

Тема: Сосудистые и пигментные
новообразования челюстно – лицевой
области у детей

Цель: Изучить сосудистые и пигментные образования челюстно-лицевой области у детей.

Задачи:

- 1.изучить клинику, современные методы диагностики, дифференциальной диагностики сосудистых и пигментных новообразований часто встречающихся в детской клинике.
- 2.изучить современным принципы лечения сосудистых и пигментных новообразований лица.
- 3.изучить принципы современных методов реабилитации детей в условиях диспансерного наблюдения после лечения опухолей мягких тканей лица и полости рта.

Место проведения занятия: детское челюстно – лицевое отделение

Необходимое оборудование и материалы: ноутбук ,мультимедийная презентация, рентгенограммы, фотокарты больных, операционная и перевязочная.

План занятия

Этапы занятия	Оборудование	Учебные пособия и средства контроля	Место	Время(в процентах к общей продолжительности занятия)
1.Проверка исходных знаний, решение учебных задач	Ноутбук	Контрольные вопросы и задачи для выявления исходных знаний студентов. Фотографии. Набор хирургических инструментов.	Хирургический кабинет	40
2.Самостоятельная курация больных.Обсуждение принятых больных, проверка историй болезни	Оборудование и инструментарий хирургического кабинета.	Методические указания, медицинская документация.Листок практических навыков.	-- « --	50
3.Подведение итогов занятия. Задание на следующее занятие.		Ситуационные задачи		10

СОСУДИСТЫЕ
НОВООБРАЗОВАНИЯ ЧЕЛЮСТНО
– ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ У ДЕТЕЙ

Сосудистые новообразования, по данным ряда авторов (И.Е. Корнман, 1913; , В.С. Головкина, 1933; С.Я. Долецкий, 1938, Luera,1962;Meyer, 1968;Bardwil ,1968), а также данным кафедры детской стоматологии ОмГМУ, занимают видное место (от I до 8%) среди доброкачественных новообразований. Эти своеобразные опухоли наиболее часто (от 60 до 80% от общего числа ангиом) встречаются на лице.



Рис.1 Капиллярная гипертрофическая гемангиома верхнего века левого глаза

Вопрос о лечении сосудистых новообразований, несмотря на имеющуюся обширную литературу, до сих пор остается недостаточно разработанными. Способы лечения многочисленны и весьма разнообразны. Основное задачей лечения данных опухолей являются остановки их роста, полное или частичное удаление с последующим восстановлением нормальных взаимоотношений между тканями и органами посредством пластических операций. Выбор метода лечения не является типичным и требует составления индивидуального плана лечения для каждого больного.

Согласно большинству статистических данных, ангиомы чаще встречаются у лиц женского пола. Это соотношение доходит до 4:1.

Большинство ангиом обнаруживается уже при рождении или вскоре после него.

Поэтому до 70-80% больных с сосудистыми новообразованиями "относятся, к раннему детскому возрасту. И только небольшая часть опухолей вследствие незначительных размеров или глубокого расположения в клетчатке, мышцах, костях вначале может оказаться незамеченной.



Рис.2 Гемагниома верхнего века левого глаза

В дальнейшем по мере их увеличения и прорастания на поверхности кожи они становятся заметны и беспокоят больных.

По данным С.А.Холдина (1935), С.О.Дулицкого (1937),(1961) Н.П. Лебкова и НА. Кодряну (1977),Шаргородского А.Г(1999), КосыревойТ.М.(2005) 75% всех больных с гемангиомами обращаются за помощью по поводу косметических недостатков.

В остальных случаях имеет место нарушение функций поражения органов-губы, языка, носа, век и т.д. Причиной обращения к врачу служат также некоторые осложнения: кровотечение из ангиоматозной ткани, воспалительные процессы, мокнущие язвы и др.

Изучение структуры и морфологии сосудистых опухолей началось в XIX веке. К этому времени проводятся клинические и общепатологические исследования сосудистых опухолей, в которых применяются главным образом макроскопический метод. Уже тогда намечаются попытки создания номенклатуры сосудистых опухолей. Новая эра в классификации ангиом начинается с выходом в свет в 1863г. известной работы Вирхова об опухолях, 25-я лекция которой посвящена ангиомам. По мнению Вирхова, ангиомы представляют собой опухоли, состоящие главным образом из новообразованных сосудов или из сосудов с новообразованными элементами в их стенках. Однако автор указывает, что далеко не всегда возможно установить, идет ли речь о новообразовании или о простом расширении сосудов.

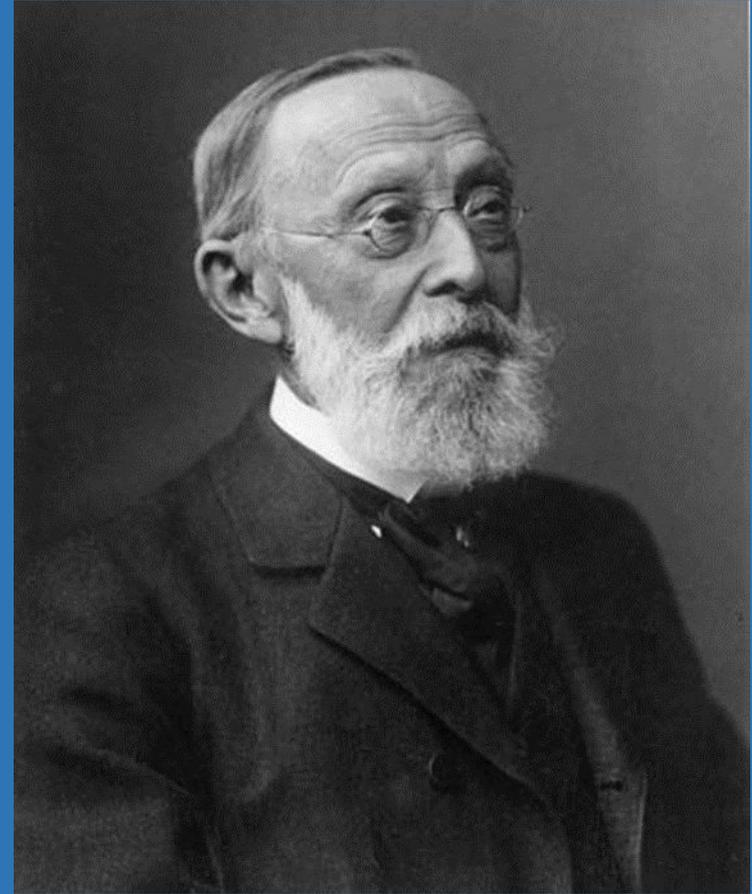


Рис.3.Рудольф Людвиг Карл Вирхов
13.10. 1821 – 05.09. 1902

Классификации сосудистых опухолей

МКБ – 10

Гемангиомы

М 91121/0 – кавернозная.

М 9131/0 – капиллярная.

Д 18.0 – любой локализации.

Д18.0Х – любой локализации-проявления в полости рта.

М 9175/0-гемолимфангиома

Гемангиоперицитома

- БДУ М 9150/1

М 9150/0 – доброкачественная.

М 9150/3 - злокачественная

М К Б – 10(окончание)

Гемангиоэндотелиома

- БДУ М 9130/1

М 9130/0 – доброкачественная.

М9130/3 – злокачественная

Лимфангиомы

Д 18.1 – лимфангиома любой локализации

Д 18.1Х – проявления в полости рта

Классификация сосудистых опухолей кафедры хирургической стоматологии ММСИ

Зрелые(доброкачественные)сосудистые опухоли

I. Гемангиомы

1.Капиллярные(простые и гипертрофические)

а.поверхностные

б.глубокие

2.Кавернозные(или пещеристые)

а.инкапсулированные

б.диффузные

3.Ветвистые(или рацемозные)

а.артериальные

б.венозные

4. Фиброангиомы:

а. быстросрастущие

б. медленнорастущие

1. капиллярные

2. кавернозные

3. ветвистые

5. Костные:

а. центральные

б. периферические

6. Болезнь Рандю-Ослера, гломусангиомы и другие редкие сосудистые опухоли.

