

Карагандинский Государственный Медицинский Университет
Кафедра стоматологии детского возраста с курсом хирургической
стоматологии

Лекция: Опухоли и опухолеподобные
образования мягких тканей челюстно-лицевой
области у детей. Классификация, клиническое
течение, диагностика

Лектор Тулеутаева С.Т.

- **План лекции:**

- 1. Введение
- 2. Классификация опухолей челюстно-лицевой области в детском возрасте.
- 3. Доброкачественные опухоли мягких тканей полости рта и лица.

Введение.

Опухоль характеризуется патологическим разрастанием клеток, в которых не контролируется митоз и развиваются явления биологического атипизма.

Патофизиологические признаки опухолевого роста:

- атипизм размножения — характеризуется митозом, который не регулируется, потерей верхнего его лимита;
- атипизм метаболический и энергетический (синтез онкобелков, изменение способа образования энергии);
- атипизм физико-химический (увеличение в опухолевых клетках воды и уменьшение ионов Ca^{++} ; увеличение воды облегчает диффузию необходимых для метаболизма субстратов, а снижение кальция уменьшает межклеточную адгезию);
- атипизм антигенный (упрощение антигенного состава);
- атипизм морфологический (тканевой и клеточный);
- атипизм функциональный.

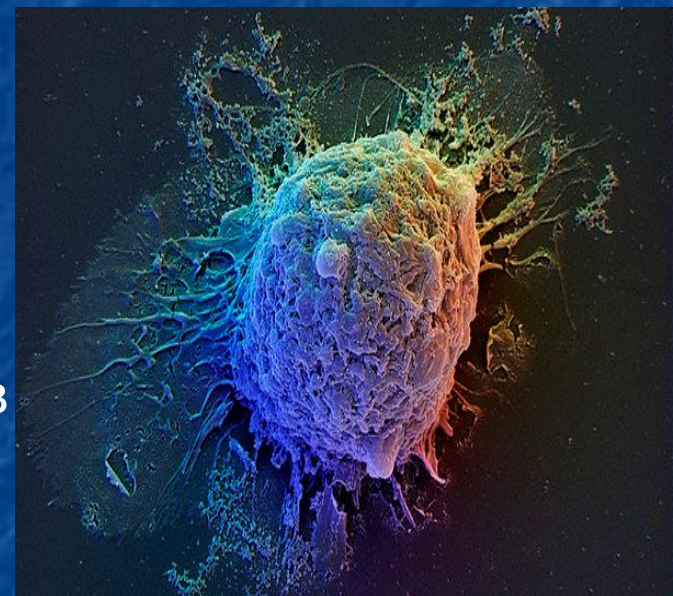


Таблица 1. Классификация опухолей мягких тканей у детей

Ткань	Истинные опухоли		Опухолоподобные новообразования
	доброкачественные	злокачественные	
Соединительная: <i>фиброзная</i> <i>жировая</i> <i>мышечная</i> <i>кровеносные сосуды</i> <i>лимфатические сосуды</i> <i>периферическая нервная ткань</i>	Фиброма (мягкая, твердая). Кожный рог. <u>Миксома</u>	<u>Фибросаркома</u>	<u>Фиброматоз десен.</u> Банальный эпулид. Тератома
	Липома	<u>Липосаркома</u>	<u>Липоматоз</u>
	<u>Лейомиома</u> <u>Рабдомиома</u>	<u>Лейосаркома</u> <u>Рабдомиосаркома</u>	
	<u>Гемангиома</u>	<u>Ангисаркома</u> <u>Эндотелиома</u>	Системная ангиопатия <u>Рандлю-Ослера-Вебера,</u> болезнь <u>Стреджа-Вебера</u> и др.
	<u>Лимфангиома</u>	Злокачественная лимфосаркома	
	<u>Нейрофиброма</u> <u>Нейролейома</u>	Злокачественная невринома (шваннома)	<u>Нейрофиброматоз</u> <u>Невусы</u>
	-	Рак	Папиллома
Эпителиальная: <i>слизистая оболочка</i>			

Локализация опухолей в области жизненно важных органов может значительно затруднять дыхание, глотание, жевание, открывание рта и другие функции, что может привести к нежелательным последствиям.



