

Доброкачественные опухоли и
опухолеподобные образования слизистой
оболочки полости рта, мягких тканей
лица и шеи

- Среди новообразований полости рта у детей преобладают опухолеподобные (62,6 %).
- Чаще новообразования встречаются у девочек (57,3 %).
- Дети с доброкачественными новообразованиями полости рта составляют 4,9 % от общего числа хирургических больных.
- Наибольшая заболеваемость отмечается в возрасте от 1 мес до 1 года (выявляются новообразования дизонтогенетического происхождения). Частота их к возрасту 3 лет резко падает, а к 12—16 годам нарастает.

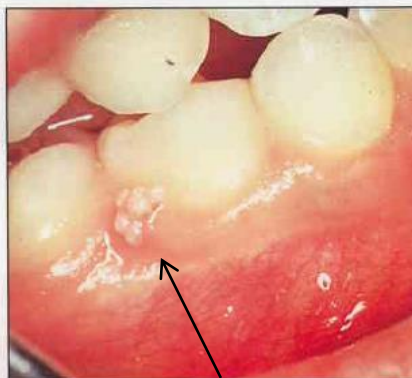
- Наибольшее количество опухолей полости рта происходит из *эпителиальной ткани* (плоского, железистого, зубообразовательного эпителия): опухоли составляют 18,6 %, опухолеподобные образования — 81,4 %.
- Одни из них развиваются в результате дизэмбриоплазий (дермоидные и эпидермоидные кисты, железы Серра, ретенционные кисты подъязычной слюнной железы, связанные с врожденной атрезией поднижнечелюстного протока), в происхождении других (папилломы, папилломатозы) предполагается роль вирусов. Опухоли неопластической природы — папилломы, некоторые виды папилломатоза, невусы, новообразования больших и малых слюнных желез. Большое значение придается травме (ретенционные кисты и малых слюнных желез).
- Эпителиальные опухоли возникают в постнатальный период. У девочек они наблюдаются в 2,25 раза чаще.

- Эпителиальные опухоли возникают в постнатальный период.
- У девочек они наблюдаются в 2,25 раза чаще.
- Эти опухоли обычно локализуются в области языка, реже в области верхней и нижней губы, твердого и мягкого неба, крайне редко в углах рта, на слизистой оболочке щек и в подъязычной области.
- Эти новообразования характеризуются медленным, бессимптомным ростом.
- К рецидиву склонны папилломы и опухоли слюнных желез.
- Лечение эпителиальных опухолей хирургическое.

Папиллома

- Папилломы, как правило, встречаются в возрасте 7—12 лет, у девочек в 1,9 раза чаще.
- Локализуются на языке, губах, в области твердого и мягкого неба.
- Опухоль представляет собой разрастание сосочкового характера в виде выступа округлой или овальной формы, кустика (вид цветной капусты), чаще единичное, иногда множественное.
- Папилломы могут иметь блестящую гладкую поверхность, или вследствие ороговения поверхностного слоя эпителия приобретают белесоватую окраску, становятся более плотными, шероховатыми. При хронической травме папилломы бывают темно-красными, синюшно-красными с явлениями изъязвления. Растут медленно.
- Дифференцируют папиллому от фибромы, желез Серра.
- **Лечение.** Показано удаление опухоли с подлежащей основой, так как папиллома имеет повышенную митотическую активность в основании. Они бывают на широком основании или на ножке, имеют бледно-розовую окраску, соответствующую окраске окружающей слизистой оболочки.

Папилломы



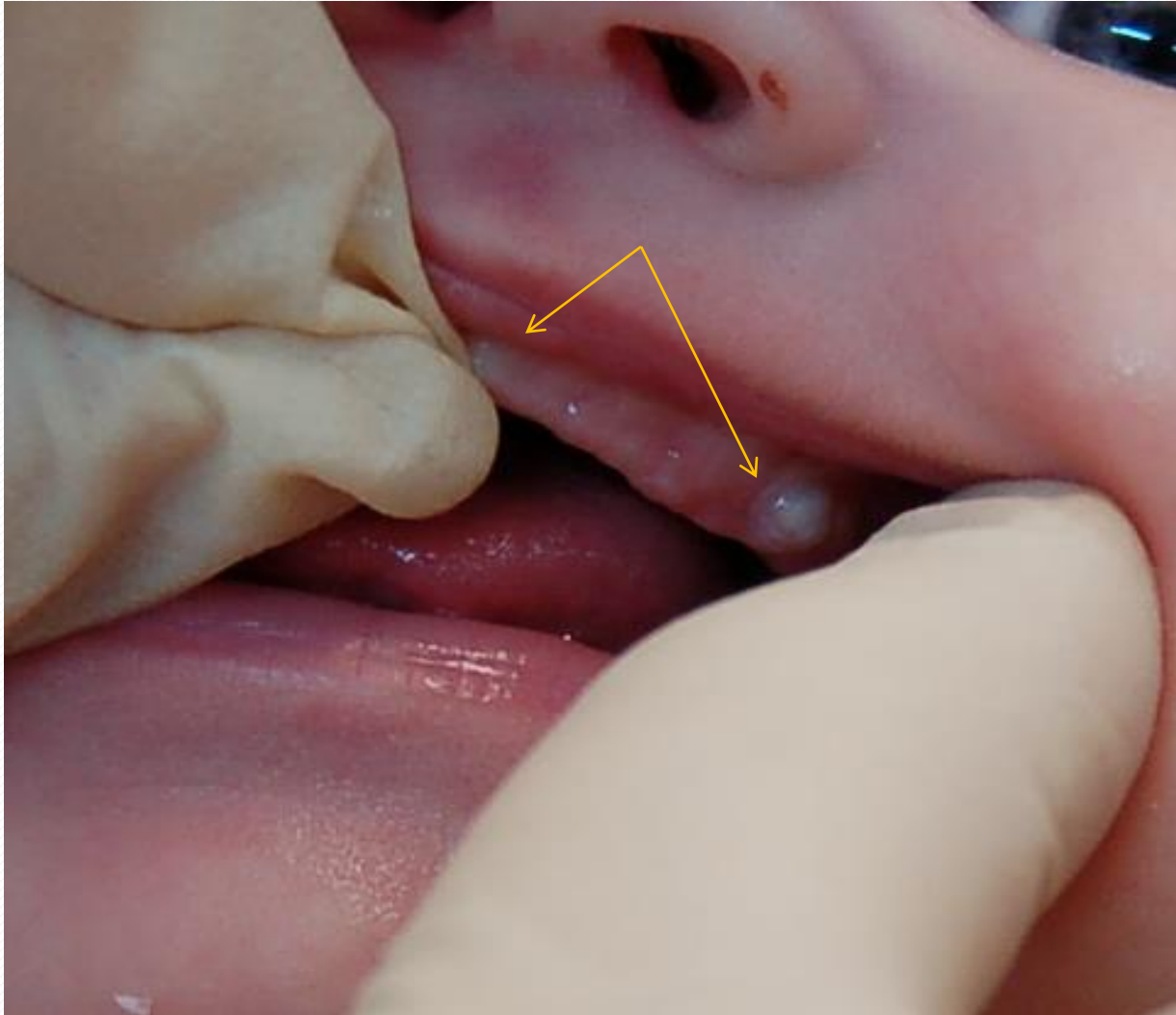
Папилломатоз

- Встречается одинаково часто у мальчиков и девочек.
- Множественные сосочковые разрастания на слизистой оболочке полости рта (2,2 % от опухолеподобных).
- Обнаруживаются чаще в возрасте 7—12 лет, что говорит в пользу их постнатального происхождения.
- Различают **реактивный** и **неопластический** папилломатоз.
- К **реактивным** папилломатозам относят множественные сосочковые разрастания на слизистой оболочке полости рта, прекращающие свой рост при устранении хронического воздействия различных раздражителей (механических, термических, химических, микробных).
- Локализация чаще на верхней и нижней губе, слизистой оболочке щек, языка, реже в области углов рта и на альвеолярном отростке.
- Клинически папилломатозы представляют собой образования в виде бляшек округлой или овальной формы на широком основании, чаще сосочкового характера. По цвету соответствуют окружающей слизистой оболочке или несколько бледнее, мягкие или слегка плотноватой консистенции, безболезненные при пальпации, диаметром от 0,2 до 2 см.
- **Лечение:** при папилломатозе неопластической природы — хирургическое (может быть использован лазерный скальпель), при обширном поражении — криодеструкция (поэтапная), в других случаях — исключение причины возникновения.