II. Лимфангиомы

1. ограниченные

2. диффузные

Незрелые(злокачественные) сосудистые опухоли

1.Ангиосаркомы

2.Гемангиоэндотелиомы

Классификация А.А.Колесова для гемангиом

Капиллярная(плоская или гипертрофическая)

Кавернозная(ограниченная или диффузная)

Ветвистая

Комбинированная(капиллярная + кавернозная, кавернозная+ ветвистая)

Смешанная(ангиофиброма ,ангиолинома, ангиолейома)

телеангиэктазии

ГЕМАНГИОМЫ

Гемангиома - одно из наиболее частых опухолевых поражений мягких тканей лица. Область лица и полости рта избирательно чаще других отделов человеческого организма поражаются сосудистыми опухолями. По современным представлениям гемангиома- это доброкачественное, не отграниченное поражение, состоящее из пролиферирующих кровеносных сосудов.

Капиллярная гемангиома

наблюдается сразу после рождения, реже спустя некоторое время. Локализуется на коже одной или нескольких соседних областей. Незначительное по величине поражение может быстро увеличиться в размерах, но затем его величина стабилизируется.



Рис.4 Капиллярная гемангиома правой половины лица и лба

. Цвет измененных участков кожи характерный: от слабо розового или красного до багрово-красного или синюшно-багрового. Обычно все пораженные участки имеют одинаковую окраску. Но иногда цвет сосудистых разрастаний в различных отделах неодинаков. Цвет опухоли имеет большое значение для прогноза заболевания.

Гемангиомы всех типов, особенно капиллярные, имеют тенденцию к самопроизвольной инволюции. Реализуется это не у всех больных. По нашим данным, самопроизвольный регресс гемангиом кожи наблюдается у 30 - 35% больных детей. Инволюция опухоли чаще происходит на первом, втором году жизни, крайне редко позже. Первыми признаками инволюции является побледнение гемангиомы в отдельных участках.

На фоне ярко-красного поражения появляются сначала точечные, а затем увеличивающиеся в размерах белесоватые участки. Кожа над ними слегка истончается. Постепенно эти участки сливаются между собой, вся область поражения бледнеет и в конечном счете на месте сосудистых разрастаний может остаться несколько истонченная, слегка дряблая кожа. Толчком к самопроизвольной инволюции могут послужить травмы опухоли, изъязвления, хронические воспалительные процессы в зоне поражения. Прогноз этих изменений крайне важен, так как он может предупредить ненужные лечебные мероприятия.



Рис.5 Инволюция капиллярной гемангиомы

Но чаще рост опухоли активно продолжается с ростом ребенка. Поражение распространяется на все новые области, цвет его также становится более интенсивным. При поверхностном расположении гемангиом надавливание пальцем приводит к побледнению участка опухоли, что является дифференциально-диагностическим признаком гемангиомы. При глубоком расположении опухоли цвет ее при надавливании не меняется. Помимо кожи, капиллярной формой гемангиом поражаются подкожная клетчатка, мышцы, слизистые оболочки полости рта, челюстные кости. Но увеличение в объеме этих тканей бывает умеренное.

Кавернозная гемангиома

наблюдается у детей примерно с той же частотой, что и капиллярная. Она состоит из сосудистых полостей, сообщающихся между собой и выстланных эндотелием.

Рис.6. Кавернозная гемангиома нижней губы



При этом поражении в процесс вовлекаются глубокие ткани лица. Кожа может быть окрашена так же, как при капиллярной форме или оставаться обычной окраски. Для данного вида гемангиом характерна опухолевая деформация, т.е. значительное увеличение объема пораженных тканей. Это опухолевое припухание выявляется в одной или нескольких областях сразу после рождения или вскоре после него. При надавливании на область поражения выбухание исчезает и быстро появляется вновь. Каверзные гемангиомы, прорастая и сдавливая окружающие ткани у детей, вызывают атрофию прилежащих тканей (мышц, слюнных желез, глазного яблока, жировой клетчатки), деформации прикуса, смещение зубов и другие нарушения.

Кровотечения, которые вызывают кавернозные гемангиомы, представляют угрозу для жизни больного.

Гроздьевидные(ветвистые) гемангиомы представляют собой порочно развитые сосуды артериального, венозного или смешанного типа различного калибра. Участок поражения менее контурирован, чем при кавернозной форме. Вздутые, извилистые опухолевые узлы расположены в толще тканей. Часто заметна пульсация опухоли. В других случаях она выявляется при пальпации. Нередко пораженными оказываются все ткани половины лица, включая челюсти.



Рис.7.Гроздьевидная(ветвистая) гемангиома

ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ГЕАНГИОМАМИ

Лечение детей с гемангиомами является трудной задачей, требующей, помимо специальных навыков, также терпения со стороны врача, родителей и пациента. Начинать лечение можно в любом возрасте, если установлен прогрессирующий характер опухоли или выявляется грубое нарушение функций, повторные кровотечения и другие значительные нарушения.



Рис.8. Криодеструкция гемангиомы

Для лечения детей с гемангиомами разработаны и продолжают разрабатываться методы консервативной терапии.

При ведении детей с капиллярными гемангиомами, в случае отсутствия роста опухоли, допускается наблюдение до года жизни. Если инволюции опухоли не произошло, широкое распространение получил метод криодеструкции, когда глубокое замораживание тканей опухоли приводит к развитию асептического некроза с последующим замещением тканей опухоли соединительной тканью.

Наиболее широкое распространение при лечении кавернозных гемангиом получил метод склерозирующей терапии - введение в толщу опухолевой ткани жидких химических веществ с целью вызвать ожог, асептическое воспаление и последующее рубцевание опухоли. В настоящее время для этих целей широко используется спирт (70 или 90 градусный). Склерозирующая терапия проводится обычно несколькими курсами, что в целом может занять от одного до нескольких лет.



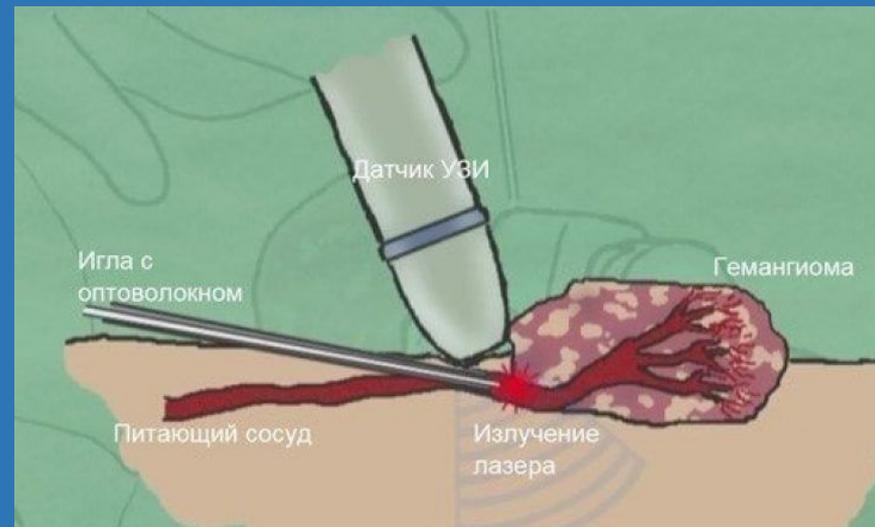
Рис.9. склерозирующая терапия гемангиомы

Хороший эффект при лечении гемангиом достигается при лечении лазером

Рис.10. Лечение лазером гемангиомы:

А – схема

Б – применение в клинике



Б.