Смешанная гемангиома нижней губы, нарушающая функции сосания и питания.



Ребенок со смешанной формой гемангиомы правой и левой околоушно-жевательных, щечных, подчелюстных областей, которая вызывает значительную деформацию тканей лица

СОСУДИСТЫЕ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ НОВООБРАЗОВАНИЯ ГЕАНГИОМЫ

Гемангиомы — это дисэмбриопластические опухоли, развивающиеся до тех пор, пока не закончится полная дифференциация в строении их клеток. А.И. Абрикосов считал, что гемангиома — это опухоль из кровеносных сосудов.

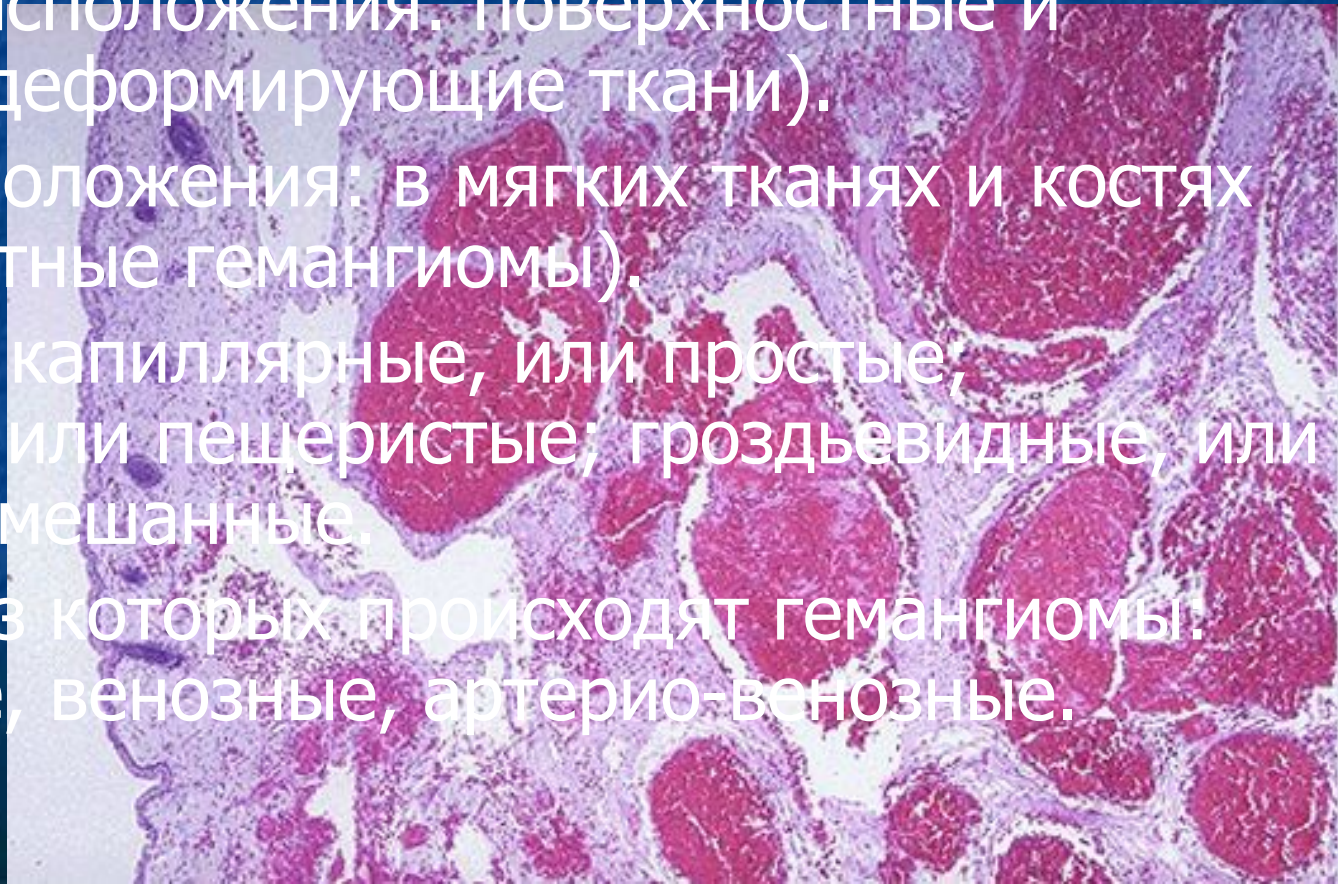
Существует много оснований и свидетельств в пользу гемангиомы как опухолеподобного образования, а именно:

