

Полтавський державний медичний університет
Кафедра післядипломної освіти лікарів-стоматологів

ЛЕКЦІЯ НА ТЕМУ: ДИФЕРЕНЦІЙНА ДІАГНОСТИКА ДОБРОЯКІСНИХ ПУХЛИН ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ. МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ.

Лектор: к.мед.н.,доцент Коломиец С.В.

Полтава 2024

Частина 1

ДОБРОЯКІСНІ ПУХЛИНИ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ

План

- ▣ 1. Епітеліальні пухлини неодонтогенні.
- ▣ 2. Епітеліальні пухлини одонтогенні.
- ▣ 3. Сполучнотканинні пухлини неодонтогенні.
- ▣ 4. Сполучнотканинні пухлини одонтогенні.
- ▣ 5. Неврогенні пухлини.
- ▣ 6. Мигенні пухлини.

ЗАГАЛЬНІ ВІДОМОСТІ ПРО ПУХЛИНИ

Патофізіологічні ознаки пухлинного росту:

- атипізм розмноження - характеризується мітозом, який не регулюється, втратою верхнього ліміту його;
- атипізм метаболічний і енергетичний (синтез онкобілків, зміна способу утворення енергії);
- атипізм фізико-хімічний (збільшення в пухлинних клітинах води і зменшення іонів Ca^{++} ; збільшення води полегшує дифузію необхідних для метаболізму субстратів, а зниження кальцію зменшує міжклітинну адгезію);
- атипізм антигенний (спрощення антигенного складу);
- атипізм морфологічний (тканинний і клітинний);
- атипізм функціональний.

ПУХЛИНИ М'ЯКИХ ТКАНИН

ГЕМАНГІОМИ

- ▣ Гемангіоми - це дізембріопластичні пухлини, що розвиваються до тих пір, поки не закінчиться повна диференціація в будові їх клітин.
- ▣ А. І. Абрикосов вважав, що гемангіома - це пухлина з кровоносних судин.

Гемангіома до и після лікування



Гемангіоми щелепно-лицевої ділянки:

- ▣ 1. За походженням: вроджені (95-96%) і придбані, які найчастіше виникають після травматичних ушкоджень м'яких тканин.
- ▣ 2. За глибиною розташування: поверхневі і глибокі (не деформують тканини).
- ▣ 3. За місцем розташування: в м'яких тканинах і кістках (внутрищелепні гемангіоми).
- ▣ 4. За будовою: капілярні, або прості; кавернозні, або запалі; гроноподібні, або гілкоподібні; змішані.
- ▣ 5. По судинах, з яких виникають гемангіоми: артеріальні, венозні, артеріо-венозні.

Гемангіома щічної ділянки до и після лікування



Патогномонічними симптомами поверхневих гемангіом є: яскраво-червоний з синюшним відтінком колір шкіри; симптом наповнення-запустівання, що проявляється зникненням або спаданням пухлини при натисканні на її поверхню пальцем і появою її після припинення тиску; підвищення температури тканин в ділянці гемангіоми порівняно з | симетричною ділянкою; випинання пухлини над рельєфом шкіри або слизової оболонки (крім капілярних).

Глибокі гемангіоми розташовуються в м'яких тканинах і кістках щелеп. На відміну від поверхневих, вони не дають зовнішньої деформації особи. Єдиною ознакою таких гемангіом може бути виражений судинний малюнок шкіри або слизової оболонки альвеолярного відростка над ділянкою пухлини. Найбільш інформативним діагностичним критерієм є пункція, при якій спостерігається вільне заповнення шприца кров'ю. У деяких випадках кров отримують і при лімфангіомі, але, на відміну від гемангіоми, рідина буде з бурим відтінком. Для встановлення діагнозу використовують термовізіографію, УЗД, рентгенографію (при внутрішньокісткових гемангіомах), комп'ютерну томографію, МРТ. Іноді при вивченні зони розташування гемангіоми в порожнинах виявляють флеболіти. Флеболіти ("венозні камені") - це округлої форми білуваті утворення до 1 см в діаметрі, часто рентгеноконтрастні, на УЗД - ехонегативні. Флеболіти складаються з нашарувань органічних і неорганічних сполук, при розрізанні кришаться.