А

При небольших гемангиомах возможно иссечение их в пределах здоровых тканей. Но локализация гемангиомы в нескольких областях, вблизи естественных отверстий (рот, нос, глазные щели, уши) часто не дает возможности провести необходимое хирургическое вмешательство. Также **высок риск кровотечения.**

Рис.11 Лучевая терапия



У больных с тяжелыми обширными поражениями применяют лучевую терапию. По данным ряда авторов, имеющих большое количество многолетних наблюдений (Федореев Г.А.,1971; Свистунова Т.М., 1971; Поджешук Е.Л., и др., 1972, Мрачковская А.И.,2012 г.), лучевая терапия у детей дает хороший эффект и при соблюдении ряда условий, не вызывает значительных последствий. В то же время следует отметить, что нередким осложнением лучевой терапии являются отставание в росте облученных отделов, атрофии и полные некрозы тканей и органов.

При лечении телеангиэктазий применяется метод электрокоагуляции.

ЛИМФАНГИОМЫ

До настоящего времени нет четкого научно обоснованного взгляда на происхождение лимфангиом. В литературе высказываются две точки зрения на сущность лимфангиом. Одни авторы считают лимфангиому истинной опухолью. Другие рассматривают ее как результат нарушения развития лимфатической системы. На сегодняшний день преобладает вторая точка зрения.

Лимфангиома - опухоль дизэмбриогенетического происхождения, развивающаяся из лимфатических сосудов.

Лимфангиомы составляют от 5% до 10% всех доброкачественных опухолей в челюстно-лицевой области у детей. Выявляются чаще в возрасте до 1 года. Излюбленная локализация - мягкие ткани лица, шеи, язык. Опухоль характеризуется медленным прогрессирующим ростом. Нередко она сопровождается другими пороками развития: гемангиомой, нейрофиброматозом, атрофией мышц лица. Очень редко возможна инволюция (если так можно выразиться, "обратное развитие") опухоли за счет опустошения лимфатических сосудов, разрастания и склероза соединительной ткани. Таким образом, небольшая лимфангиома может превратиться в мягкую рубцовую ткань.



Рис.12 Ребенок с лимфангиомой

Классификация лимфангиом:

1. По этиологии:
 - врожденные;
 - приобретенные (лимфокисты, лимфоцеле).
2. По строению:
 - капиллярные;
 - кавернозные;
 - кистозные и поликистозные.
3. По распространенности:
 - локальные;
 - диффузные.
4. По влиянию на близлежащие ткани и органы:
 - с нарушением функции;
 - без нарушения функции;
 - без деформации тканей в челюстно-лицевой области;
 - с выраженной деформацией тканей в челюстно-лицевой области.

Капиллярная лимфангиома

Наиболее частые локализации капиллярной лимфангиомы: щечные области, губы, язык, подъязычная область.

Жалобы. При капиллярной лимфангиоме имеются характерные жалобы на наличие у ребенка деформации того или иного участка мягких тканей лица, которая медленно увеличивается и при этом остается безболезненной. При простудных заболеваниях возможно временное (обусловленное воспалением) увеличение лимфангиомы в объеме, что также является одним из ее признаков.

Рис.13 Капиллярная лимфангиома



Клиническая картина

Это безболезненное, тестообразной консистенции, возвышающееся над окружающими тканями образование. Оно напоминает пропитанную жидкостью ткань (как мягкий отек) без четких границ, плавно переходящую в здоровые близлежащие ткани, может давить на подлежащие ткани и служить причиной деформации костей. В некоторых случаях при атрофии подкожной жировой клетчатки наблюдается выраженный рисунок подкожных вен.

Если капиллярная лимфангиома больших размеров поражает язык, может нарушаться его функция. Сосочки языка при этом гипертрофированы, изменены в цвете (вишнево-красные), при травмировании их возможно незначительное кровотечение.

Лечение капиллярных форм лимфангиом хирургическое. Оно заключается в удалении опухоли (при значительных ее размерах - поэтапном) и в последующей коррекции деформаций. Все операции проводятся под общим обезболиванием в условиях специализированного челюстно-лицевого стационара.

Кистозная и кавернозная лимфангиома (поликистома)

Среди других форм лимфангиом кистозные формы чаще наблюдаются в раннем возрасте.

Жалобы. Родители жалуются на наличие у ребенка образования, которое растет вместе с ростом ребенка (иногда рост образования опережает рост ребенка).

После острых простудных заболеваний опухоль может быстро расти, уплотняться, становиться болезненной, воспаляться, но никогда не нагнаивается. Обычно такие лимфангиомы достигают очень больших размеров, приводят к смещению трахеи, пищевода, языка, в результате чего появляются жалобы на затрудненное дыхание и невозможность нормального глотания и сосания.

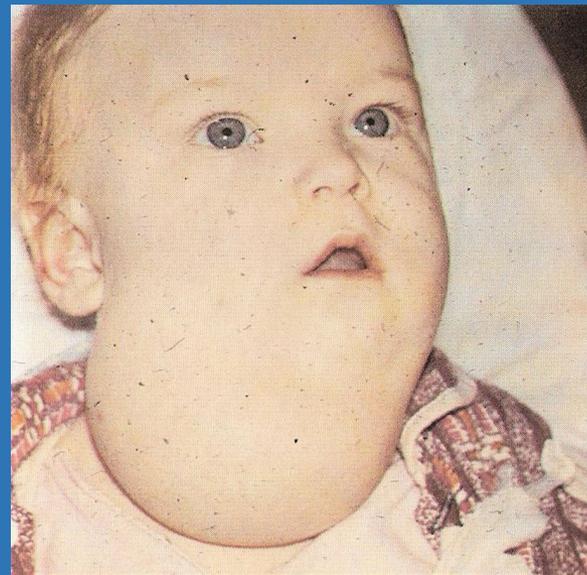


Рис.14 Кавернозная лимфангиома

Клиника. Клиническим признаком поликистомы или кавернозной лимфангиомы является асимметрия челюстно-лицевой области за счет безболезненного новообразования мягкоэластической тестообразной консистенции, кожа над ним обычного цвета или бледная. При поверхностно расположенных опухолях определяется наличие флюктуации (феномен ощущения свободной жидкости в тканях). Обычно поликистома занимает 2-3 анатомических области и состоит из нескольких камер; одиночные кисты встречаются очень редко. Поликистомы, располагающиеся в области дна полости рта, приводят к нарушению функции дыхания и глотания. В таком случае необходимо срочное хирургическое вмешательство.

Для подтверждения диагноза проводят пункцию, при которой получают характерное для этой опухоли содержимое. Размеры и расположение глубоких порций лимфангиом уточняются с помощью компьютерной и магнитно-резонансной томографии, УЗИ.

Лимфангиомы лица: По локализации различают: лимфангиому губы, щечной области, щечной области и половины губы, околоушной области, глазницы, половины лица. Чаще встречаются лимфангиомы губы и щечной области.

Лимфангиома губы: При изолированном поражении верхней губы определяется припухлость половины губы мягкой тестоватой консистенции, безболезненная при пальпации, без четких границ, распространяющаяся на область носогубной борозды, вызывая ее сглаженность.



Рис.15 Лимфангиома правой щечной области и верхней губы

При незначительном поражении увеличена толщина губы, при более выраженном проявлении лимфангиомы наблюдается увеличение поперечного и продольного размеров губы. Красная кайма губы расширена, угол рта растянут и опущен.