1. Гемангиомы в 90 % случаев связаны с пороками развития.
 2. В патогенезе гемангиом есть элементы признаков опухолеподобного роста.
 3. Инфильтративный рост не характерен для истинных опухолей.
- Гемангиома** — единственное новообразование среди сосудистых опухолей, обладающее инфильтративным ростом, дающее рецидивы, однако не способное метастазировать.



В соответствии с имеющимися классификациями гемангиомы челюстно-лицевой области делят таким образом:

- По происхождению: врожденные (95-96 %) и приобретенные, которые чаще всего возникают после травматических повреждений мягких тканей.
- По глубине расположения: поверхностные и глубокие (не деформирующие ткани).
- По месту расположения: в мягких тканях и костях (внутричелюстные гемангиомы).
- По строению: капиллярные, или простые; кавернозные, или пещеристые; гроздьевидные, или ветвистые; смешанные.
- По сосудам, из которых происходят гемангиомы: артериальные, венозные, артерио-венозные.



У детей гемангиомы растут наиболее активно на протяжении 1-го года жизни. Иногда (только капиллярные) могут подвергаться обратному развитию (это единственная опухоль, которая в 60-70 % случаев может исчезать самостоятельно). На поверхности гемангиом, занимающих большие площади лица, могут появляться области некроза тканей



Смешанная гемангиома левой щечной, подглазничной области, крыла и ската носа, верхней губы (слева) с очагами некроза ткани (без лечения)

Капиллярные гемангиомы (простые)

Среди всех гемангиом челюстно-лицевой области у детей капиллярные составляют около 15 %. Возможно, реальное количество их больше, но в связи с тем, что такие гемангиомы не вызывают страха у родителей, поскольку почти не растут, и болевых или других ощущений у детей, часто располагаются в затылочной области и на шее, родители к врачу обычно обращаются поздно.



Жалобы. При капиллярной гемангиоме родители жалуются лишь на наличие красного пятна, которое быстро или медленно увеличивается или не увеличивается, но никогда не возвышается над поверхностью кожи.



Клиника. Чаще всего они располагаются на щеках, шее, затылке, виске, реже — на других областях лица. По внешнему виду это интенсивно-розового или красно-синюшного цвета плоское пятно с четкими границами. При надавливании резко бледнеет, а после прекращения давления приобретает первичный цвет. Капиллярная гемангиома поражает кожу и реже — слизистую оболочку полости рта.



Довольно часто наблюдаются капиллярные гемангиомы типа винного пятна, охватывающие большие участки. Область кожи в таких случаях имеет вид пятна, насыщенного кровью, от красного до синюшного цвета. Некоторые врачи относят такие гемангиомы к гемангиоматозным невусам и капиллярным ангиодисплазиям.