Опухоли из зубообразовательного эпителия

- **Железы Серра** — результат дизонтогенеза и выявляются в возрасте до 1 года.
- Локализуются на слизистой оболочке альвеолярного отростка верхней и нижней челюсти, твердого неба.
- Встречаются единичные и множественные образования.
- Клинически железы Серра - образования, имеющие форму полушария, расположенные на неизменной слизистой оболочке десневого валика, белесовато-желтоватого цвета, плотной консистенции, безболезненные при пальпации, диаметром от 1 до 4—5 мм.
- Дифференцировать от папиллом, фибром, преждевременно прорезавшихся зубов.
- **Лечение** не требуется, так как железы Серра к году, как правило, исчезают.

Железы Серра

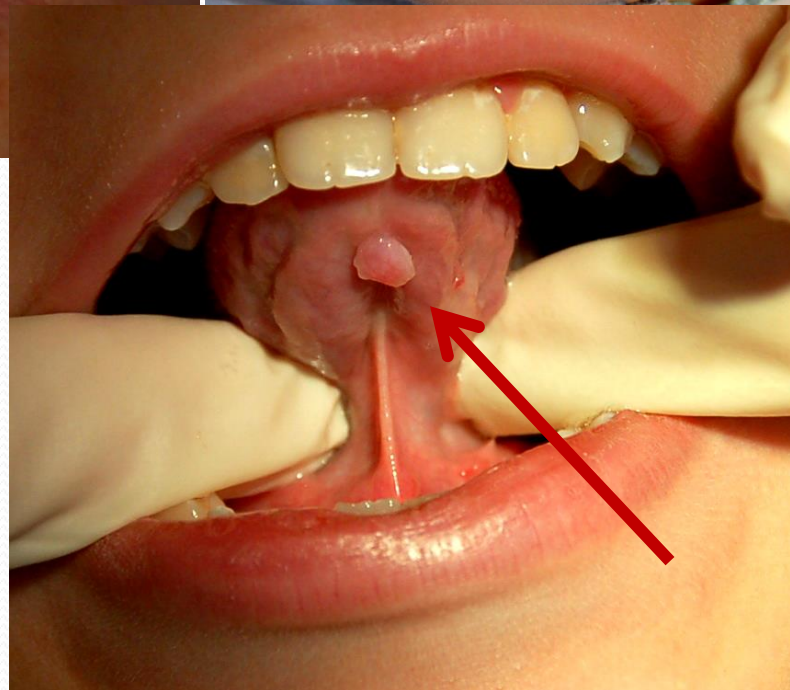


Опухоли из соединительной ткани

- **Фиброма** Занимает третье место после сосудистых и эпителиальных опухолей (23,6 % опухолей), могут быть одиночными и множественными.

Этиология: дизонтогенетическое происхождение, а также дополнительная травма слизистой оболочки при жевании. В постнатальном периоде фибромы у детей чаще появляются в возрасте 12—16 лет, одинаково часто у мальчиков и девочек.

- Различают фибромы **твердые**, когда морфологически определяется плотное расположение коллагеновых волокон, иногда с отложением извести, и **мягкие**, когда морфологически определяются рыхлое расположение волокон и единичные зрелые элементы в них.
- Локализация: чаще в области языка, нижней губы, твердого и мягкого неба, реже в области альвеолярного отростка, верхней губы, щеки.
- Клинически представляют собой округлой или овальной формы образование на широком основании, иногда на ножке, по цвету такое же, как окружающая слизистая оболочка.
- Лечение хирургическое — удаление в пределах здоровых тканей.



● Фибромы

Фиброматоз десен

- Проявляется диффузными фиброматозными разрастаниями плотной консистенции, захватывающими весь или частично альвеолярный отросток верхней или нижней челюсти, а иногда обеих челюстей.
- У детей фиброматоз десен встречается в возрасте 7—12 и 12—16 лет, как правило, у девочек.
- Клинически различают две формы: **локальную**, когда поражение отмечается на уровне нескольких зубов, и **диффузную**, когда разрастания захватывают всю часть альвеолярного отростка верхней и нижней челюстей.
-

Фиброматоз десен



Опухоли из мышечной ткани

- **Миома** — опухоль из мышечной ткани и чаще локализуется в области языка, дна полости рта.
- **Рабдомиома** состоит из поперечнополосатых мышечных волокон и выглядит как узел в толще языка.
- **Лейомиома** состоит из гладких мышечных волокон и располагается чаще на небе.
- **Миобластомиома (опухоль Абрикосова, зернисто-клеточная миобластома)**- дизонтогенетическое новообразование. Выявляется у детей на первом году жизни. Локализуется чаще в области языка, нижней губы, мягкого неба, дна полости рта. Клинически представляет собой образование округлой или овальной формы с блестящей гладкой поверхностью, белесовато-желтоватого цвета, при пальпации плотное, безболезненное, чаще с четкими контурами, диаметром от 0,3 до 1 см. Располагается непосредственно под эпителием. Образования могут быть единичными и множественными. Рост медленный, бессимптомный.
- Лечение новообразований из мышечной ткани - хирургическое.

- **Миксома** — опухоль неясного генеза. Локализуется в области альвеолярной части и твердого неба. Возникает в возрасте 7—12, 12—16 лет, что говорит о постнатальном происхождении. Встречается одинаково часто у мальчиков и девочек. Она бывает округлой формы, бугристой, сосочкового характера. Может наблюдаться как при доброкачественных, так и при злокачественных опухолях и иметь двойное название — миксомиома, миксохондрома, миксофиброма, миксосаркома и т.д.
- Дифференцировать от фибром, невринол, папиллом.
- Лечение хирургическое.

- **Пиогенная гранулема** — опухолеподобное образование (2,7%), возникающее в результате травмы слизистой оболочки губ, щек, языка. Она формируется из соединительной ткани, кожи или слизистой оболочки. Некоторые авторы предлагают рассматривать их как разновидность сосудистых опухолей. Наблюдается в возрасте 7—12 лет и в 12—16 лет, чаще у мальчиков. Возникновению пиогенной гранулемы, как правило, предшествует травма.
- **Клинически пиогенная гранулема** представляет собой быстро увеличивающееся (иногда в течение нескольких дней) образование диаметром до 1—2 см, округлой или неправильной формы, на широком основании, темно-красного цвета, иногда с явлениями некроза поверхности, легко кровоточащее при малейшем прикосновении, безболезненное при пальпации. По внешнему виду пиогенная гранулема напоминает грануляционную ткань с богатым кровоснабжением.
- **Дифференцируют** пиогенную гранулему от гемангиом, ретенционных кист, чаще всего образующихся после травмы, ангиоэпителиомы, меланобластомы.
- **Лечение** хирургическое. Некоторые авторы считают, что при устранении травмирующего начала пиогенная гранулема может уменьшаться в размере или регрессировать.

