

Болезни

лица и шеи

Классификация заболеваний области лица и шеи

- 1. Абсцессы и флегмоны лица и шеи;
- 2. Одонтогенный гайморит;
- 3. Одонтогенные воспалительные процессы нижней челюсти;
- 4. Опухоли шеи
 - -нейроэктодермального происхождения;
 - -производные мезенхимы;
 - -дисэмбриональные опухоли.

Абсцессы и флегмоны лица и шеи

- Абсцесс- ограниченное гнойное воспаление с образованием полости.
- Флегмона- разлитое гнойное воспаление.







- В зависимости от анатомо-топографической локализации одонтогенные абсцессы и флегмоны делятся на 4 группы:

- 1. Абсцессы и флегмоны тканей прилегающих к верхней челюсти:

- -поверхностные (подглазничная, щечная и скуловая области);
- -глубокие(подвисочная и крыловидно-небная ямки);
- -вторичные (височная область, область глазницы)

- 2. Абсцессы и флегмоны тканей прилежающих к нижней челюсти:
 - -поверхностные (поднижнечелюстной и подбородочный треугольники);
 - -глубокие (крыловидно-нижнечелюстное, окологлоточное, подъязычное пространства);
 - -вторичные (позадичелюстная область, передние области и пространства шеи).
- 3. Абсцессы и флегмоны языка;
- 4. Распространенные флегмоны лица и шеи.

Причины гнойных воспалений тканей шеи

- Тонзиллиты, периостит, воспаление слизистых полости рта, уха, носа  гнойный лимфаденит  абсцесс, флегмона.

Исходы

- Сепсис, гнойное расплавление сосудов с массивным кровотечением, флеботромбозы, абсцесс мозга, медиастинит.
- Гнойный медиастинит в 50% приводит к смерти.

Ангина Людвига

- Это воспаление горла, вызванное инфекционным поражением обеих сторон дна полости рта и приводящее к значительному опуханию шеи.
- Воспаление распространяется на язык, гортань, шейную клетчатку. Отмечается некроз данных тканей, тризм, слюнотечение, глотание затруднено, удушье.
- Частое осложнение-медиастенит.

Одонтогенный гайморит

- Этиология: периодонтит верхних моляров или премоляров, нагноившаяся радикулярная киста, остеомиелит верхней челюсти, травматичное удаление зубов.
- По течению:
 - -острое;
 - -подострое;
 - -хроническое.

Морфология одонтогенного гайморита

- Виды:
- 1. Катаральный;
- -Гнойный;
- -Полипозный;
- -Полипозно-гнойный.

Одонтогенные воспалительные процессы нижней челюсти.

- В 80-95% случаев инфекция имеет одонтогенную природу.
- Причины: периодонтит, затруднение прорезывания зуба мудрости, нагноившаяся радикулярная киста, инфицирование лунки удаленного зуба, болезни пародонта, одонтогенный остеомиелит, периостит, заболевания слизистой полости рта, носа, верхнечелюстной пазухи.....

- При небольшом токсическом воздействии микробов, умеренной их концентрации и адекватной ответной реакции, развивается абсцесс или флегмона в одном или двух клетчаточных пространствах.
- Усиление влияния повреждающих факторов, длительность заболевания, снижение иммунитета способствуют развитию распространенных флегмон.

Стадии гнойного воспалительного процесса:

- 1. Отек;
- 2. Клеточная инфильтрация;
- 3. Некроз и гнойное расплавление тканей;
- 4. Ограничение очага с образованием грануляционного вала или дальнейшее распространение процесса.

Опухоли нейроэктодермального генеза

- К опухолям шеи данной группы относятся:
- -неврилеммома (невринома);
- -нейрофиброма;
- -ганглионеврома;
- -менингиома;
- -хемодектома.

Неврилеммома

Доброкачественная опухоль, связанная с оболочкой нерва.