Структура, цвет кожи и красной каймы губ, как правило, без видимых изменений. Слизистая оболочка губы обычной окраски, отечная. Отличительным диагностическим признаком лимфангиомы, локализующейся на слизистой оболочке полости рта является наличие единичных либо множественных пузырьков в виде мелких росинок или бисера, наполненных прозрачным или кровянистым содержимым, рассеянных по поверхности слизистой оболочки губы по проекции лимфангиомы.

Лимфангиома щечной области: Лимфангиома данной локализации представляет собой опухолевидную припухлость мягкой тестоватой консистенции, безболезненную при пальпации, без четких границ, переходящую в неизмененные окружающие ткани. При наличии крупных морфологических структур (кистозно-кавернозная форма) лимфангиома может контурироваться и выбухать наружу или в сторону преддверия полости рта. Окраска кожи над новообразованием как правило не изменена, однако может отмечаться синеватый оттенок вследствие просвечивания через истонченную кожу содержимого поверхностно расположенных крупных полостей. При этом наблюдаются симптом «зыбления» и выраженный сосудистый рисунок подкожных вен за счет атрофии подкожной жировой клетчатки.

Клиническая картина лимфангиом.

Одной из особенностей лимфангиом у детей является способность их воспаляться. Чаще оно возникает у детей в возрасте 3—7 и 7—12 лет в весеннее и осеннее время, совпадая с периодом заболевания детей острыми респираторными и инфекционными болезнями. Воспаление лимфангиомы нередко наблюдается после травмы или обострения хронического пульпита и периодонтита либо другого воспалительного процесса в рото- и носоглотке. Наиболее частый источник инфицирования лимфангиом у детей — хронический тонзиллит. На возможность возникновения воспаления лимфангиомы лица, полости рта и шеи при хроническом тонзиллите указывает их связь посредством лимфатических сосудов и узлов головы и шеи. Особенно тесная связь за счет цепочки глубоких шейных лимфатических узлов наблюдается между миндалинами и языком. Это определяет тактику лечения больных с лимфангиомой и период воспаления и проведения профилактических мероприятий. Санация носоглотки обязательна.

При воспалении резко изменяется клиническая картина лимфангиомы и степень ее распространения. В период воспаления лимфангиома может проявляться на тех участках лица и шеи, которые ранее считались непораженными. При воспалении диффузной, капиллярно-кавернозной и кавернозной лимфангиом лица и шеи развивается воспалительный инфильтрат. Воспаление кистозной и кистозно-кавернозной лимфангиомы лица и шеи характеризуется их заметным увеличением за счет серозного содержимого и кровоизлияния в полость кист, появляется симптом «зыбления». Однако этот симптом не связан с гнойным расплавлением подкожной жировой клетчатки, наблюдаемым при абсцессе и флегмоне. В пунктате воспаленной кистозной или кистозно-кавернозной лимфангиомы всегда выявляется серозно-кровянистое или кровянистое содержимое и никогда — гнойный экссудат. Из-за наличия крови в пунктате лимфангиому ошибочно принимают за гемангиому.



Рис.16 Воспаление лимфангиомы

При воспалении обширных диффузных лимфангиом шеи, дна полости рта, а также языка у детей раннего возраста наблюдаются симптомы нарушения дыхания и глотания, требующие неотложной хирургической помощи- аспирации содержимого кистозных полостей.

Воспаление лимфангиомы лица, полости рта и шеи носит рецидивирующий характер, продолжительность и степень выраженности его различна. Повторяющиеся воспаления лимфангиомы шеи, дна полости рта и языка приводят к длительному нарушению приема пищи, развитию анемии, а у детей раннего возраста — к истощению с выраженными симптомами дистрофии и рахита.

Вторым диагностическим признаком лимфангиомы, локализующейся на слизистой оболочке полости рта является наличие единичных либо множественных пузырьков в виде мелких росинок или бисера, наполненных прозрачным или кровянистым содержимым, рассеянных по поверхности слизистой оболочки губы по проекции лимфангиомы.

Третьей особенностью клинической картины лимфангиомы лица является вторичная деформация костей лица, развивающаяся вследствие длительного давления лимфангиомы на челюстные кости. При лимфангиоме щек деформация чаще выражается в виде сужения зубной дуги верхней или нижней челюсти. Степень деформации челюстей зависит от распространенности и выраженности лимфангиомы. Диффузная лимфангиома языка с выраженной макроглоссией всегда приводит к тяжелым деформациям: альвеолярные отростки и зубы смещаются наружу, формируется открытый прикус. Наблюдаются чрезмерное развитие подбородочного отдела и тела нижней челюсти, увеличение угла между ее ветвью и телом, удлинение переднего отдела нижней челюсти. Нарушение прикуса и макроглоссия вызывает у ребенка нарушения речи, жевания, глотания и дыхания.

Дифференциальный диагноз:

Лимфангиомы необходимо дифференцировать с лимфаденитами, боковыми и срединными кистами шеи, дермоидными кистами, эпидермоидами, миомами, липомами, гемангиомами, фибромами, нейрофиброматозом.

ЛЕЧЕНИЕ ЛИМФАНГИОМ

При поверхностных капиллярных лимфангиомах возможно применение криодес-трукции. При поверхностно расположенных и небольших по размеру кистозных лимфангиомах возможно применение склерозирующей терапии. Лечение детей с объемными кистозными формами лимфангиом в челюстно-лицевой области достаточно сложно из-за анатомических и возрастных особенностей детей. Лечение обязательно должно быть комплексное: консервативное противовоспалительное лечение, хирургическое лечение, ортодонтическое лечение, логотерапия.

Вспомогательные методы: склерозирующая терапия, пункция с отсасыванием содержи-мого.

Хирургическое лечение: применяется цистэктомия (удаление опухоли в пределах здоровых тканей вместе с оболочкой). Также один из видов операции применяющейся при поликистозе, это цистотомия (вскрытие полости опухоли), иногда в несколько этапов, с дальнейшим продолжительным дренированием полости. Послеоперационный период опасен ранними осложнениями. Одно из самых опасных осложнений - кровотечение со всей поверхности раны, возникающее при травматических и продолжительных оперативных вмешательствах (цистэктомии), с развитием ДВС-синдрома (нарушение свертывания крови в сторону его резкого увеличения с дальнейшим резким падением). Прогноз в таких случаях обычно неблагоприятный. В отдаленном послеоперационном периоде возможен рецидив опухоли. При отсутствии лечения лимфангиомы могут приводить к выраженным вторичным деформациям мягких тканей и костей челюстно-лицевой области, серьезным нарушениям дыхания и глотания при сдавлении гортани, трахеи и пищевода.

ПИГМЕНТНЫЕ
НОВООБРАЗОВАНИЯ ЧЕЛЮСТНО –
ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ У ДЕТЕЙ

НЕБУСЫ

Невус (пигментное пятно, пигментный невус, меланоцитарный невус) – доброкачественное новообразование, которое в большинстве случаев является врожденным пороком развития кожи. На ограниченном участке образуется скопление особых клеток – невоцитов, которые содержат большое количество пигмента меланина. Невоциты являются патологически измененными меланоцитами – клетками, которые в норме синтезируют меланин и придают окраску коже. Невоклеточный невус – синоним пигментного невуса. Родинка и невус – также идентичные понятия (сам термин происходит от латинского слова *naevus* – "родинка").

До 10% детей уже рождаются с родимыми пятнами (невусами).

В пубертатном периоде невусы отмечаются у 95% подростков.

К 25-30 годам количество невусов у одного человека в среднем составляет 35-40 штук.

Далее с возрастом отмечается тенденция к снижению количества невусов, а к 85-90 годам на теле остаются единичные образования.