Эпулисы

- Термин «эпулис» является описательным и имеет только топографическое значение — образование на десне. По гистологической классификации ВОЗ, эпулисы относятся к опухолеподобным образованиям. Источником роста эпулиса может быть периодонт зуба, надкостница, глубокие слои десны.
- У детей они встречаются чаще в возрасте 12—16 лет, реже — 7—12 лет, у девочек немного чаще. Локализуются эпулисы обычно в области фронтальных зубов, реже в области премоляров и чрезвычайно редко в области моляров, на нижней челюсти несколько чаще, чем на верхней.
- По гистологическому строению различают **фиброзные, ангиоматозные и гигантоклеточные**. На первом месте по частоте стоят эпулисы фиброзные.
- Дифференцируют эпулисы от опухолей, расположенных на альвеолярном отростке; фиброзный эпулис — от фибром, ангиоматозный и гигантоклеточный — от гемангиом, а также от гипертрофического гингивита при локализации его в области отдельных групп зубов и возникающего вследствие хронического раздражения в ответ на перегрузку, травму, хроническое воспаление, а также от заболеваний крови, гормональной перестройки функций организма.
- Лечение хирургическое — иссечение в пределах здоровых тканей до кости. При деструктивных изменениях в подлежащей кости — тщательное иссечение до видимой здоровой костной ткани. Раневую поверхность закрывают йодоформным тампоном. При недостаточно тщательно проведенной операции возможен рецидив.

• **Фиброзный эпулис** представляет собой округлой или неправильной формы образование на широком основании, по цвету соответствует окружающей слизистой оболочке или несколько бледнее ее, плотной консистенции, безболезненное при пальпации. Поверхность фиброангиоматозного эпулиса ярко-красно цвета, он более мягкой консистенции, может кровоточить при прикосновении. Иногда на поверхности бывают эрозии.

- **Ангиоматозный эпюлис** — разрастание ярко-красного цвета с цианотичным оттенком, поверхность которого местами эрозирована, кровоточит при прикосновении. Консистенция мягкая, безболезненная. Поверхность чаще бугристая, реже гладкая. Растет быстро, диаметром от 0,5 до 1,5 см. На рентгенограмме могут быть изменения, характерные для гемангиом.

- **Гигантоклеточный эпulis** - образование округлой, овальной или неправильной формы, мягкой или упругоэластической консистенции, синюшно-багрового цвета, иногда с выраженным бурым оттенком, с гладкой или слегка бугристой поверхностью, при пальпации безболезненное, при травме умеренно кровоточит, обладает быстрым ростом, диаметром от 0,5 до 3 см. Эпулисы располагаются только в области постоянных зубов, чаще возникают у девочек 12—16 лет.

- На рентгенограмме определяются очаги остеопороза, распространяющиеся с поверхности в глубину. Границы поражения нечеткие, смазанные, периостальная реакция отсутствует.



- Гигантоклеточный эпulis

- **Опухоли из нервной ткани относятся к группе редко встречающихся в полости рта (1,2 % от истинных опухолей).**
- ***Невринома*** — медленно растущая опухоль, гистогенетически исходящая из шванновской оболочки нерва. Располагается по ходу нерва, из которого исходит.
- **Клинически** представляет собой образование округлой, овальной, неправильной формы, плотной консистенции, иногда болезненное при пальпации, белесоватого или слегка желтоватого цвета, диаметром 0,3—1 см и более. Имеет капсулу. Дифференцируют от фибромы.
- **Лечение** хирургическое — иссечение опухоли.

Невусы или пигментные опухоли

- Их различают по внешнему виду, размерам, плотности, наличию волосяного покрова или сосудистых структур.
- **Невусы могут озлокачествляться!**
- **Признаки озлокачествления:**
 - -быстрый рост,
 - -изъязвление,
 - -изменение окраски,
 - -уплотнение, зуд, боль.
- **Больным с невусом необходима консультация онколога.**
- Дифференцируют невусы от сосудистых новообразований, папиллом (имеющих сосочковый характер).
- **Лечение хирургическое — иссечение в пределах здоровых тканей.**



Сосудистые новообразования челюстно-лицевой области

- Наиболее распространенные формы доброкачественных новообразований дизонтогенетического происхождения. Проявляются чаще всего с рождения или на первом году жизни.
- Поражают ЧЛО и ее сложные анатомические образования: нос, губы, щеки, околоушно-жевательную область, язык, слизистую оболочку полости рта.
- У детей развиваются за счет пролиферации сосудистого эндотелия, что подтверждается наличием митотически делящихся клеток опухоли. В других видах сосудистого образования рост не отмечается, т.е. они являются признаком порока развития сосудов и должны быть отнесены к ангиодисплазиям.
- На основании особенностей клинического течения в сочетании с представленными морфологическими характеристиками сосудистые новообразования можно разделить на две группы: *гемангиомы* — истинные опухоли и *ангиодисплазий* — пороки развития. Такое деление имеет большое значение в выборе методов обследования, лечения и прогнозирования исходов в растущем организме.
- ***Основным отличием ангиодисплазии от опухоли является отсутствие пролиферативной активности наличие сохранившихся эмбриональных сосудов.***

Сосудистые новообразования ЧЛО

- **Гемангиомы**

- **Простые**

капиллярные

и клеточные

- **Кавернозные**

- **Комбинированные**

(капиллярно-кавернозные)

- **Смешанные**

(ангиофибромы, ангиолипомы,
ангиолейомиомы)

- **Капиллярные**

Ангиодисплазии

Капиллярные

Венозные

Артериовенозные

коммуникации

- **Гемангиома** — доброкачественная опухоль, паренхима которой состоит из эндотелия сосудов.
- Наблюдается в 47,5 % случаев опухолей кожи и мягких тканей. Поражения ЧЛО составляют 78,8 % [Колесов А.А., 1987].
- В 90 % случаев проявляется при рождении ребенка и в 10 % — в первые недели и месяцы жизни.
- Характеризуется **пролиферацией клеточной массы** независимо от роста ребенка, кровоснабжается из артериального русла, иногда **склонна к ауторегрессии**.
- Наиболее часто поражает кожу и подкожную жировую клетчатку, реже паренхиматозные органы, и крайне редко костную ткань.

- Клеточная гемангиома - наиболее незрелая и примитивную по своему гистологическому строению форма этой опухоли.
- Состоит из ангиобластных клеток, которые закладываются в течение эмбрионального периода.
- Весьма агрессивная и инвазивная опухоль.
- По размерам она меньше, чем капиллярная, мягкой консистенции, яркокрасной окраски, встречается при рождении ребенка.

- Капиллярная гемангиома развивается в первые дни или недели жизни.
- Обычно располагается на коже, слизистых оболочках и в жировом слое, имеет различные размеры.
- В первые дни после рождения, как правило, появляется небольшая припухлость бледно-розовой окраски, со 2-го месяца и до 16— 20 мес происходит ее увеличение. Рост этой опухоли на голове, лице и шее может быть бурным.
- Возможен также процесс **спонтанной регрессии** (у 5-6,5 % детей) клинического развития капиллярной гемангиомы (это наблюдается в первые 4—5 лет жизни). В этих случаях определяется заметное изменение опухоли: в центре — побледнение или изъязвление, по периферии — окраска становится яркой, затем происходят разграничение основной массы опухоли с окружающими тканями, ее побледнение, появляется дряблость. В последующие годы гемангиома исчезает, оставляя участки измененной атрофической кожи с постепенным переходом к нормальной структуре.

- Кавернозная гемангиома состоит преимущественно из зрелых сосудов и синусоидальных кровяных областей.
- Этот вид гемангиом характеризуется агрессивным бурным ростом в первые недели жизни, завершающимся к первому году жизни.
- **Кавернозные гемангиомы не регрессируют.**
- Клинически кавернозная гемангиома с первых же дней своего развития представляет собой мягкую, многодольчатую опухоль яркого цвета.
- Она может локализоваться на коже, в подкожной жировой клетчатке, наиболее часто располагается в зонах массивного кровотока — в области головы, лица и шеи.

- **Комбинированная (капиллярно-кавернозная) гемангиома** состоит из незрелых капиллярных элементов, дающих рост гемангиомы, и кавернозных пространств, ограниченных зрелыми эндотелиальными клетками.
- Эта форма гемангиомы при локализации ее в области лица и шеи может быть вариантом развития капиллярной гемангиомы.
- При выраженном росте капиллярной гемангиомы иногда возникает ее кавернозная часть, которая усиливает рост опухоли.
- Осложнения гемангиом изъязвления, кровотечения, инфицирование, нарушение жизненно важных функций. Осложнения встречаются при всех формах гемангиом.

Гемангиомы



Faint, illegible text, likely bleed-through from the reverse side of the slide.