Капілярні гемангіоми (прості).

Скарги. При капілярній гемангіомі хворі скаржаться лише на наявність червоної плями, яка швидко або повільно збільшується або не збільшується, але ніколи не піднімається над поверхнею шкіри.

Клініка. Найчастіше вони розташовуються на щоках, шиї, потилиці, скроні, рідше - на інших областях особи. За зовнішнім виглядом це інтенсивно-рожевого або червоно-синюшого кольору плоска пляма з чіткими межами. При натисканні різко блідне, а після припинення тиску набуває первинний колір. Капілярна гемангіома вражає шкіру і рідше - слизову оболонку порожнини рота.

Прості гемангіоми - це єдина форма судинної пухлини, яка може самотійно редукувати. Якщо при 2-3 оглядах хворого за 3-9 міс. збільшення пухлини не відбувається, а колір стає менш інтенсивним, це ознаки зворотного її розвитку. Всі інші форми гемангіом самотійно не зникають, а навпаки, мають тенденцію до прогресування. Однією з ознак переходу капілярної гемангіоми в змішану є випинання її в деяких областях над рельєфом шкіри.

Вроджена гемангіома



Кавернозні гемангіоми

Кавернозні гемангіоми - це гемангіоми, що представляють собою одну або кілька порожнин, заповнених кров'ю. У чистій своїй формі спостерігаються рідко (близько 10%), частіше вони супроводжують змішані форми пухлини. Скарги - на наявність швидко збільшуємої деформації утворення, при нахилі голови розміри пухлини збільшуються.

Клініка. Кавернозні гемангіоми пацієнта, особливо значних розмірів, спотворюють обличчя, спричиняють деформації органів порожнини рота.

Характерним є симптом наповнення-запустівання. Шкіра над поверхнево розташованої кавернозної гемангіоми червоного або синюшного кольору, а при глибокій її локалізації може не змінюватися. Посилення судинного малюнка шкіри над пухлиною - важливий симптом глибоких кавернозних гемангіом.

Кавернозна гемангіома



Змішані гемангіоми

З усіх форм гемангіом змішана зустрічається найчастіше. Скарги- на наявність безболісної деформації (до 75% випадків зі зміненою в кольорі шкірою м'яких тканин обличчя), яка швидко наростає і може збільшуватися при нахилі голови.

Клініка. Часто гемангіома розташовується в 2-3 анатомічних областях, викликаючи явну деформацію тканин обличчя, при цьому функції (дихання, жування) можуть порушуватися. Улюблена локалізація її - білявушна-жувальна ділянка, щока, губа, ніс. Пухлина має горбисту поверхню, покриту багряно-синюшого або червоною шкірою, безболісна і гаряча, м'якоеластичної консистенції. Симптом наповнення-запустівання позитивний.

ЗМІШАНА ГЕМАНГІОМА



ЗМІШАНА ГЕМАНГІОМА



Гематома языка (травма)



Піогенна гранульома, або пухлина Понсе-Доре.

- . Синоніми: ботріомікома, гіперпластична гемангіома, гранульома телеангіектатична.

Скарги на наявність безболісного новоутворення, яке з'явилося після травми відповідної ділянки, швидко зростає і кровоточить при дотику.

Клініка. На ранніх стадіях розвитку пухлина має гладку поверхню яскраво-червоного кольору, легко кровоточить при мінімальній травматизації, блідне при натисканні, може покритися виразками і некротизуватися з виділенням гнійно-кров'янистого секрету. Локалізується переважно на щоках, губах, слизовій оболонці порожнини рота. Піогенні гранульоми розглядають як доброякісне новоутворення групи гемангіом, яке виникає внаслідок травми.