- Макроскопически: шаровидный одиночный узел в капсуле. На разрезе бело-серого цвета с желтым оттенком, ткань отечна с очагами некрозов и кровоизлияний, множество полостей заполненных желтой жидкостью.
- Микроскопически: пучки переплетающихся клеток, заключенных в сеть аргирофильных волокон. Параллельные ряды клеток в виде частокола- тельца Верокаи.

Нейрофиброма

Доброкачественная опухоль из элементов эндэпиневрия.

- Макроскопически: плотный одиночный инкапсулированный узел. На разрезе - серо-белый, дольчатый, волокнистого строения, без полостей.
- Микроскопически: клетки и коллагеновые волокна располагаются лентовидно или в виде пучков. Отсутствуют тельца Верокаи.

Ганглионевромы

- Макроскопически: напоминают другие невригенные опухоли. Имеют вид узла серо-белого цвета волокнистую структуру и слабо выраженную капсулу.
- Микроскопически: опухоль состоит из зрелых ганглиозных клеток и нервных волокон напоминая ганглий.

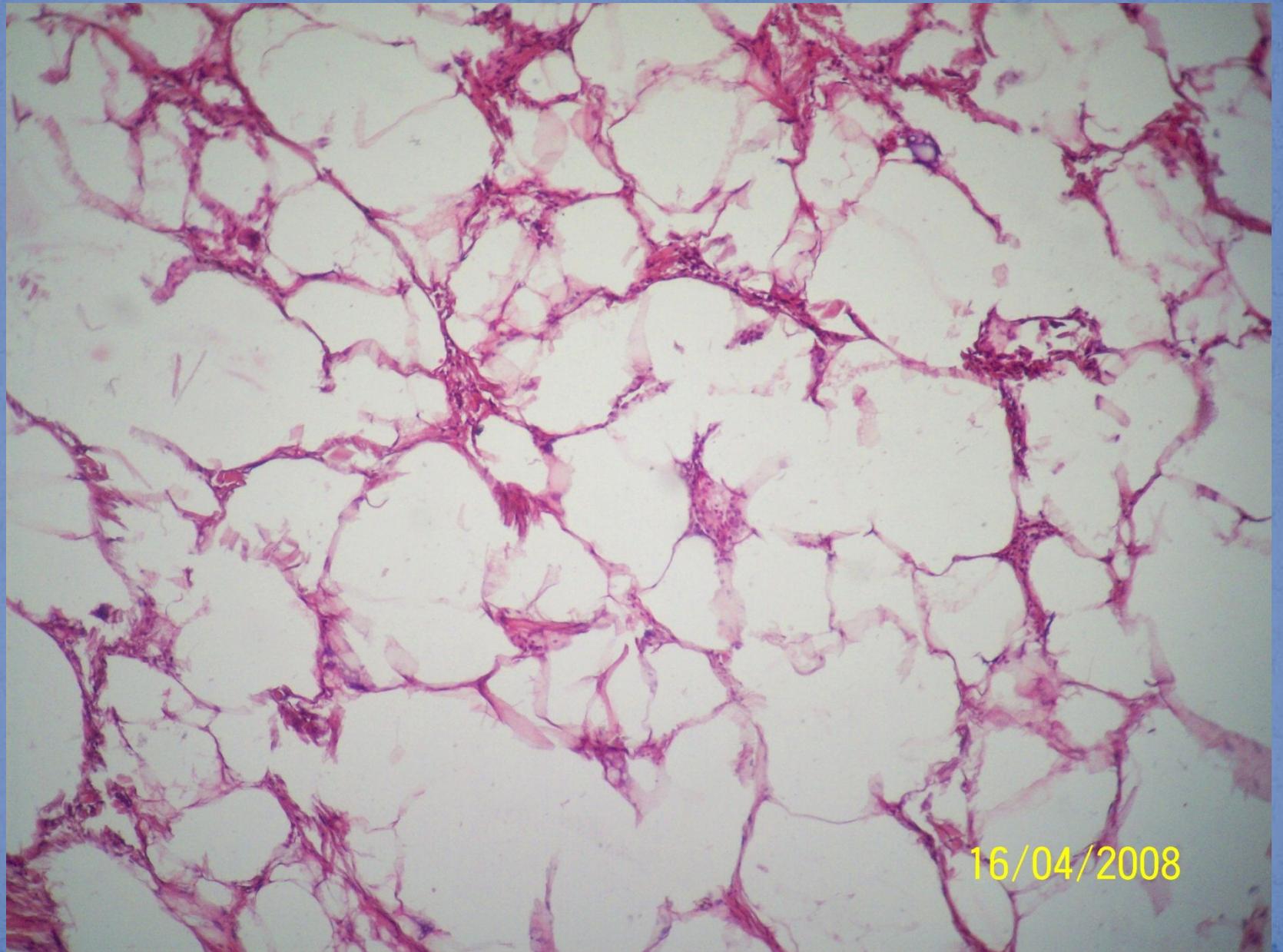
- Частая локализация данных невригенных опухолей шеи сонный треугольник и зачелюстная ямка. Кожные покровы остаются неизменными, определяется припухлость, опухоль подвижна по отношению к поперечнику шеи. Распространение в парафарингеальное пространство.