Кавернозные гемангиомы

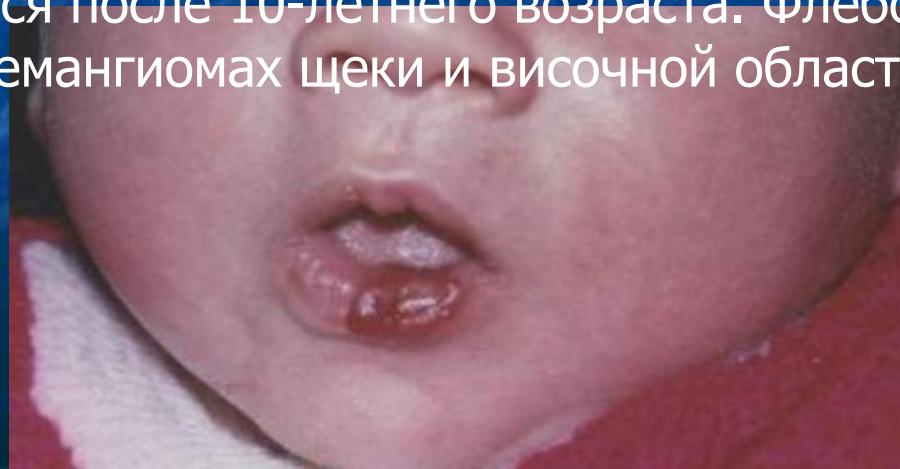
Кавернозные гемангиомы — это гемангиомы, представляющие собой одну или несколько полостей, заполненных кровью. В чистой своей форме наблюдаются редко (около 10 %), чаще они сопровождают смешанные формы опухоли.



Жалобы — на наличие быстро увеличивающейся деформации лица. Родители отмечают, что при плаче или наклоне головы ребенка размеры опухоли увеличиваются.



Клиника. Кавернозные гемангиомы лица, в особенности значительных размеров, обезображивают его, служат причиной деформации органов полости рта, подлежащих тканей (рис. 8). Локализуясь на языке, губе, щеке, околоушных областях, опухоль вызывает не только деформацию, но и функциональные расстройства в виде нарушения жевания, смыкания губ, движений челюсти и т.п. При травмировании образования возникает значительное кровотечение, может развиваться воспаление. Усиление сосудистого рисунка кожи над опухолью — важный симптом глубоких кавернозных гемангиом. Деформация соответствующей области может быть незначительной. Частым признаком кавернозной гемангиомы являются участки смешанной формы гемангиомы на поверхности кожи над кавернозой (чаще в околоушной области). При венозных кавернозных гемангиомах в их толще пальпаторно можно обнаружить флеболиты, которые обычно появляются после 10-летнего возраста. Флеболиты чаще образуются при гемангиомах щеки и височной области.



Смешанные гемангиомы

Из всех форм гемангиом смешанная встречается чаще всего.

Жалобы родителей — на наличие у ребенка безболезненной деформации (до 75 % случаев с измененной в цвете кожей мягких тканей лица), которая быстро нарастает и может увеличиваться при плаче или наклоне головы.



Клиника. У детей первых двух лет жизни такая гемангиома растет наиболее активно. Обычно она располагается в 2-3 анатомических областях, вызывая явную деформацию тканей лица, при этом функции (дыхания, сосания, жевания) могут не нарушаться. Излюбленная локализация ее — околоушно-жевательная область, щека, губа, нос. Опухоль имеет бугристую поверхность, покрытую багрово-синюшной или красной кожей, безболезненная и горячая, мягкоэластической консистенции. Симптом наполнения-запустевания положительный. Часто представлена кавернами и гроздьевидными гемангиоматозными участками. Для подтверждения диагноза проводят пункцию, тепловизиографию или УЗИ. По данным УЗИ опухоль представлена гипо- и гиперэхогенными областями. Если гемангиома больших размеров, проводят МРТ, что помогает уточнить локализацию, истинные размеры опухоли и возможное прорастание ее в соседние участки (орбиту, околоносовые пазухи, мозг).



Пиогенная гранулема, или опухоль Понсе-Доре.

Синонимы: ботриомикомма, гиперпластическая гемангиома, гранулема телеангиэктатическая.

Жалобы родителей или ребенка на наличие безболезненного новообразования, которое появилось после травмы соответствующего участка, быстро растет и кровоточит при прикосновении.

Клиника. На ранних стадиях развития опухоль имеет гладкую поверхность ярко-красного цвета, легко кровоточит при минимальной травматизации, бледнеет при надавливании, может изъязвляться и некротизироваться с выделением гнойно-кровянистого секрета. Локализуется преимущественно на щеках, губах, слизистой оболочке полости рта.