Піогенна гранульома



Внутрішньокісткові гемангіоми

Скарги. У більшості випадків зрідка турбує наявність деформації щелепи, посилена кровоточивість з зуба під час лікування періодонтиту, кровоточивість ясен при чищенні зубів.

Клініка. Внутрішньокісткові гемангіоми зустрічаються вкрай рідко, але мають, як правило, неоднозначний прогноз. Спостерігаються в змінному і постійному прикусі. Клінічна симптоматика надзвичайно бідна. Обличчя при кісткової гемангіомі зазвичай симетричне. Може спостерігатися деформація альвеолярного відростка. Місце локалізації таких гемангіом - переважно тіло і гілка нижньої щелепи.

BALINSKIY, E.O.

ID: 2862

* 30.05.1993

Study 1

18.10.2010

11:59:29

11 IMA

POLTAVA REGIONAL HOSPITAL

Emotion 6 (2007)



BALINSKIY, E.O.

ID: 2862

* 30.05.1993

Study 1

18.10.2010

11:59:29

5 IMA

POLTAVA REGIONAL HOSPITAL

Emotion 6 (2007)



BALINSKIY, E.O.

ID: 2862

* 30.05.1993

Study 1

18.10.2010

11:59:29

11 IMA

POLTAVA REGIONAL HOSPITAL

Emotion 6 (2007)



Лікування гемангіом

Методи лікування гемангіом надзвичайно різноманітні і залежать від їх форми, розмірів і розташування, інтенсивності росту, а також віку і соматичного стану пацієнта, кваліфікації лікаря і т.п. Склерозуюча терапія передбачає вплив на стінки пухлини різноманітних цитоплазматичних отрут, які є причиною асептичного некрозу тканини, подальшого рубцювання і зникнення гемангіоми. Гормональна терапія. На жаль немає чіткого уявлення про показання і протипоказання до використання цього методу лікування, оскільки вони обумовлені локалізацією і видом гемангіоми, глибиною її розташування і стосунками з судинно-нервовим пучком, оком, слинною залозою і т.п. Великі дози гормонів узгоджуються з фоновими захворюваннями пацієнта, а віддалені результати лікування гемангіом у такий спосіб не завжди можна прогнозувати як з точки зору місцевих змін, так і впливу гормональної терапії на інші органи і системи.

Введення спирту

Для лікування кавернозних гемангіом часто використовують 70% розчин спирту, який вводять в пухлину двома способами по Ю.І. Бернадському:

1. Аспіраційно-ін'єкційний.

Гемангіому ізолюють від прилеглих здорових тканин (затискачем Ярошенко або язикотримачем - при невеликих розмірах пухлини; коли неможливо накласти затискач, пухлину прошивають шовком по Крогіус), шприцом відсмоктують з неї кров, потім на кілька хвилин вводять таку ж кількість 70% розчину спирту, після чого аспірують його з каверни, а на оброблену ділянку пухлини накладають тугу пов'язку.

2. Промивной спосіб. Ізолюють ділянку пухлини вищеназваними способами. Роблять 10-15 перфораційних отворів (в залежності від її розмірів) в центрі гемангіоми (частіше змішаної) та вводять в пухлину спирт, який разом з кров'ю витікає через ці отвори. Після цього оброблену ділянку пухлини обов'язково промивають фізіологічним розчином натрію хлориду з метою запобігання глибокого некрозу тканин і накладають тугу пов'язку.

Методи лікування

Метод діатермокоагуляції широко використовують для лікування капілярних і змішаних форм гемангіом як самотійно, так і в комплексі з хірургічним.

Хірургічний метод передбачає повне або часткове (можливо, поетапне) видалення пухлини. Цим методом можна завершувати склерозуючу терапію (висічення грубих рубців). Але найчастіше він є самотійним. Метод призводить до емболізації судин гемангіоми. Суть методу полягає у введенні біоінертного матеріалу в просвіт судини з метою його обтурації.