Опухоли шеи мезенхимального происхождения

- Мезенхима является эмбриональным зачатком из которого формируется соединительная ткань, сосуды, хрящи, кости, мышцы.
- Наиболее распространены на шее липомы и липосаркомы.

Липома

- Макроскопически: форма может быть шаровидная, овоидная, гантелевидная, многоузловая, имеет большие размеры, хорошо выраженную капсулу, мягкую консистенцию, на разрезе желтого цвета, дольчатая.
- Микроскопически: скопления липоцитов и соединительнотканной стромы.
- Различают: плотную и мягкую фиброму.



16/04/2008

Липомы

- Могут быть: солитарными, множественными.
- По глубине расположения различают:
- - поверхностную (в подкожно-жировой клетчатке)
- -фасциально-мышечную;
- -парависцеральные (у трахеи, щитовидной железы, глотки, пищевода).

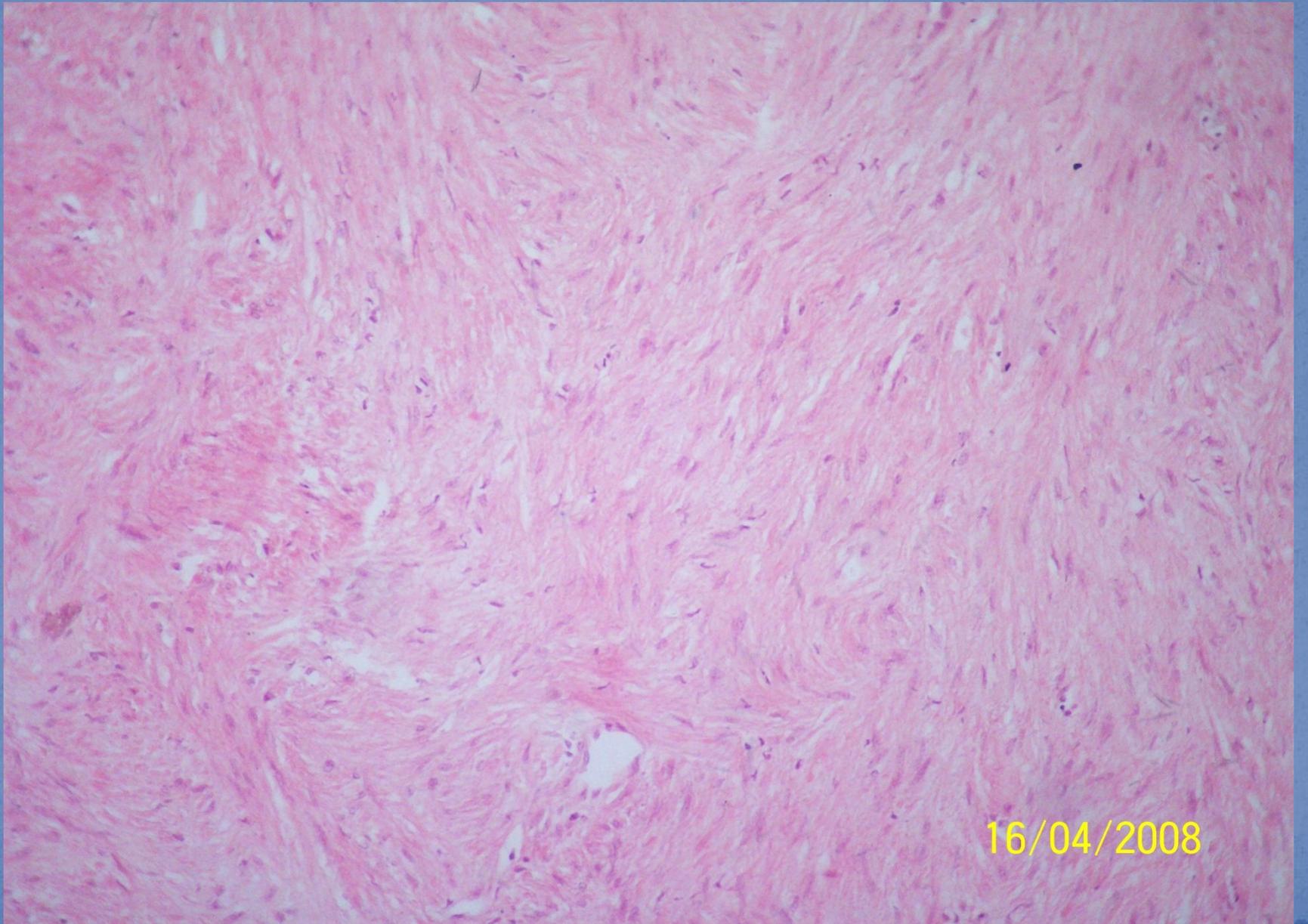
Фиброма

Доброкачественная опухоль из фибропластических клеточных элементов, построена по типу зрелой волокнистой соединительной ткани.

- Локализация: межфасциальные и межмышечные пространства.

Фиброма

- Макроскопически: четко отграниченная плотная опухоль в капсуле, на разрезе серо-белого цвета, волокнистого строения.
- Микроскопически: хорошо дифференцированная фиброзная ткань, фиброциты и коллагеновые включения. Коллагеновые волокна беспорядочно переплетаются.