Ангиодисплазии

— это сосудистые образования, состоящие из сосудов разного калибра, эндотелий которых не склонен к пролиферации.

Они бывают *капиллярными, артериальными, венозными и комбинированными.*

- При капиллярных дисплазиях наблюдается образование мягкоэластичной консистенции, бледно-розового или багрово-синюшного цвета, не выступающее над уровнем кожи и бледнеющее при сдавливании (симптом «исчезновения окраски»)

- Ангиодисплазия левой околоушно-жевательной области



Методы обследования и диагностики

- *1. Анамнез, осмотр* (симптом «наливания» при перемене положения тела), *пальпация* («исчезновения окраски» при надавливании) и *аускультация* (выявление пульсации, систолического шума).
- 2. Определение площади гемангиом.*
- 3. Лабораторная диагностика* является основным методом для диагностики синдрома Казабаха - Мерритт, при котором существует сочетание активно растущей гемангиомы с нарушением свертываемости крови и тромбоцитопенией - от 30×10^9 до 100×10^9 на 1 л крови. Увеличение количества тромбоцитов свидетельствует об эффективности проводимого лечения.

- **4. Ультразвуковое исследование в сочетании с доплерографией** (определение глубины распространения опухоли и расчет объема образования по формуле; определяются анатомо- топографические особенности расположения, структура опухоли, измерение скорости кровотока в периферических сосудах и паренхиме гемангиомы).

5. Ангиография (обязательна при обследовании больных с обширными и глубокими гемангиомами околоушной области для изучения источников и вариантов кровоснабжения опухоли, ангиоархитектоники, взаимоотношения с окружающими тканями и крупными сосудами, определения скорости кровотока, а также для дифференциальной диагностики между гемангиомой и другими сосудистыми аномалиями).

- При ангиографическом исследовании обширных гемангиом выявляются 3 типичных признака: 1) четкая ограниченность гемангиомы; 2) паренхиматозная фаза (наличие тканевых участков, имеющих дольчатое строение); 3) кровоснабжение опухоли по периферическому или осевому типу, т.е. разветвление сосудов, питающих гемангиому.

- **6. Пункция** гемангиомы с последующим морфологическим исследованием.

Показания к началу лечения гемангиом кожи у детей

- **Безусловные:**

- - быстрый рост гемангиомы
- - обширность поражения
- - ранний возраст ребенка
- - локализация гемангиомы в области головы

- **Условные:**

- - кровотечение и изъязвление
- - недоношенность
- - возможность спонтанной регрессии

Нозологическая форма	Симптомы заболевания	Методы диагностики	Методы лечения
Капиллярная гемангиома	Ярко-розового или красного цвета, с четкими границами, выступающее над уровнем кожи образование, исчезающее при надавливании	Анамнез. Осмотр. Пальпация. УЗИ И	Криодеструкция. Газеротерапия
Кавернозная гемангиома А. Крупная	Ограниченное образование, мягкоэластичной консистенции, выступающее над уровнем окружающих мягких тканей и занимающее одну анатомическую область. При пальпации безболезненно, симптом «сдавливания и наполнения» положительный, объемом не более 100 см.	Анамнез. Осмотр. Пальпация. УЗИ + доплерография	Локальная гипертермия СВЧ ЭМП. Склерозирующая терапия
Б. Обширная	Образование мягкоэластичной консистенции, выступающее над уровнем окружающих мягких тканей, занимающее несколько анатомических областей, объемом более 100 см ³ ; симптом «сдавливания и наполнения» положительный, скорость кровотока более 10 см/с	Анамнез. Осмотр. Пальпация. УЗИ + доплерография (скорость кровотока более 10 (см/с) Ангиография	Внутрисосудистая эмболизация. Локальная гипертермия СВЧ ЭМП. Гормонотерапия. Склерозирующая терапия (70 % спирт)
Капиллярная дисплазия	Образование мягкоэластичной консистенции, бледно-розового цвета, иногда багрово-синюшное, не выступающее над уровнем кожи, при надавливании бледнеет, симптом «наполнения» отрицательный.	Анамнез. Осмотр. Пальпация	Лазеротерапия.
Венозная дисплазия	Образование мягкоэластичной консистенции, без четких границ, оттенок кожи или слизистой оболочки полости рта синюшный Симптом «сдавливания и наполнения» положительный	Анамнез. Осмотр. Пальпация. УЗИ + доплерография. Ангиография, прямая флебография.	Внутрисосудистая склерозирующая терапия (3 % раствор тромбовара). Непрямая склерозирующая терапия (70 % спирт).

- 1. Хирургическое лечение показано в тех случаях, когда можно удалить опухоль целиком в пределах здоровых тканей без косметического ущерба.
- 2. Склерозирующая терапия. Введение склерозирующих веществ в область гемангиомы из одного или нескольких вколов (70% спирт, 2% этоксисклерол, 0,5-3% р-р фибровейна, 3% р-р тромбовара). У детей первого и второго года жизни дозу склерозирующего раствора определяют в соответствии с массой тела и возрастом.
- 3. Прошивание опухоли по Петрову, Васильеву.
- 4. Перевязка приводящего сосуда.
- 5. Диатермокоагуляция: вкол иглы в опухоль на 1-2 мм (под анестезией), экспозиция 2-3 с.
- 6. Фотокоагуляция CO²- лазером.

- 7. Криодеструкция (локальное замораживание) Аппликация жидким азотом (температура кипения $-196\text{ }^{\circ}\text{C}$). Происходит замораживание тканей опухоли при экспозиции от 30 с до 1 мин.

- 8. Гормонотерапия с использованием преднизолона (по схеме) с различными способами введения: *per os*, в виде инъекций или электрофореза. Этот препарат останавливает рост гемангиом и вызывает склерозирование ангиоматозных тканей. Лечение стероидами ведет к длительному иммунологическому компромиссу, увеличению частоты заболеваний дыхательных путей.

Расширение границ гормональной терапии не всегда оправдано.

- **9. Лучевая терапия** (низковольтная рентгенотерапия) : при лечении обширных гемангиом лица (особенно в области век) является методом выбора. Однако применение подобных методов лечения у детей должно быть строго дозировано, так как постоянно существует опасность развития лучевой болезни, нарушения роста скелета, возникновения атрофических изменений кожи, эндокринных нарушений, лучевых катаракт, рака кожи.

- **10. Рентгеноэндоваскулярная окклюзия (эмболизация).** Этот метод заключается во введении эмболизирующего вещества в просвет сосуда, питающего новообразование, с целью его обтурирования. За счет снижения притока крови сосудистое новообразование значительно уменьшается, что позволяет использовать склерозирующую терапию, криотерапию с более высоким эффектом. В качестве эмболизирующих веществ применяют различные препараты: гемостатическую губку, тефлон, гидрогель и др.

11. Локальная гипертермия СВЧ электромагнитного поля (ЭМП). Влияние сверхвысокочастотного ЭМП на биоткани основано на том, что полярные молекулы воды приходят в возбужденное состояние, при этом возникают резонансные явления и происходит разрыв внутримолекулярных связей. Это дестабилизирует структуру воды, делает ее подвижной и чувствительной к различным влияниям. Увеличение продолжительности действия СВЧ-поля вызывает лиофилизацию клеточных структур, что в свою очередь влияет на подавление синтеза опухолевых белков и, следовательно, способствует гибели патологической ткани.

12. *Использование замораживания +СВЧ поле.*

13. *Интерферонотерапия.*

14. *Комбинированные способы.*

Лимфангиома

- Врожденная доброкачественная опухоль, образованная лимфатическими сосудами, отшнуровавшимися в процессе эмбриогенеза.
- **Рост-медленный.** Происходит с ростом ребенка или слегка опережает его.
- Лимфангиома проявляется клинически лишь через несколько месяцев после рождения ребенка, т.к. вначале находится в спавшемся состоянии. В дальнейшем в результате постепенного продуцирования и накопления лимфы опухоль заполняется лимфатической жидкостью и увеличивается.