Рис.17 Невус левой щечной области

Можно выделить следующие предрасполагающие условия для возникновения врожденных меланоцитарных невусов у детей:

- воздействие на беременную женщину излучения или токсических соединений;
- болезни урогенитального тракта у беременной; патология беременности,
- протекающая с выраженными колебаниями гормонального фона (угроза прерывания беременности, токсикозы);
- генетическая предрасположенность.

Приобретенные невусы появляются в течение всей жизни.

Провоцирующими факторами могут выступать:

- гормональные «бури» в подростковом периоде;
- беременность, во время которой также отмечаются колебания уровня разных гормонов;
- прием оральных контрацептивов;
- инфекционные и аллергические заболевания кожи:
- акне, дерматиты и прочее;
- механическое повреждение кожи;
- ультрафиолетовое облучение – самым мощным стимулятором возникновения и роста невусов является обычная инсоляция, то есть воздействие солнечных лучей.

Виды невусов

Подразделение невусов на определенные виды является предметом широких дискуссий среди дерматологов и онкологов. Дело в том, что существует довольно большое количество критериев, по которым можно классифицировать новообразования на коже. Кроме того, самих видов родинок описано очень много. Вследствие этого единой универсальной классификации, которая использовалась бы во всех медицинских направлениях и во всех странах, не существует.

С точки зрения механизма появления невусов их обычно разделяют на две большие группы:

Врожденные родинки. Врожденные родинки меньше подвержены риску перерождения в меланому, но все равно относятся специалистами к предраковым состояниям. При остановке роста организма обычно останавливается и рост образования. К врожденным невусам принято относить и те родинки, которые были впервые замечены родителями или врачом в возрасте до 3 лет включительно. Считается, что до этого момента образования были настолько малы, что их попросту не обнаружили при рождении.

Приобретенные родинки. Приобретенные родинки появляются на протяжении жизни человека под воздействием факторов, о которых говорилось выше. По статистике они больше подвержены риску малигнизации (злокачественного перерождения), нежели врожденные образования. Объяснить это можно тем, что само появление невусов является следствием воздействия внешних или внутренних факторов. Дальнейшее их влияние может поспособствовать и трансформации новообразования в рак.

Наиболее часто встречающиеся невусы

Внутридермальный пигментный невус

Чаще всего данный тип родинок появляется в подростковом возрасте. Поначалу образование локализуется внутри кожи, не выступая над ее поверхностью (отсюда и название типа, «дерма» по-гречески – кожа). Размеры обычно не превышают нескольких миллиметров. Такие родинки могут немного менять цвет и форму по мере роста организма и его старения. Однако к прогрессированию и резкому увеличению в старости (как это происходит с некоторыми другими типами) они не склонны.

Малигнизация (злокачественное перерождение) наступает менее чем в 20% случаев и только при наличии дополнительных располагающих факторов.



Рис.18 Внутридермальный пигментный невус

Папилломатозный невус

Данный тип родинок обычно быстро бросается в глаза пациентам из-за неприятного внешнего вида. Часто люди обращаются не только к дерматологу, но и к онкологу, сразу подозревая злокачественную опухоль. Невус представляет собой выраженное возвышение над поверхностью кожи, резко отличающееся по цвету и фактуре. На первый взгляд он имеет зернистую поверхность коричневатого цвета, но может быть и розоватым. Родинка является мягкой и безболезненной на ощупь. Какого-либо беспокойства помимо косметического дефекта обычно не наблюдается.

Преимущественной локализацией таких образований является волосистая часть головы, на лице встречаются редко.. Если на поверхности родинки расположен волосяной фолликул, то волос иногда отличается по цвету от других волос. Образование может медленно увеличиваться в течение всей жизни человека, но злокачественное перерождение претерпевает редко. Из-за большого внешнего сходства с некоторыми видами злокачественной меланомы рекомендуется как можно быстрее провести биопсию невуса и по клеточному составу определить его тип.



Рис.19 Папилломатозный невус

Невус Сеттона(Галоневус).

Он чаще всего является приобретенным и появляется у людей с сильно сниженным иммунитетом, нарушенным гормональным статусом или тяжелыми аутоиммунными заболеваниями. При данном типе родинок имеет место вид аутоиммунной реакции, когда организм борется с дефектными клетками. Эта реакция выражена слабо и не приводит к воспалению или другим острым проявлениям. Тем не менее, она накладывает характерный отпечаток на внешний вид данного образования.



Рис.20 Невус Сеттона

Галоневус представляет собой круглую или овальную родинку, которая слегка выступает над поверхностью кожи. Характерным отличием его является венчик из бледной кожи, который окружает его основание. Размер самого невуса составляет несколько миллиметров, а ширина депигментированного участка вокруг него – до полусантиметра (чаще 1 – 2 мм). Локализуется этот тип родинок на коже туловища или конечностей, но крайне редко обнаруживается также на лице,

Монгольское пятно

Монгольское пятно – это вид родимого пятна у новорожденных, которое может в менее выраженной форме присутствовать и у взрослых. По сути, оно является вариантом генетически обусловленного пигментного нарушения, что позволяет отнести его к невусам.

Название данный тип получил из-за того, что встречаются такие пятна почти у 90% новорожденных монголов.

Правда, уже через несколько лет они исчезают у 19 детей из 20. У представителей других национальностей монгольские пятна также встречаются, но они менее выражены и распространенность обычно не превышает 0,5%.

Монгольское пятно локализуется обычно в области крестца или на коже ягодиц. Средний размер образований – несколько сантиметров, но иногда они достигают и 10 – 15 см в диаметре. Редко становится причиной развития меланомы. Из-за незаметной локализации и минимального косметического дефекта (у взрослых пятна бледные и не сильно отличаются от окружающей кожи), специального лечения обычно не назначают.



Рис.21 Монгольское пятно

Фиброэпителиальный невус

Данный вид родинок является одним из наиболее распространенных во врачебной и косметологической практике. Подобные образования могут быть как врожденными, так и приобретенными в течение жизни. При этом большой зависимости от возраста или пола не наблюдается. Как и у других невусов, пик приходится на периоды гормональных перестроек, но описано довольно много случаев, когда такие родинки развивались в пожилом возрасте.

Фиброэпителиальный невус обычно круглой формы либо близок к ней. Размеры и локализация могут быть разнообразными. Пигментация таких родинок умеренная, поэтому цвет чаще бывает розоватый или красноватый. На ощупь образование мягкое, но эластичное. Боли при пальпации у пациентов не возникает.



Рис.22. Фиброэпителиальный невус

Голубой невус

Голубой невус (также синий или Ядассона-Тиче) является вариантом предракового состояния, однако в целом относится к доброкачественным образованиям. Он представляет собой скопление меланоцитов в толще кожи, которое чаще появляется на протяжении жизни. Обычно такие родинки являются одиночными, но описаны и варианты множественных (до 4 – 5) образований. Голубым невус называется из-за того, что его клетки очень активно вырабатывают меланин. На практике цвет может быть различным. Встречаются родинки этого типа темно-синего, темно-фиолетового, серого или черного цветов.

Родинка чаще всего выступает над кожей, но может иногда прощупываться и в виде внутрикожного узла. Четко выраженной статистической локализации у данного образования нет. При близком осмотре можно отметить четкие границы и некоторую натянутость кожи.