ЛИМФАНГИОМЫ

Лимфангиома (*lymphangioma*) — опухоль дизэмбриогенетического происхождения, развивающаяся из лимфатических сосудов. Лимфангиомы составляют 5-10 % всех доброкачественных опухолей челюстно-лицевой области у детей. Выявляются чаще в возрасте до 1 года. Излюбленная локализация — мягкие ткани лица, шеи и языка. Опухоль характеризуется медленным, но прогрессирующим ростом. Нередко она сопровождается другими пороками развития: гемангиомой, нейрофиброматозом, атрофией мышц лица. Очень редко возможна возрастная регрессия опухолей за счет опустошения лимфатических сосудов, разрастания и склероза межуточной ткани.

Таким образом небольшая лимфангиома может превратиться в мягкую рубцовую ткань.

Классифицируют лимфангиомы по следующим принципам:

1. По этиологии:

- врожденные;
- приобретенные (лимфокисты).

2. По строению:

- капиллярные;
- 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 челюстно-лицевой области;
- с выраженной деформацией тканей челюстно-лицевой области.

Капиллярные лимфангиомы.

Излюбленные места расположения капиллярной лимфангиомы — щеки, губы, язык, подъязычная область.

Жалобы. При капиллярной лимфангиоме родители жалуются на наличие у ребенка деформации того или иного участка мягких тканей лица, которая медленно увеличивается, безболезненная. При простудных заболеваниях прослеживается увеличение лимфангиомы, что является одним из ее признаков.

Клиника. Это безболезненная, тестообразной консистенции, возвышающаяся над окружающими тканями опухоль. Она напоминает пропитанную жидкостью ткань 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 сосудистый рисунок подкожных вен.



Кистозные лимфангиомы

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

Жалобы. Родители жалуются на наличие опухоли у ребенка, которая увеличивается с его ростом. После острых респираторных заболеваний опухоль может быстро расти, уплотняться, становиться болезненной, но никогда не нагнаивается. Обычно такие лимфангиомы достигают очень больших размеров, смещают трахею, пищевод, язык, в результате чего появляются жалобы на затрудненное дыхание и невозможность нормального глотания и сосания.



Клиника. Признаком поликистом или кавернозных лимфангиом является асимметрия челюстно-лицевой области за счет безболезненного новообразования мягкоэластической тестообразной консистенции, кожа над ним бледная. При поверхностно расположенных опухолях наблюдается флюктуация. Обычно поликистома занимает 2-3 анатомические области, одиночные кисты встречаются очень редко. Поликистомы, располагающиеся в участке дна ротовой полости, приводят к нарушению функции дыхания, глотания. В таком случае необходимо срочное хирургическое вмешательство.

- Для подтверждения диагноза проводят пункцию, при которой получают слегка клейкую светло-желтую или грязно-красную жидкость. Размеры глубоко расположенных лимфангиом могут уточняться с помощью компьютерной томографии, УЗИ (наличие анэхогенных полостей).



НЕСОСУДИСТЫЕ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ НОВООБРАЗОВАНИЯ