Классификация лимфангиом

- - КАПИЛЛЯРНЫЕ (ПРОСТЫЕ)
- - КАВЕРНОЗНЫЕ
- - КИСТОЗНЫЕ
- - СМЕШАННЫЕ

Локализация лимфангиом:

- - губы
- - слизистая оболочка щек, языка
- - щечная область
- - височная область
- **Простые** лимфангиомы характеризуются диффузным увеличением пораженного органа. Образование мягкой или несколько плотноватоэластической консистенции, безболезненные. Не имеют четких границ.
- Кожа лица или слизистая оболочка полости рта над ними нормальной окраски.
- Иногда на слизистой оболочке щек, по линии смыкания зубов или на языке определяются пузырьковые высыпания с серозным или серозно-геморрагическим содержимым.

- **Диффузная лимфангиома языка.** Характеризуется увеличением объема языка, гиперемией и папилломатозным разрастанием сосочков. На поверхности языка отмечаются опухолевидные образования в виде множества отдельных узлов, отделенных друг от друга глубокими бороздками.
- **Кавернозная лимфангиома.** Достигает больших размеров, вызывает функциональные и косметические нарушения.
- **Кистозная лимфангиома.** Состоит из нескольких кист, ограничена от окружающей ткани, мягкой консистенции, флюктуирует, безболезненна, увеличиваются годами.
- *Дифференцируются:*
 - - с дермоидными кистами
 - - с эпидермоидными кистами
 - - с ретенционными кистами подъязычной , подчелюстной слюнной железой

- **ЛЕЧЕНИЕ** лимфангиом в основном хирургическое. После иссечения опухоли нередко возникают рецидивы. Можно применять склерозирующую терапию.

- **При воспалении лимфангиомы лица, полости рта и шеи необходимы:**

- противовоспалительная медикаментозная терапия препаратами, уменьшающими проницаемость сосудистой стенки (растворы кальция хлорида, кальция глюконата, аскорутин), протеолитические ферменты, дегидратационная терапия;

- антибактериальная терапия сульфаниламидными препаратами, антибиотиками;

- борьба с общей интоксикацией организма путем коррекции водно-солевого обмена переливанием изотонического раствора натрия хлорида, полиглюкина, гемодеза;

- гипосенсибилизирующая терапия антигистаминными препаратами;

- общеукрепляющее лечение;

- пункция опухоли с аспирацией содержимого (по показаниям);

- гирудотерапия.

Лимфангиомы



Дермоидная киста

- Образование дизонтогенетической природы. При формировании эмбриона эмбриона происходит процесс слияния кожных покровов и зарастание эмбриональных полостей и щелей в результате отчленения частиц зародышевой эктодермы и погружения их в подлежащую ткань.
- Стенка дермоидной кисты состоит из соединительной ткани, выстланной эпидермисом. В стенке имеются сальные и потовые железы, а также волосяные луковицы. В полости кисты содержится салоподобная кашицеобразная масса.
- *Локализация:*
 - - корень носа
 - - наружный и внутренний угол орбиты
 - - надбровная область.
- Рост первоначально медленный, малозаметный, позднее в юношеском возрасте усиливается. Дермоидная киста может воспаляться, нагнаиваться.
- *Лечение:* хирургическое с полным удалением методом вылущивания.

Эпидермоидная киста

- Новообразование *дизонтогенетической природы*.
- **Источник**- эпителий, отшнуровавшийся и смещенный в глубину тканей при смыкании жаберных дуг.
- Стенка кисты выстлана тонким пластом многослойного плоского эпителия. Содержимое ее представлено слущенными эпителиальными клетками и кристаллами холестерина. В полости рта эпидермоидная киста представляет образования овальной формы бежеватого или слегка желтоватого цвета, тестоватой консистенции, безболезненна, легко смещается.
- Растет медленно, размеры незначительно меньше, чем у дермоидной.
- **Дифференциальная диагностика** с дермоидной кистой, ретенционной кистой подъязычной слюнной железы и липомой.
- **Лечение** эпидермоидной кисты состоит в вылушивании опухоли.

Опухолоподобные образования из железистого эпителия

Слизистые кисты

- Кисты слюнных желез по своему **происхождению ретенционные**.
- По частоте они занимают первое место среди всех опухолей и опухолоподобных образований полости рта у детей (**71 % от опухолоподобных**).
- **Источник роста** – железистый эпителий.
- **Причины возникновения:**
 - - атрофия выводных протоков
 - - развитие зародышевых элементов отщепившихся железистых клеток (такие кисты считаются врожденными)
 - - вследствие рубцевания (после травмы: прикусывание губ, ушиб при падении, ношение плохо припасованного ортодонтического аппарата и т.д.)
 - - закрытие выводного протока слизистых желез
 - - задержки секрета.
- Рубцевание может возникнуть и вследствие чистого воспалительного процесса. Такие кисты принято называть **ретенционными**.
- **Лечение** хирургическое.

Арсений, 5 лет Диагноз: Ретенционная киста подъязычной слюнной железы слева (ранула)