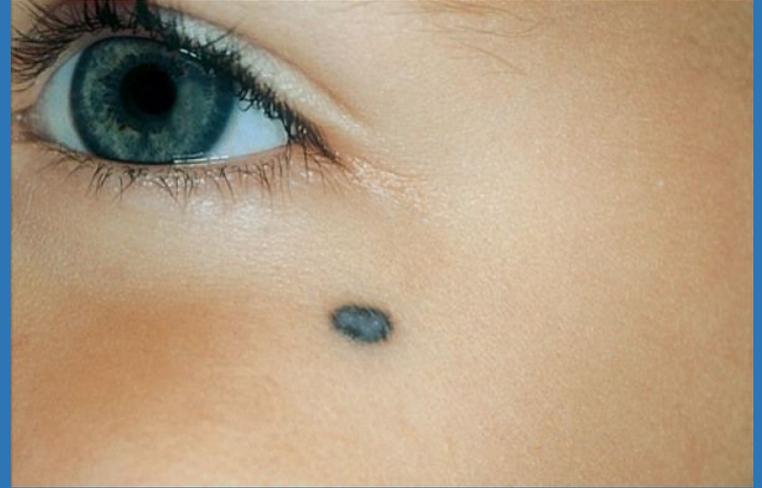


Рис.23. Голубой невус

Пограничный пигментный невус
Чаще всего данный вид родинок является врожденным. Лишь в 15 – 20% случаев он появляется в первые несколько лет жизни. Существуют и данные о развитии пограничного невуса в подростковом возрасте, но такой вариант встречается крайне редко.



Рис.24 Пограничный пигментный невус

При отсутствии провоцирующих факторов образование растёт и увеличивается пропорционально с ростом организма. В среднем его размеры достигают 0,8 – 1,2 см. При усиленном росте родинка может достигнуть и нескольких сантиметров в диаметре. Обычно она не сильно возвышается над поверхностью кожи. Цвет определяется высоким содержанием меланина и может быть бурым, фиолетовым или близким к черному.

Гигантский пигментный невус

Данный вид родинок трудно спутать с другими новообразованиями кожи. Во-первых, он всегда является врожденным и заметен, как правило, с первых дней жизни ребенка. Во-вторых, увеличиваясь по мере роста организма, родинка достигает больших размеров, нежели другие кожные образования.



Рис.25 Гигантский пигментный невус

В среднем они варьируют от 3 до 7 см в диаметре, но иногда охватывают целую анатомическую область (шея, значительная часть туловища, щека). Были описаны родинки такого типа размерами до 35 – 40 см. Косметический дефект усугубляется тем, что образование сильно выступает над поверхностью кожи, представляя собой массивную опухоль. Ипичным для таких образований является наличие глубоких трещин, борозд и мелких бородавок на поверхности. Лечение таких невусов назначается обычно в косметических целях. Однако не такими уж и редкими являются случаи малигнизации (до 10% случаев). Лечение рекомендуется хирургическое с широким иссечением тканей опухоли и пересадкой кожи (при больших размерах родинки).

Невус Ота

Невус Ота относится к немногочисленной группе нейро-кожных синдромов, когда в развитии новообразования играет определенную роль и нервный фактор. Данный тип родинки располагается исключительно на лице, в области скулы или по краю глазницы. Он представляет собой пятно с высоким содержанием меланина. Реже встречается вариант, когда в одной области располагается несколько сливающихся образований.



Рис.26 Невус Отта

Заподозрить невус Ота можно, собрав подробный анамнез. Данное образование в большинстве случаев является врожденным (описаны довольно редкие случаи появления в подростковом возрасте). Оно имеет четкую генетическую предрасположенность и встречается только у азиатских народов или их потомков. При этом наиболее присущ этот вид родинок японцам и монголам. Реже он встречается у китайцев и представителей народов центральной Азии.

Диспластический невус

Данное образование примерно в половине случаев является врожденным.

Неоднократно наблюдались семейные случаи заболевания, когда родинки этого типа диагностировались у двух и более членов одной семьи (врожденный диспластический синдром). Тем не менее, считают, что возможно и их спонтанное появление в период полового созревания. Для предварительной постановки диагноза обязательно уточняют, не было ли у пациента родственников с диагностированной злокачественной меланомой. Сами образования редко превышают полсантиметра в диаметре. У пациента, как правило, наблюдается несколько диспластических невусов, но возможны и варианты с одиночным образованием.



Рис.27 Диспластический невус

Диагностика невусов

Важнейшей задачей в диагностике невусов является четкое их разграничение со злокачественными новообразованиями кожи (в первую очередь, с меланомой). Последняя требует срочной квалифицированной помощи, так как речь идет о жизни пациента. В связи с этим врач на приеме постарается исключить злокачественное образование и лишь после этого займется определением типа невуса. Последний имеет значение для составления правильного прогноза заболевания, информирования пациента и режима профилактических осмотров. Все пациенты с подозрением на меланому в обязательном порядке направляются на консультацию врача – онколога.



Рис.28 Внешний вид невуса и меланомы

Обследование и диагностику невусов проводят врачи – дерматологи, дерматологи – косметологи и врачи – онкологи.

В случае, если противопоказаний нет, по согласованию с врачами вышеназванных специальностей, удаление возможно хирургом – стоматологом или челюстно – лицевым хирургом