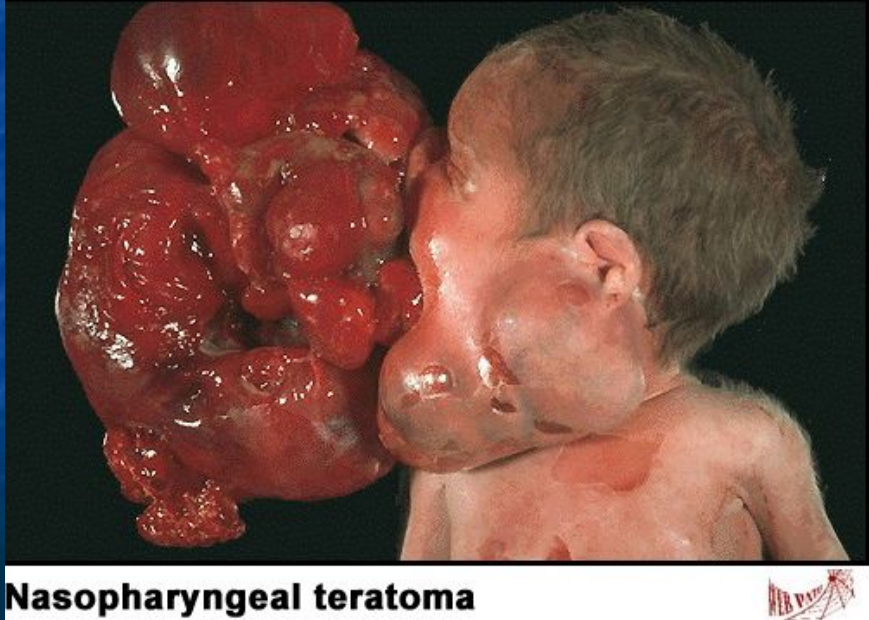
Тератомы

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

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

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

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



Nasopharyngeal teratoma



Невусы

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

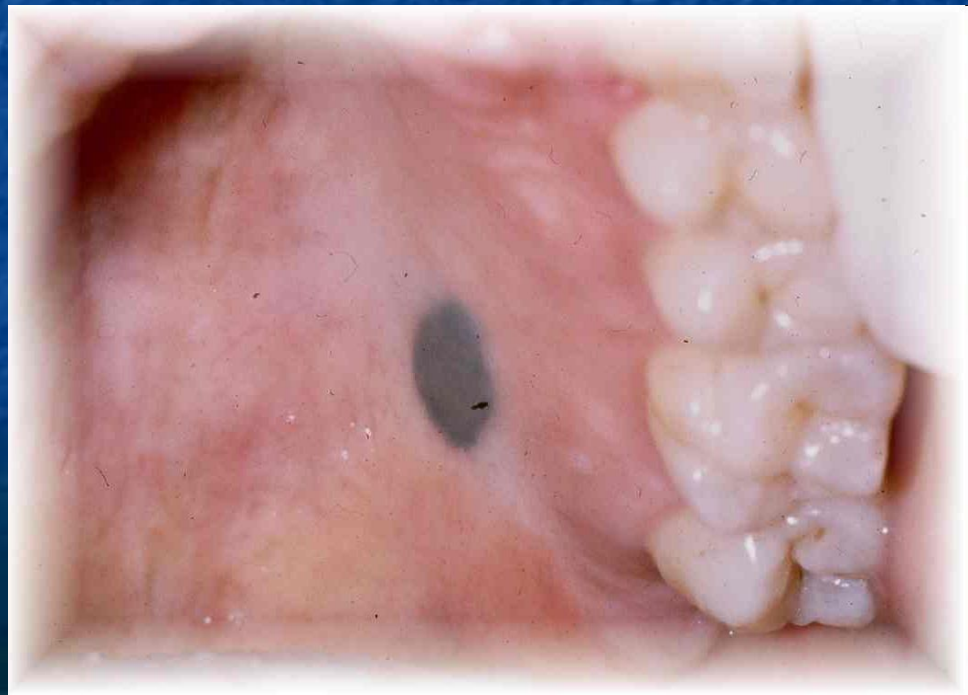
Жалобы детей или их родителей — на наличие пигментированного пятна на лице, растущего вместе с ребенком и (возможно) покрытого волосами.



до

после

- **Клиника.** Пигментные невусы имеют четкие границы, волосяной покров, охватывают 3-4 анатомические области лица. Излюбленная локализация их - переносица, крылья носа, подглазничная область; могут иметь вид мотылька. Кожа кофейного оттенка, может быть покрыта жесткими волосами сине-черного цвета, границы новообразования четкие.



Фиброма

Фиброма (*fibroma*; от лат. *fibra* — волокно) — это опухоль из зрелой фиброзной соединительной ткани. Локализуется преимущественно во рту — на языке, альвеолярном отростке. Наблюдается у детей 7-15 лет, довольно редко — в грудном возрасте (так называемые врожденные фибромы).

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



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



СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!