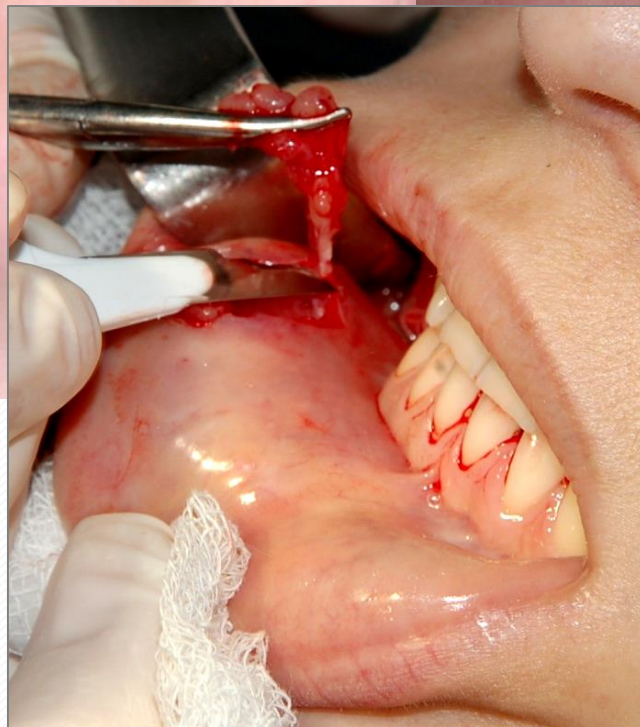
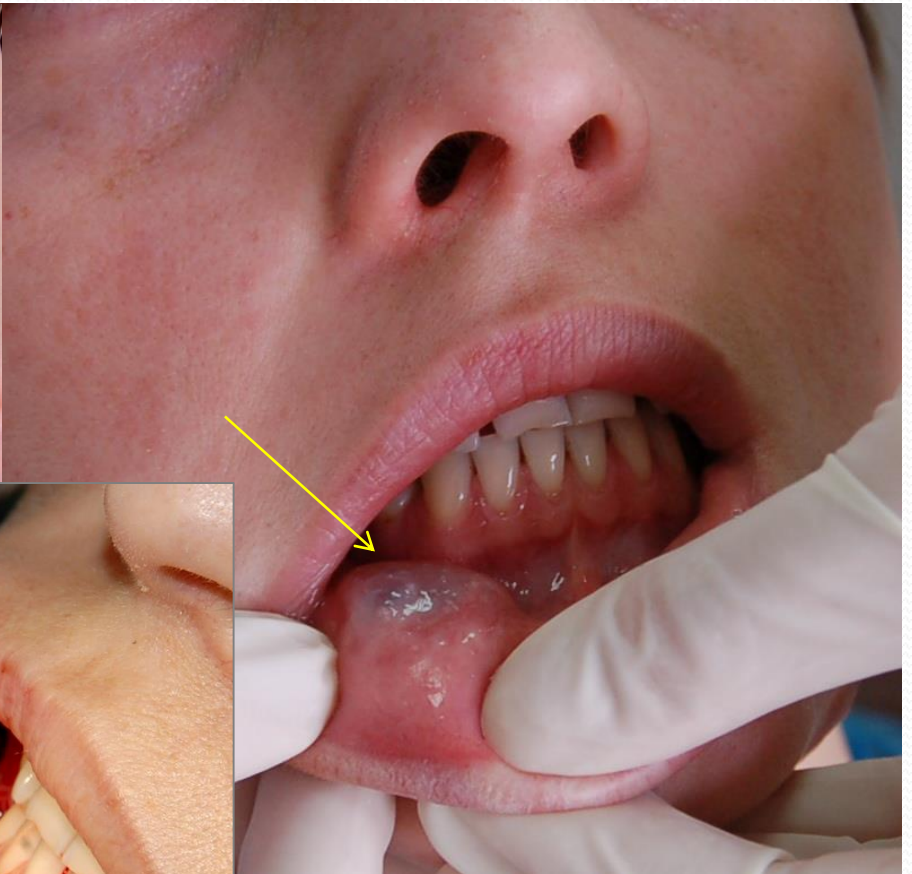
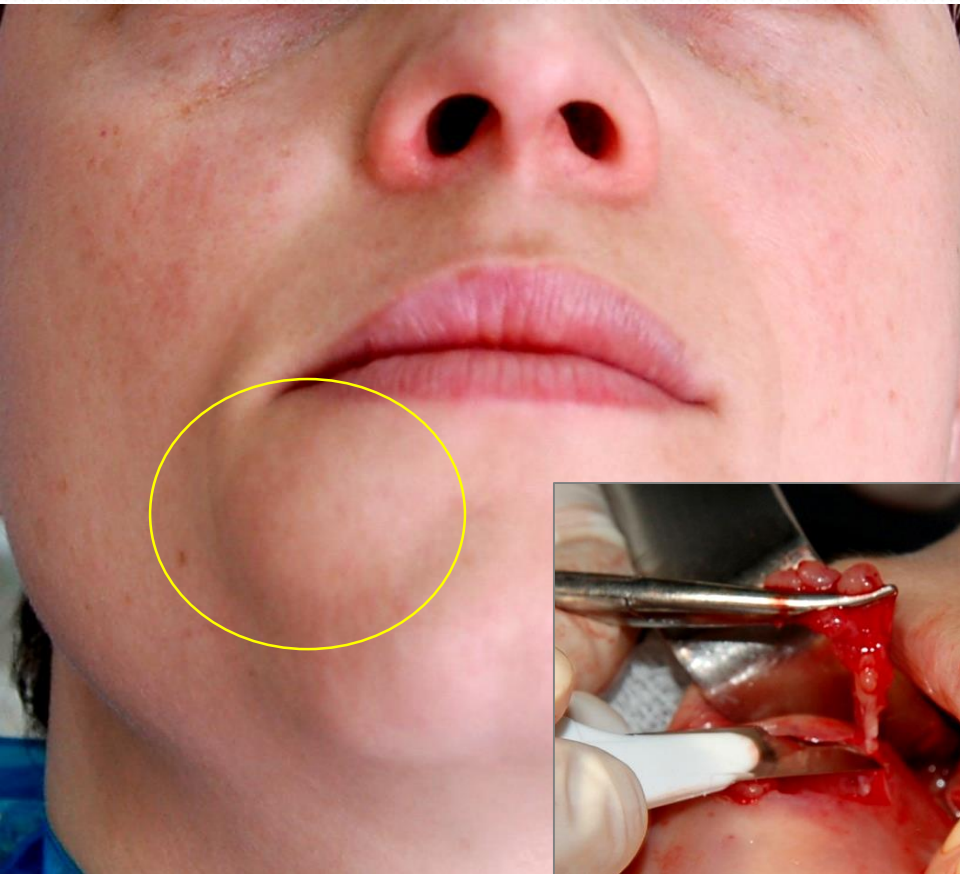


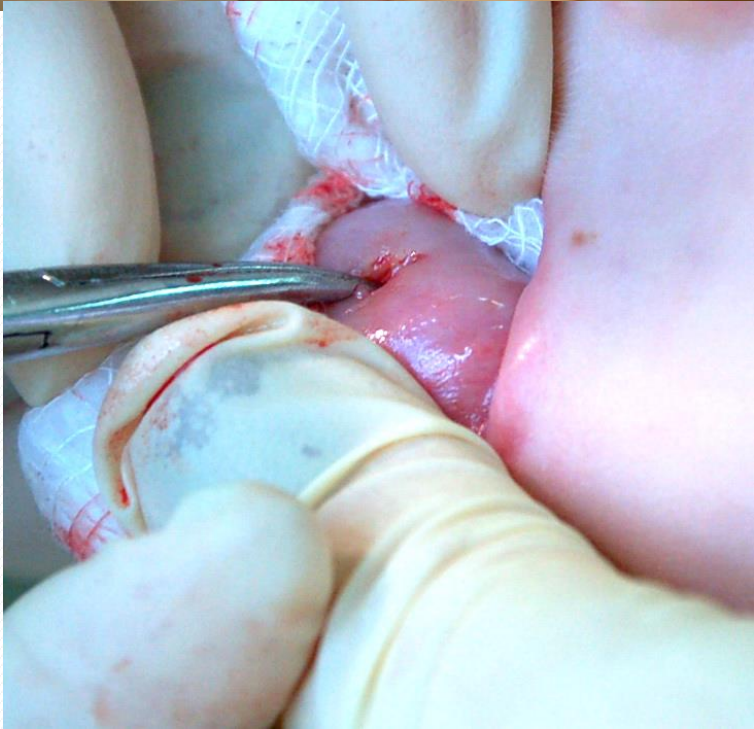
Маша, 2 года, Диагноз: ретенционная киста
нижней губы, справа

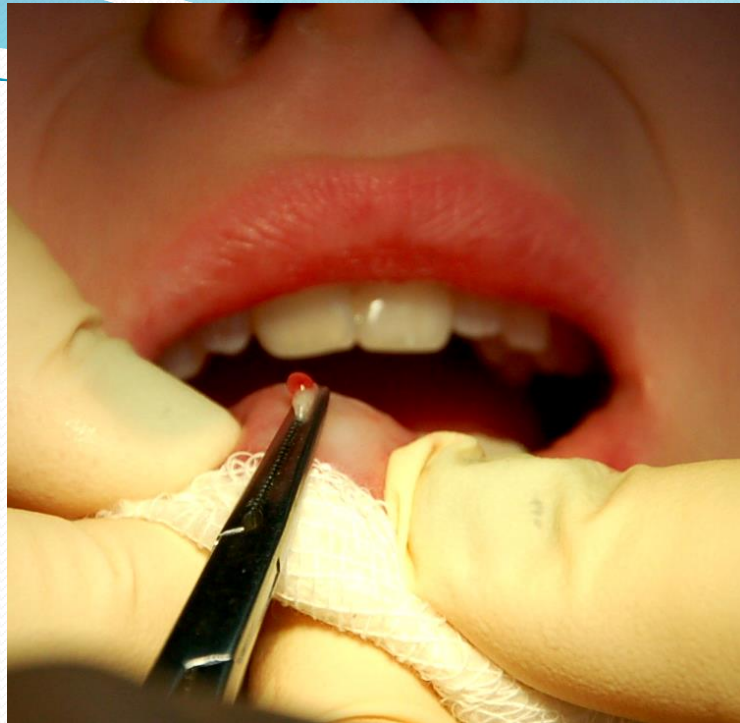


- Вскрытие кисты под аппликационной анестезией

Ретенционная киста малой слюнной железы нижней губы справа. Цистэктомия







Опухоли слюнных желез

- Эпителиальные
- Неэпителиальные
- Неклассифицированные

Плеоморфная аденома

- Опухоль проявляется у детей в 11 — 15 лет, преимущественно в области околоушной, реже поднижнечелюстной (20 %) слюнной железы.
- По морфологической структуре плеоморфной аденомы выделены три варианта этой опухоли:
 - 1) **тубулярно-трабекулярная с выраженным миксоидным или миксохондроидным компонентом;**
 - 2) **с преимущественно хондроидным компонентом;**
 - 3) **солидная.** Первые два варианта у детей встречаются чаще.
- Клинически может быть плотной, бугристой, но может иметь участки размягчения (за счет слизистого компонента). Ограниченно подвижна, безболезненна при пальпации, не нарушает функции лицевого нерва, кожа над опухолью обычной окраски.
- У детей опухоль развивается в виде одного узла, медленно, не прорастая в окружающие ткани, имеет фиброзную капсулу, не дает метастазов. Макроскопически (на разрезе) опухоль или однородна, плотна, белого цвета, или в ней отмечаются участки ослизнения мягкой, студневидной, иногда хрящеподобной консистенции с островками костной ткани.
- Дифференциальную диагностику плеоморфной аденомы проводят с другими новообразованиями слюнных желез, воспалительными заболеваниями — хроническими паротитами и лимфаденитами.