ЛЕЧЕНИЕ НЕВУСОВ

Рис.29. Удаление невусов
Хирургическим путем

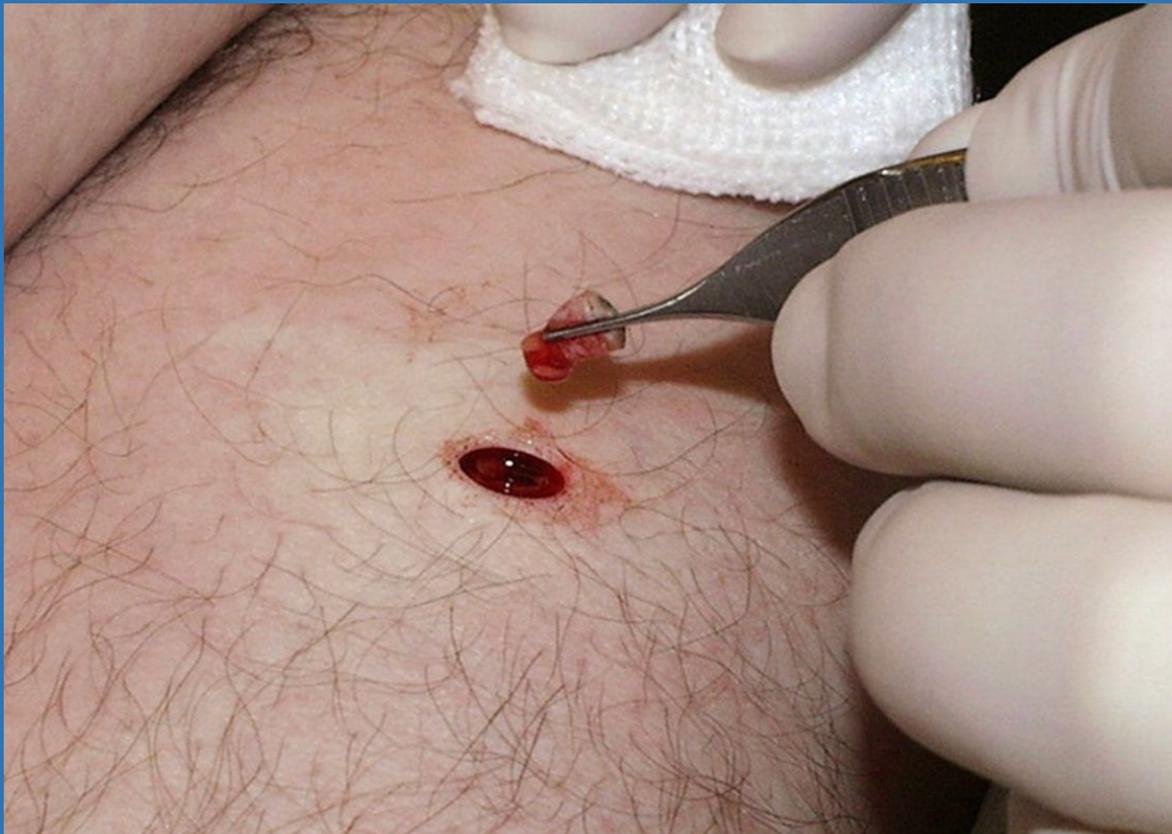
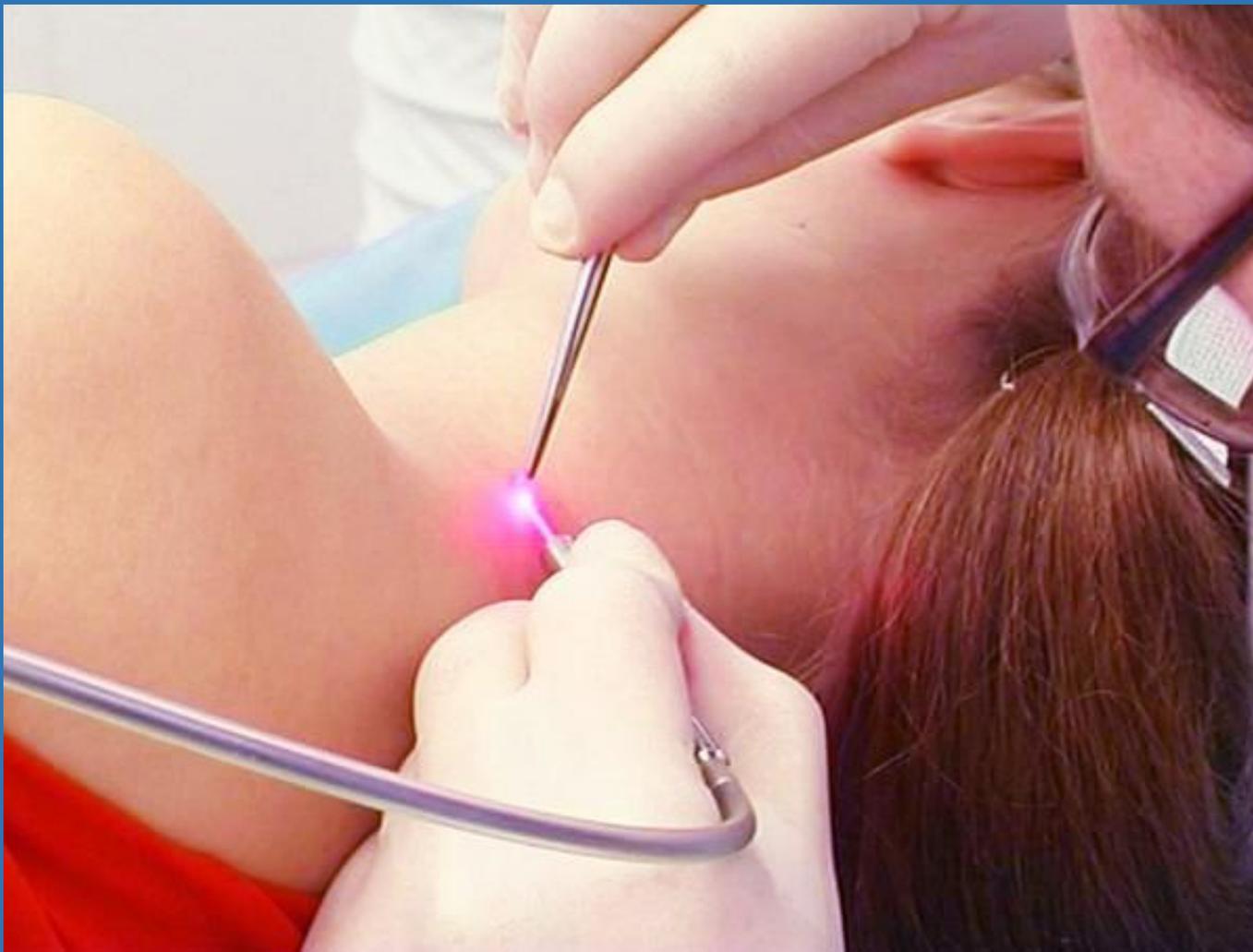


Рис.30. Удаление невусов лазером



ПАПИЛЛОМЫ

Папилломы встречаются в полости рта и на коже лица.

Они обычно бывают одиночными, в виде мягкого образования, округлой или несколько вытянутой формы, на ножке (в виде цветной капусты), белесоватые, размером от 0,2 до 2 см. Локализуются на языке, слизистой оболочке щек, мягкого или твердого неба.

Слизистая оболочка над папилломой в цвете не изменена.

Консистенция опухоли мягкая, она эластичная, однако иногда, особенно на лице, встречаются плотные папилломы, поверхность которых подверглась гиперкератозным изменениям.



Рис.31 Папилломы на коже губ

Существует вирус папилломы, который можно встретить в источниках под разными названиями: папилломавирус человека, HPV, Human Papillomavirus. Он включает в себя 5 родов, 43 вида, более 170 штаммов (типов). Достаточно многообразен и распространён. При попадании в организм проявляет себя образованием на поверхности кожи (причём в самых разных частях тела) выпуклостей. Они могут быть бледно или ярко-розового цвета, грязно-серого, слегка почерневшими. Часто напоминают миниатюрный цветок с несколькими заострёнными лепестками. Могут быть шаровидной округлой формы.

Обследование и диагностику папиллом проводят врачи – дерматологи, дерматологи – косметологи и врачи – онкологи.

В случае, если противопоказаний нет, по согласованию с врачами вышеназванных специальностей, удаление папиллом на лице возможно хирургом – стоматологом или челюстно – лицевым хирургом.

Рис.32. Удаление папиллом методом криодеструкции



ОБРАЗЦЫ ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ К ЗАНЯТИЮ:

Выберите один правильный ответ

1. ГЕМАНГИОМА - ЭТО

- 1). зрелая опухоль, состоящая из новообразованных кровеносных сосудов
- 2). зрелая опухоль крупных сосудов, возникающая вследствие истончения его стенки на небольшом протяжении
- 3). пропитывание кровью окружающих тканей, возникающее вследствие травматического повреждения сосудистой стенки
- 4). геморагии на теле, возникающие на теле вследствие повышенной ломкости сосудов
- 5). один из симптомов заболевания крови

2. ФЛЕБОЛИТЫ ОПРЕДЕЛЯЮТСЯ ПРИ ГЕМАНГИОМЕ ЧЕЛЮСТНО – ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ТИПА

- 1). ветвистой
- 2). капиллярной
- 3). кавернозной
- 4). артериальной
- 5). внутримышечной

3. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ КАПИЛЛЯРНОЙ ГЕМАНГИОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1). прошивание
- 2). электрорезекция
- 3). лучевое воздействие
- 4). склерозирующая терапия
- 5). криодеструкция, лазерокоагуляция +

4. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ КАВЕРНОЗНОЙ ГЕМАНГИОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1). прошивание
- 2). электрорезекция
- 3). лучевое воздействие
- 4). склерозирующая терапия +
- 5). криодеструкция, лазерокоагуляция

5. ЛИМФАНГИОМА - ЭТО

- 1). опухоль, развивающаяся из лимфатических сосудов +
- 2). опухоль, развивающаяся из лимфатического узла
- 3). опухолевидное образование челюстно-лицевой области, образованное конгломератом лимфатических узлов
- 4). порок развития тимуса
- 5). нагноение лимфатического узла

6.ОСНОВНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ОСОБЕННОСТЬЮ ЛИМФАНГИОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1).пульсация
- 2).ее воспаление
- 3).наличие флеболитов
- 4).боль при пальпации
- 5).атрофия пораженного органа