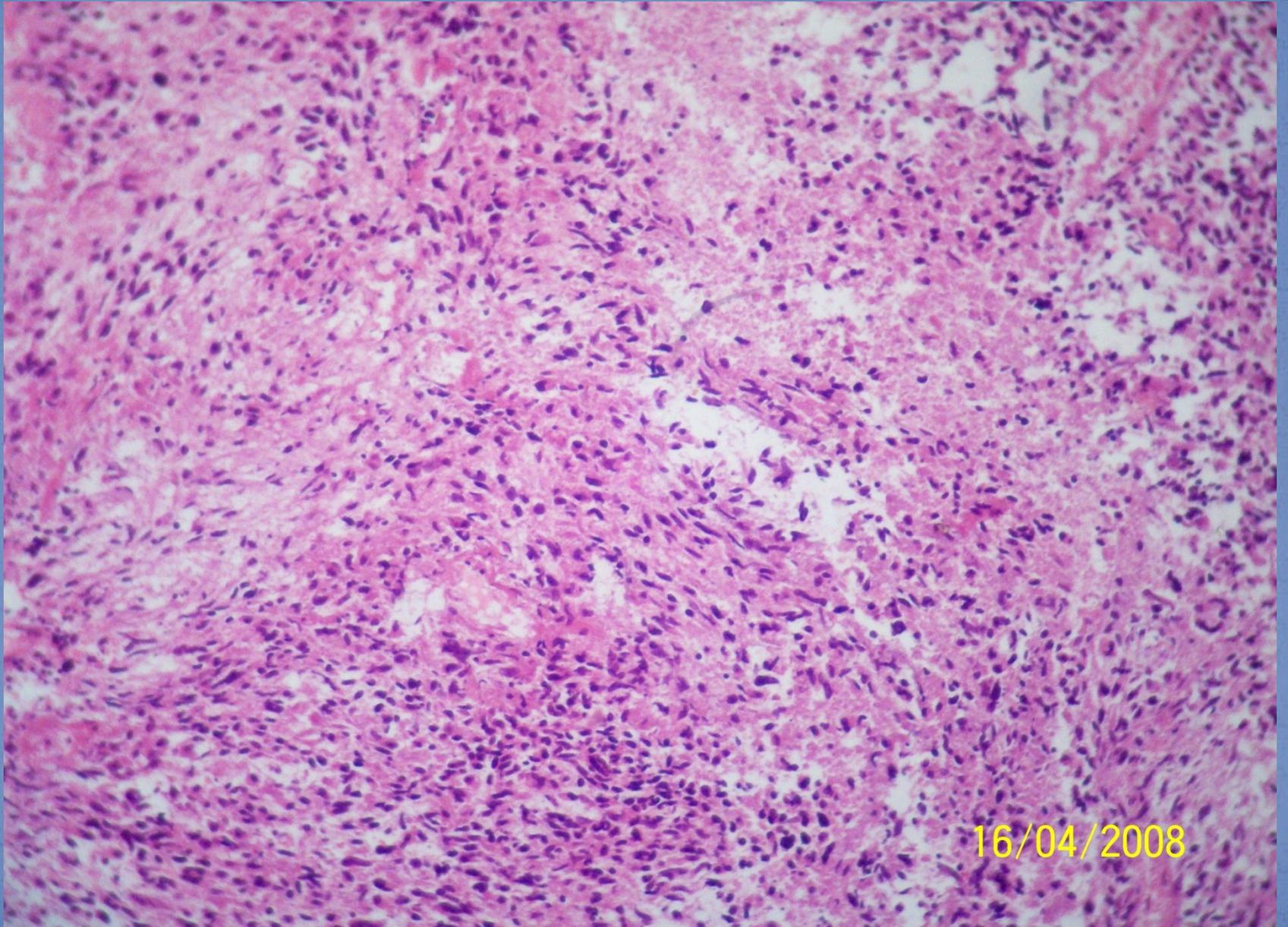


16/04/2008

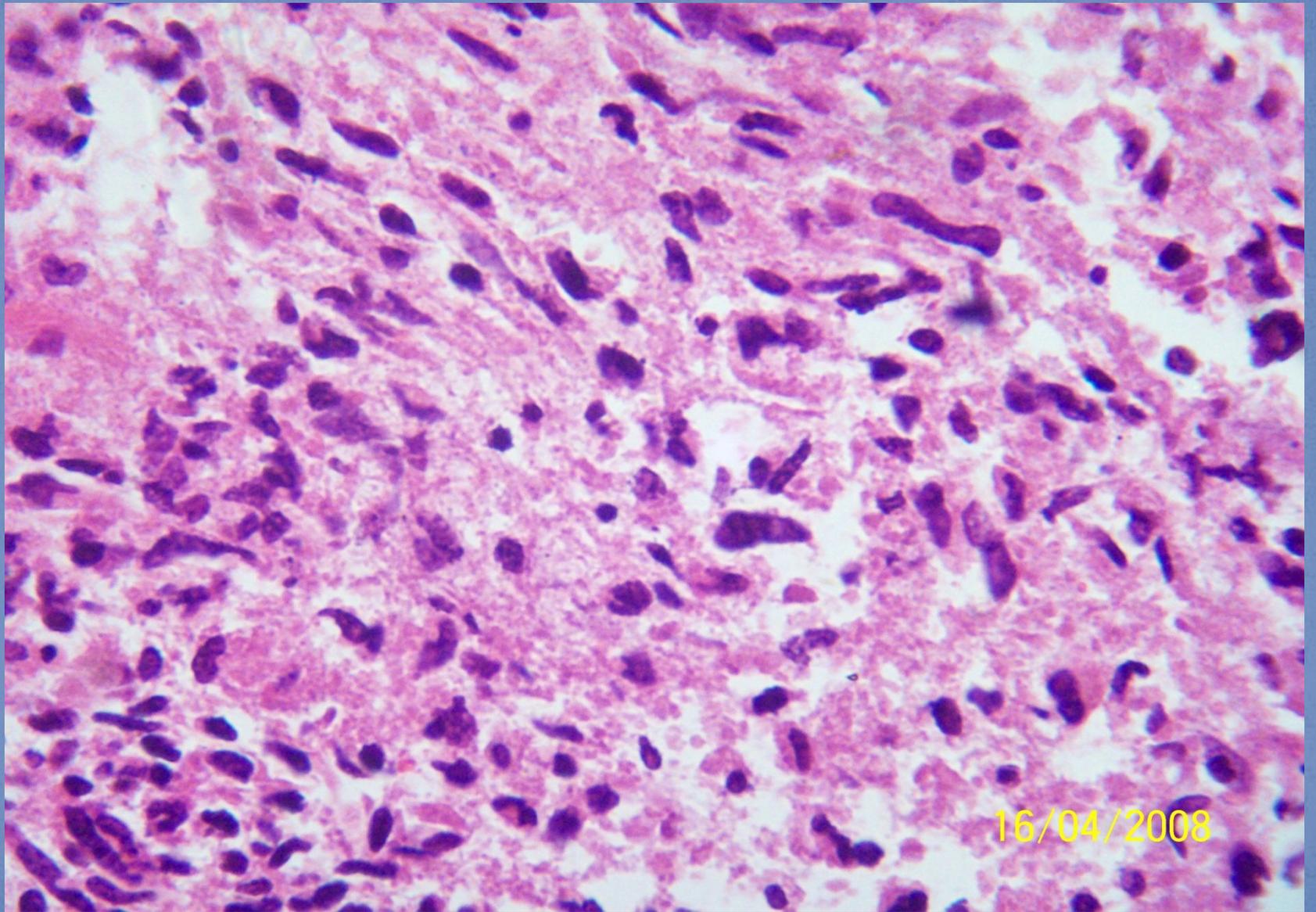
Фибросаркома

Злокачественная опухоль из соединительной ткани.

- Макроскопически: хорошо отграниченный узел без капсулы. На разрезе белесоватая с волокнистым строением и очагами некроза.
- Микроскопически: поля переплетающихся пучков незрелых фибробластов с удлиненными гиперхромными ядрами и митозами.
- Частая локализация- боковые отделы шеи.



16/04/2008



16/04/2008

Ретикулосаркомы

- Саркомы из ретикулярной стромы лимфоузлов и других органов.
- При поражении носоглотки определяется бугристая быстрорастущая опухоль, вызывающая затруднение дыхания.
- Микроскопически: сплошные поля полиморфных крупных недифференцированных ретикулярных клеток. Много митозов.

Лимфангиома.

Опухоль из лимфатических сосудов.

- Макроскопически: опухоль имеет вид тонкостенных однокамерных или многокамерных кист. Кисты заполнены прозрачной жидкостью.
- Микроскопически: стенки кисты представлены фиброзной тканью и эндотелиальной выстилкой внутренней поверхности. В стенке лимфоидноклеточные инфильтраты.