Дополнительные методы исследования при плеоморфной аденоме

- 1. **Эхография (УЗИ).** Выявляется гипоэхогенное образование различного размера, обычно с четкими контурами, устанавливается его анатомо-топографическое расположение по отношению к слюнной железе и окружающим структурам. УЗИ имеет значение в выборе объема и характера оперативного лечения. Отсутствие на отдельных участках четко выраженной капсулы предопределяет расширение объема лечения во избежание рецидива плеоморфной аденомы.
- 2. **Рентгенологический метод исследования слюнной железы с введением контрастного вещества в систему выводных протоков,** особенно при диагностике плеоморфной аденомы и лимфаденитов, хронических паротитов. При опухолях выявляется дефект наполнения с четкими границами, при воспалениях — множественные мелкокистозные дефекты наполнения паренхимы железы и деформация выводных протоков.
- 3. **Цитологическое исследование** - наиболее информативный метод, подтверждающий наличие опухоли и ее морфологический характер.

- Лечение *плеоморфной аденомы* хирургическое. Показания к субтотальной резекции слюнной железы с удалением опухоли зависят от ее размера, локализации и взаиморасположения п. *facialis*.
- **Рецидивы опухоли** возможны и чаще бывают после энуклеации опухоли, что, вероятно, обусловлено наличием вариантов плеоморфной аденомы, когда на отдельных участках опухоли капсула может отсутствовать или опухоль имеет дивертикулы в окружающую узел ткань.
- **Лучевая терапия не эффективна!**

Аденолимфома

- Дизонтогенетическое новообразование, которое локализуется преимущественно в околоушной слюнной железе.
- Характеризуется сочетанием железистого и лимфоидного компонентов, выявляется исключительно редко в возрасте 12—16 лет.
- Клиническая картина этих новообразований не имеет патогномоничных признаков, сходна с картиной плеоморфной аденомы, хронического лимфаденита. Аденолимфома имеет пластичную консистенцию, чаще располагается в нижнем полюсе железы. Функция п. *facialis* не нарушена.
- Наиболее достоверно диагностируется на основании цитологического исследования, при котором выявляются два основных компонента — эпителиальный, как в аденоме, и лимфоидный со зрелыми лимфоцитами.
- Лечение хирургическое — субтотальная резекция слюнной железы.

Мукоэпидермоидная опухоль

- Выявляется в возрасте после 10—12 лет.
- Состоит из клеток эпителия, способного дифференцироваться как в слизистые, так и эпидермоидные клетки, т.е. в многослойный плоский эпителий, продуцирующий слизь; имеются клетки промежуточного типа.
- Клиническая картина характеризуется ростом эластичного или мягкоэластичного образования, иногда с более плотными очагами. Кожа над опухолью может быть спаяна со слюнной железой, изменена в цвете (гиперемирована), иногда болезненна при пальпации. Возможно увеличение регионарных лимфатических узлов: либо за счет гиперплазии лимфоидной ткани, либо за счет метастазов.

Диагностика и лечение мукоэпидермоидной опухоли

- **УЗИ:** выявляется неоднородное гипоэхогенное новообразование, имеющее инфильтративный рост.
- **Контрастная рентгенография:** обнаруживаются разорванность и нарушение наполнения протоков III, IV, V порядка.
- **Цитологическая диагностика** сложна из-за наличия различного характера клеточных элементов — слизистых, эпидермоидных, вакуолизированных, мало-или недифференцированных. Степень дифференциации элементов переменна, по их соотношению решается вопрос о степени дифференциации (высокой или низкой), что также условно.
- **Лечение:** совместно с онкологом комбинированным методом. Лучевая терапия проводится в предоперационном периоде. Умеренно- и высокодифференцированные мукоэпидермоидные опухоли ввиду их радиорезистентности **подлежат только хирургическому лечению.**
- Детей с опухолями слюнных желез нужно ставить на диспансерный учет.

Нейрофиброматоз

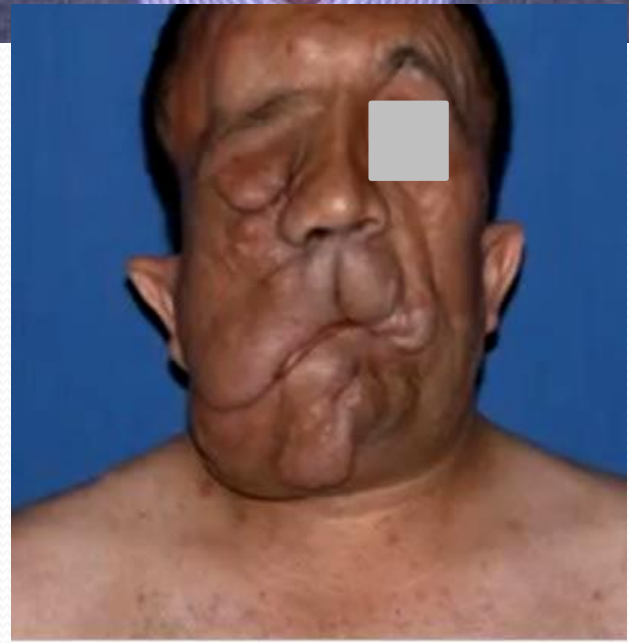
- **Нейрофиброматоз** — тяжелое системное заболевание, характеризующееся развитием множественных нейрофибром в подкожной клетчатке.
- У больных с нейрофиброматозом, как правило, выявляются расстройства эндокринной и вегетативной систем.
- Нейрофиброматоз считают **наследственным** заболеванием.
- Этиология заболевания недостаточно выяснена.
- Больные, страдающие этим заболеванием, нередко умственно или физически неполноценны.

- **Нейрофиброматоз I** (болезнь Реклингхаузена, или периферический нейрофиброматоз).
Характерно наличие множества гиперпигментированных областей (пятен цвета «кофе с молоком») и нейрофибром.
- Наследуется по аутосомно-доминантному типу.
Частота в популяции 1:4000.

- **Нейрофиброматоз II** — центральный, или двусторонний акустический нейрофиброматоз, характеризуется опухолевым поражением VIII черепного нерва и другими интракраниальными новообразованиями.
- Первый симптом — глухота — развивается в первые 10 лет жизни.
- Наследуется по аутосомно-доминантному типу. Частота в популяции 1:50 000.

Клиническая картина нейрофиброматоза

- Первые симптомы заболевания- **увеличение объема мягких тканей одной половины лица** (могут быть выявлены при рождении ребенка или в первые годы жизни), по структуре ничем не отличаются от нормальных. Кожа нормальной окраски, тургор ее не нарушен. Слизистая оболочка рта у детей 1 года —1 лет имеет нормальный вид.
- Наиболее ранний симптом после 4—5-летнего возраста — появление **пигментных пятен на коже туловища** (грудь, живот, спина) кофейного цвета.
- Постепенно меняются структура и окраска кожи лица в пораженной области — кожа в патологическом очаге как бы стареет быстрее здоровых участков (снижается тургор, появляются морщины и пигментная окраска). Этот симптом становится четко выраженным к 10—12-летнему возрасту.
- Слизистая оболочка полости рта в очаге поражения также изменяет нормальную структуру, теряет блеск, становится гладкой («лаковой») и приобретает чуть желтоватый оттенок. В толще мягких тканей щеки (наиболее поражаемая область у детей) к 10—12 годам пальпируются **тяжи или опухолевые узлы**. Нарушается функция ветвей лицевого нерва и развивается **парез мимических мышц лица**.
- Возможны дополнительные симптомы — головные боли, головокружения, нарушение речи, интеллектуальная недостаточность, двигательные нарушения, судороги, опухоли центральной и периферической нервной систем.