7.ПАПИЛЛОМА - ЭТО

- 1).сосочковая доброкачественная эпителиальная опухоль кожи, красной каймы губ и слизистой оболочки
- 2).сосочковая доброкачественная соединительнотканная опухоль кожи,красной каймы губ и слизистой оболочки
- 3).сосочковая злокачественная эпителиальная опухоль кожи, красной каймы губ и слизистой оболочки
- 4).сосочковая злокачественная соединительнотканная опухоль кожи,красной каймы губ и слизистой оболочки
- 5).новообразование кожи, красной каймы губ и слизистой оболочки на ножке

8.НЕВУС – ЭТО

- 1).один из симптомов заболевания крови
- 2).доброкачественное новообразование состоящее из невоцитов
- 3). доброкачественное новообразование состоящее из кровеносных сосудов
- 4).геморрагии на теле
- 5).сосочковая опухоль, состоящая из фиброзной ткани

9.НЕВУС НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С

- 1).остеомой
- 2).одонтомой
- 3).меланомой
- 4).гемангиомой
- 5).липомой

Ответы на образцы тестовых заданий к занятию:

1 – 1

2 – 3

3 - 5

4 - 4

5 - 1

6 - 2

7 - 1

8 - 2

9 - 3

ОБРАЗЦЫ СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ К ЗАНЯТИЮ

ЗАДАЧА 1

Родители принесли на консультацию ребенка 2 месяцев. Родителей беспокоит изменение формы и цвета верхней губы справа.

Из анамнеза: ребенок родился с данной патологией губы.

При внешнем осмотре верхняя губа справа увеличена в объеме, синюшного цвета, с бугристой поверхностью.

При пальпации: кожа губы эластичная, бледнеет при надавливании.

1. Диагноз? Обоснуйте поставленный диагноз.

2. Дополнительные методы исследования.

3. Какова этиология выявленной Вами нозологической формы?

4. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?

5. Какова врачебная тактика и выбор метода лечения выявленной нозологической формы?

6. Прогноз.

ЗАДАЧА 2

На консультацию привели ребенка 10 лет. Родителей беспокоит изменение формы верхней губы слева. Деформация губы существует с рождения.

При внешнем осмотре отмечается припухлость верхней губы слева без четких границ. Кожа и слизистая над припухлостью в цвете не изменены. При пальпации припухлость эластичной консистенции, безболезненная. На слизистой оболочке полости рта по проекции измененной части губы наблюдаются пузырьки, заполненные опалесцирующим содержимым.

1. Установите предварительный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный диагноз.
3. Какие дополнительные методы обследования нужно провести?
4. Какова этиология выявленной Вами нозологической формы?
5. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?
6. Какова врачебная тактика и выбор метода лечения выявленной Вами нозологической формы?
7. Какие профилактические мероприятия необходимы при данной нозологической форме?
8. Прогноз по выявленной Вами нозологической форме.

ЗАДАЧА 3

Больная 13 лет. Обратилась с жалобами на наличие пигментного пятна в области правой щеки. Родилась с маленьким светло-коричневого цвета пятном, которое с ростом организма увеличилось в размерах, волосяной покров стал гуще, окраска более интенсивной. С 13 лет пятно перестало изменяться. Раньше обращалась за мед.помощью, но лечение не рекомендовалось.

Объективно: на коже правой скуловой и щечной областей имеется пятно удлиненно-овальной формы, коричневого цвета, слегка возвышающееся над уровнем кожи, покрытое волосами. Консистенция невуса не отличается от окружающей кожи. Размеры 2 x 4,5 см.

Сформулируйте предварительный диагноз.

Составьте план клинического исследования ребенка.

Направьте его на лечение.

ОБРАЗЦЫ ОТВЕТОВ НА СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ К ЗАНЯТИЮ:

ЗАДАЧА 1

1. Кавернозная гемангиома верхней губы. Диагноз поставлен на основании осмотра, пальпации, дополнительных методов обследования
2. Компьютерная томография, УЗИ, тонкоигольная аспирационная пункция
3. Врожденная патология вследствие нарушения нормальной закладки тканей в результате действия патогенных факторов на развивающийся плод в первый триместр беременности
4. Капиллярная гемангиома, лимфангиома, нейрофиброматоз
5. Необходимо начинать лечение сразу. Предпочтительный метод – склерозирующая терапия. Возможно применение лазера, электрокоагуляции, криодеструкции.
6. При своевременно начатом лечении прогноз благоприятный

ЗАДАЧА 2

1. Врожденное новообразование верхней губы.
2. Лимфангиома верхней губы. Диагноз поставлен на основании осмотра и дополнительных методов обследования
3. УЗИ, пункция, гистологическое исследование
4. Лимфангиомы - врожденные новообразования, развивающиеся вследствие нарушения формирования тканей в результате действия патогенных факторов на развивающийся плод в первый триместр беременности.
5. Гемангиома верхней губы, нейрофиброматоз, синдром Мелькерссона-Розенталя, в период воспаления - с острыми воспалительными процессами
6. Комплексное: консервативное противовоспалительное лечение, хирургическое лечение, ортодонтическое лечение, логотерапия. Вспомогательные методы: склерозирующая терапия, пункция с отсасыванием содержимого.
7. Ведение здорового образа жизни. Медико-генетическое консультирование
8. Прогноз в эстетическом плане неблагоприятный

ЗАДАЧА 3

1. Невус правой скуловой и щечной областей
2. Ребенка необходимо направить на консультацию врача – дерматолога
3. С заключением врача – дерматолога удаление невуса проводится в отделении детской челюстно – лицевой хирургии с замещением дефекта пластикой тканей.

Основная литература

1. Зеленский, Владимир Александрович. Детская хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия : учебник / В. А. Зеленский, Ф. С. Мухорамов . - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2009.

2. Персин, Леонид Семенович. Стоматология детского возраста : учебник / Л. С. Персин .- Москва: Медицина, 2008.

Дополнительная литература

1. Детская хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия. Сборник иллюстрированных клинических задач и тестов : учеб. пособие / УМО по мед. и фармацев. образованию вузов России ред.: О. З. Топольницкий, С. В. Дьякова, В. П. Вашкевич.-Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011.

2. Топольницкий О.З. Атлас по детской хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии [Электронный ресурс] : учебное пособие / О. З. Топольницкий , А. Ю. Васильев.- Москва : ГЭОТАР- Медиа, 2011.

Режим доступа <http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970418260.html>.

3. Зеленский, Владимир Александрович. Детская хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия [Электронный ресурс] : учебник / В. А. Зеленский, Ф. С. Мухорамов .- Москва: ГЭОТАР Медиа, 2009.

Режим доступа :<http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970411704.html>

4. Стоматология детская. Хирургия [Электронный ресурс] : учебник / УМО по мед. и фармацев. образованию вузов России-ред. В. М. Елизарова.-Москва : Медицина, 2009

Режим доступа :<http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN5225034314.html>

5. Клинические ситуации с иллюстрациями для итоговой государственной аттестации выпускников медицинских вузов Российской Федерации : учеб.метод. пособие для мед. вузов спец. 060105.65"Стоматология"/ УМО по мед. и фармацев. образованию вузов России, ВУНМЦ, Моск. гос. мед.стом. ун-тред. Г. М. Барер.-Москва : ВУНМЦ, 2008.

Базы данных, информационно – справочные и поисковые системы

1. Электронная библиотека ОмГМА: <http://weblib.omsk-osma.ru/>;
2. Электронно – библиотечная система « КнигаФонд»
<http://www.knigafund.ru>;
3. ЭБС « Консультант студента. Электронная библиотека медицинского вуза» <http://www.studmedlib.ru>;
4. Научная электронная библиотека: <http://elibrary.ru/default.asp>;
5. СПС «Гарант»: локальная компьютерная сеть;
6. СПС «КонсультантПлюс»: локальная компьютерная сеть;
7. База данных Scopus: <http://www.scopus.com>.