Гемангиома



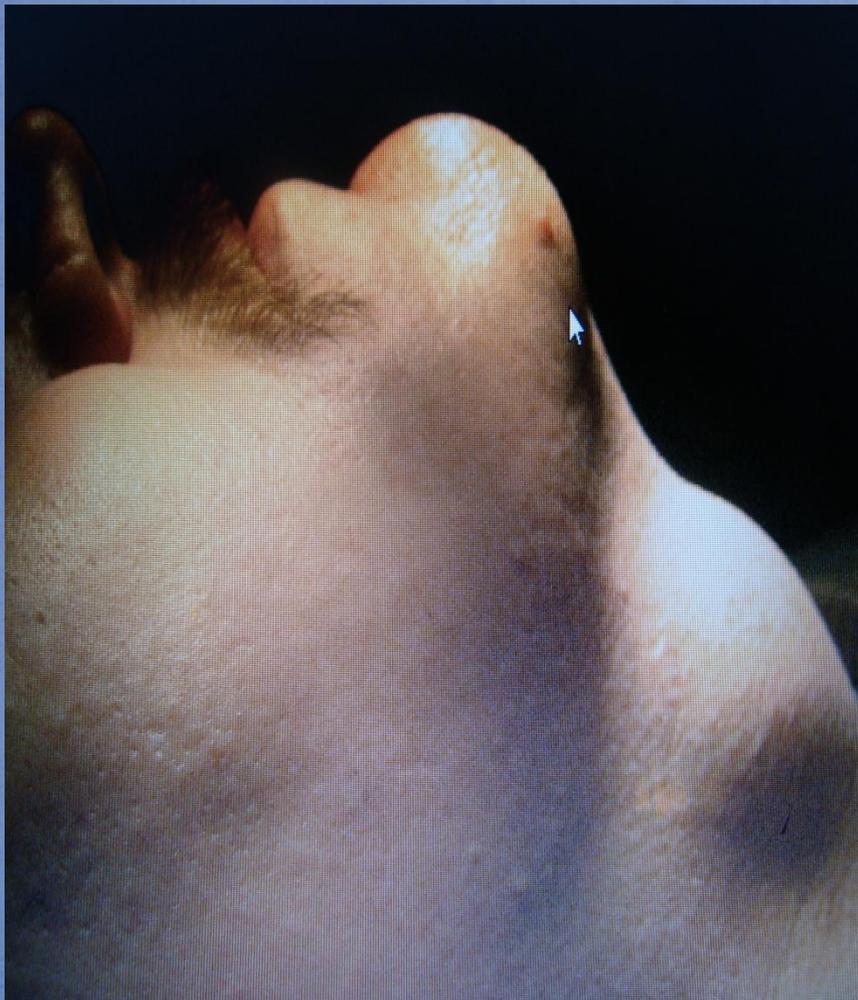
Дисэмбриональные опухоли шеи

- Классификация кист шеи по Мельникову. В зависимости от источника развития.
- 1. Подъязычно-щитовидная (срединная) киста;
- 2. Брахиогенная (боковая);
- 3. Тимофарингеальная киста;
- 4. Эпидермоидные и дермоидные кисты;
- 5. Ангиоматозные кисты.