Дополнительное обследование при нейрофиброматозе

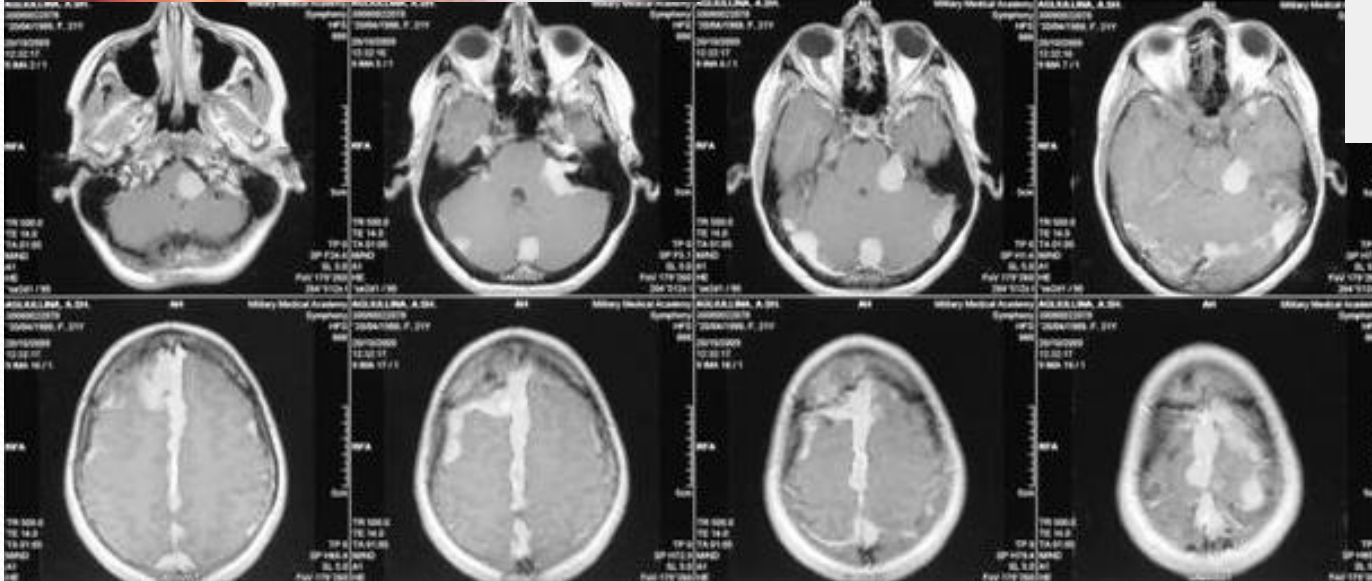
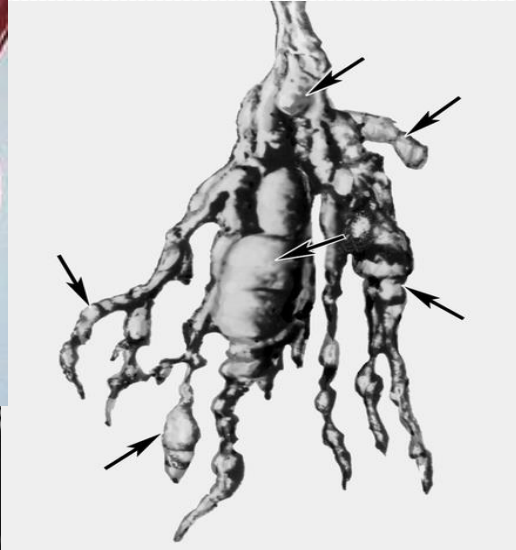
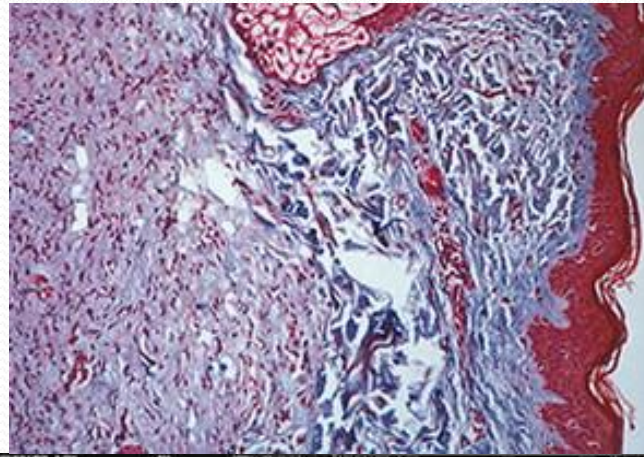
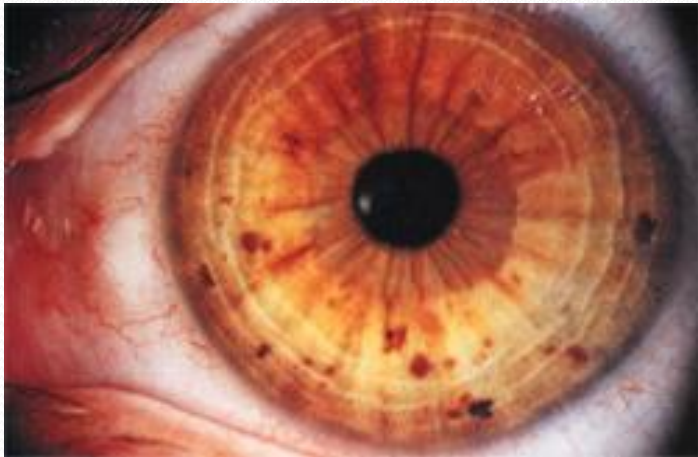
- 1. **Рентгенологическое исследование лицевого скелета, костей черепа, скелета** (очаги остеопороза, вздутие кости, увеличение объема альвеолярных отростков челюстей и размера зубов на стороне поражения, уменьшение размера отделов челюсти, частичная адентия с беспорядочным расположением непрорезавшихся зубов в теле челюсти, изменение турецкого седла, глиома зрительного нерва).
- Рентгенологические признаки костно-суставных изменений при нейрофиброматозе I типа: сколиоз, кифосколиоз, псевдоартроз большеберцовой кости, деформация грудной клетки, псевдоартрозы лучевой и локтевой кости, ключицы, но наиболее частый сопутствующий симптом — сколиоз.
- 2. **МГК.**
- 3. **УЗИ-доплерография**, (можно определить структуру, распространенность процесса, особенности кровотока).
- 4. **КТ и МРТ** могут служить диагностическими критериями нейрофиброматоза I и II типов, так как позволяют выявить внутричерепные опухоли, уточнить характер костных изменений, изменение объема черепа.

Глиома зрительного нерва; два и более узелков Лиша на радужной оболочке, обнаруживаемых при исследовании с помощью щелевой лампы .

Макропрепарат плексиформной невромы при нейрофиброматозе множественные опухолевые узлы (некоторые из них указаны стрелками) крупного нерва и его разветвлений.

Гистологический препарат.

Данные КТ: множественные глиомы.



Лечение нейрофиброматоза

- Лечение **нейрофиброматоза I типа хирургическое**, однако полного излечения достичь не удастся. Показания к операции определяются степенью функциональных и эстетических нарушений. Хирургическое лечение не дает стойкого эстетического эффекта.
- При деформации прикуса показаны **ортодонтическое лечение** и рациональное протезирование.
- Дети должны находиться на диспансерном учете.