределах здоровых тканей под местным или общим обезболиванием.



**Врожденная фиброма
нижней челюсти**



Фиброма кончика языка

Миксома

Миксома {*мухота*; от греч. *муха* — слизь, син. *мухобластома*) — это опухоль, развивающаяся из соединительной ткани и содержащая много слизи. У детей наблюдается очень редко, а если развивается, то в возрасте 6-10 лет. Излюбленной локализации нет. Склонна к ма-лигнизации.

Жалобы на ранних этапах развития опухоли нет, с увеличением новообразования — на наличие деформации лица в соответствующей области.

Клиника. Пальпаторно определяется опухоль эластической консистенции с гладкой поверхностью, тонкой фиброзной капсулой. На разрезе миксома имеет цвет от белого до серо-красного, на поверхности — слизь. При па-тогистологическом исследовании часто выявляют миксофибром, миксохондром, то есть сочетание миксомы с другими тканями.

Дифференциальная диагностика проводится с доброкачественными опухолями мягких тканей.

Лечение опухоли оперативное — удаление в пределах здоровых тканей.



Миксома подчелюстной области при удалении у ребенка 6 лет



Макропрепарат миксомы

ОДОНТОГЕННЫЕ ОПУХОЛЕПОДОБНЫЕ НОВООБРАЗОВАНИЯ

По международной гистологической классификации одонтомы и цементомы относят к одонтогенным опухолям, что, на наш взгляд, не совсем правильно. О.Г. Лукомский, исследовав одонтому, сделал вывод, что это не опухоль, а конгломерат из всех или части тканей, образующих зуб и зубную лунку. Это свидетельствует о происхождении одонтомы из эпителия ротовой полости. А.А. Лим-берг и И. П. Львов выдвигали несколько теорий происхождения одонтомы: из остатков избыточных тканей зуба (Брок); результат пролиферации разных составных элементов зуба (Маляссе); одонтома — это эпителиальное образование из слизистой оболочки ротовой полости (О.Г. Лукомский). Мы считаем целесообразным рассматривать одонтому и цементому как пороки развития тканей зубов.

Одонтома

Одонтома состоит из эпителиального и мезенхимального компонентов зубо-образующих тканей и является результатом дифференциации зубообразующего тканевого комплекса в сторону образования структур, подобных структуре зуба на разных стадиях его развития. Одонтома увеличивается за счет измененного фолликула зуба, имеющего потенцию к росту. Характерный для опухолей бесконтрольный митоз клеток здесь не наблюдается. Существует две формы этой опухоли — мягкая и твердая одонтома.

Твердая одонтома развивается из одного или нескольких зачатков зуба. Возникает в период формирования постоянных зубов, но проявляется у детей редко.

■ Локализуется опухоль преимущественно в участке резцов, клыков и премоляров нижней челюсти.

Жалобы. Жалоб немного, и сводятся они к отсутствию зуба или наличию безболезненной деформации челюсти.

Клиника. Клиническая симптоматика одонтомы "бедна", большая часть симптомов имеет вторичный характер.

Одонтома характеризуется очень медленным ростом.

Появление ее иногда сопровождается болью. Опухоль может прорасти в разные стороны нижней челюсти. При прорастании ее в вестибулярную сторону альвеолярного отростка она травмируется зубами-антагонистами. В области развития опухоли постоянный зуб может отсутствовать или быть ретенированным.

Цементома

Цементома — опухолевидное образование, представляющее собой порок развития одонтогенного происхождения. Состоит из грубоволокнистой плотной ткани, подобной цементу зуба. Характерным для цементомы является медленный рост и четкое отграничение от прилегающих тканей.

Жалобы при цементоме у детей обычно не возникает. Образование можно случайно выявить при рентгенологическом исследовании зубов по поводу их заболеваний.

Клиника. Растет цементома очень медленно, деформируя челюсть. При развитии на верхней челюсти может прорасти в верхнечелюстную пазуху и вызывать соответствующие нарушения функций.

Рентгенологически цементома определяется как однородная плотная тень округлой, овальной или неправильной формы возле корня зуба, образующая с ним единое целое. Контуры тени ровные, границы четкие. По рентгеноконт-растности цементома напоминает ткани корня зуба (рис. 197).

Лечение цементомы заключается в частичной резекции пораженного участка челюсти, желательно с сохранением целостности костной ткани.



Рис. 197. Прицельная рентгенограмма 34, 35, 36 зубов ребенка 14 лет с цементомой нижней челюсти в области 35 зуба. Определяется округлое новообразование, по контрастности напоминающее ткань корня зуба, окруженное участком разрежения ее и тесно связанное с несформированным корнем 35 зуба

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, остается актуальным вопрос своевременности и правильности диагностики опу- холей и опухолеподобных процессов у детей, а так- же выбора тактики оперативного вмешательства с целью уменьшения числа рецидивов и осложнений.

ЛИТЕРАТУРА

- ❑ Колесов А. А., Воробьев Ю. И., Каспарова Н. Н. Новообразования мягких тканей и костей лица у детей и подростков. — М.: Медицина, 1989. — С. 224—235.
- ❑ Персин Л. С., Елизарова В. М., Дьякова С. В. Стоматология детского возраста. — М.: Медицина, 2006.
- ❑ Рогинский В. В., Надточий А. Г., Григорян А. С. и др. // Стоматология. — 2011. — Т. 90, № 4. — С. 71—76.
- ❑ Харьков Л. В., Яковенко Л. Н., Чехова И. Л. Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия детского возраста. — М., 2005.