Срединная киста

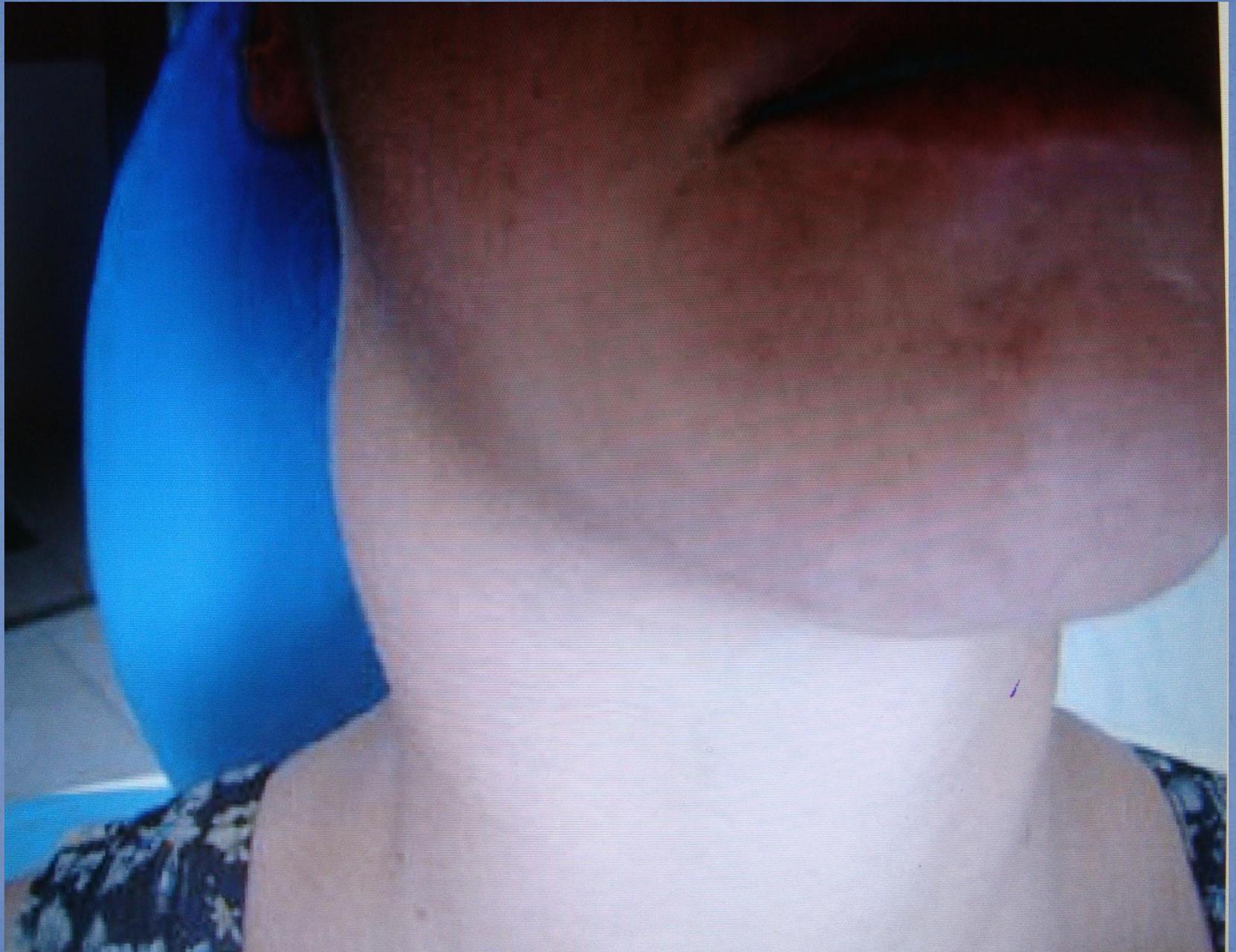
- Развивается из остатков щитовидного протока и локализуется в верхней половине шеи, спереди по срединной линии. Залегает глубоко в тканях шеи. Имеет однокамерное строение, выстлана изнутри плоским, кубическим или цилиндрическим эпителием.

Срединная киста



Брахиогенная киста

- Развивается из зачатков жаберных щелей, располагается по передне-боковой поверхности. Чаще однокамерная. Выстлана изнутри цилиндрическим мерцательным эпителием.



- Тимофарингеальные кисты- формируются из остатков тимофарингеального протока на боковой поверхности верхней половины шеи.
- Дермоидные кисты- развиваются из придатков кожи. Являясь тератомами могут содержать придатки кожи. Выстилка многослойным плоским ороговевающим эпителием.
- Ангиоматозные кисты- развиваются из сосудов и располагаются в нижней части шеи. Не имеют эпителиальной выстилки.

● Спасибо за
внимание!