Метод рентгенотерапії проводиться у хворих зі значними за розмірами гемангіомами що швидко збільшуються, при неможливості хірургічного втручання в даний момент. Дози і кількість сеансів опромінення призначає рентген-радіолог. Метод селективного фототермолізу передбачає лазерне випарювання пухлини, вимагає дорогої апаратури і багатосеансного лікування.

Метод заповнення внутрішньокісткових гемангіом полімерним адгезивом КЛ-3

Передбачає введення клею з прискорювачем полімеризації в кісткову порожнину шприцом під тиском.

Полімеризаційний матеріал заповнює всю порожнину, а кров, яка міститься там, прискорює полімеризацію. З метою профілактики нагноєння в клей додають антибіотики. Паралельно з деструкції і вимиванням полімерної маси порожнина заповнюється молодою кістковою тканиною.

Методи СВЧ-кріогенної терапії і СВЧ-гіпертермії.

Суть цих методів полягає у використанні надвисокочастотного (НВЧ) електромагнітного поля в різних режимах.

Перераховані методи лікування застосовуються в залежності від форми гемангіоми: -капілярні - склерозування 70% розчином спирту, трихлороцтової кислотою з 2% розчином лідокаїну, преднізалон, діатермокоагуляція, кріодеструкція, селективний фототермоліз, хірургічне видалення, при великих розмірах - ліквідація дефекту шкіри з використанням місцевих тканин; - "винні плями" - рентгенотерапія, селективний фототермоліз, при невеликих ділянках уражень - їх висічення з подальшим заміщенням дефекту місцевими тканинами; - кавернозні - переважно склерозуючі методи лікування.

При швидкозростаючих гемангіомах, а особливо глибоко розташованих, використовують метод емболізації судин, прошивання по Крогіус (особливо у маленьких дітей, яким протипоказано проведення емболізації). Після цих втручань, що сприяють припиненню зростання, а також зменшення обсягу пухлини, проводиться видалення змінених тканин;

-змішані - перше місце займають хірургічні методи, що передбачають поетапне або повне видалення пухлини.

При швидко зростаючих великих гемангіомах комбінують емболізацію судин, рентгенотерапію, склерозування з хірургічним видаленням; кісткові гемангіоми - хірургічне видалення зміненої кістки, введення КЛ-3 в порожнину пухлини.

ЛИМФАНГІОМИ

- . Лімфангіома (lymphangioma) - пухлина дізембріогенетичного походження, яка розвивається з лімфатичних судин. Улюблена локалізація - м'які тканини обличчя, шиї і язика. Пухлина характеризується повільним, але прогресуючим ростом.

Лимфангіома у дитини 2-х років



Класифікація лімфангіом:

1. За етіології:

- вроджені;
- набуті (лімфокісти).

2. За будовою:

- капілярні;
- кістозні і полікістозні.

3. По поширеності:

- локальні;
- дифузні.

4. За впливу на прилеглі тканини і органи:

- з порушенням функції;
- без порушення функції;
- без деформації тканин щелепно-лицевої ділянки;
- з вираженою деформацією тканин щелепно-лицевої ділянки.

Капілярні лімфангіоми

Улюблена локалізація капілярної лімфангіоми - щоки, губи, язик, під'язикова ділянка.

Скарги. При капілярній лімфангіомі скаржаться на наявність деформації ділянки м'яких тканин обличчя, яка повільно збільшується, безболісна. При простудних захворюваннях простежується збільшення лімфангіоми, що є одним з її ознак.

Клініка. Безболісна пухлина, тістоподібної консистенції, що височіє над навколишніми тканинами. Нагадує просочену рідиною тканину без чітких меж, що плавно переходить в здорові сусідні тканини, може тиснути на підлеглі тканини і служити причиною деформації кісток. У деяких випадках при атрофії підшкірної жирової клітковини спостерігається виражений судинний малюнок підшкірних вен.

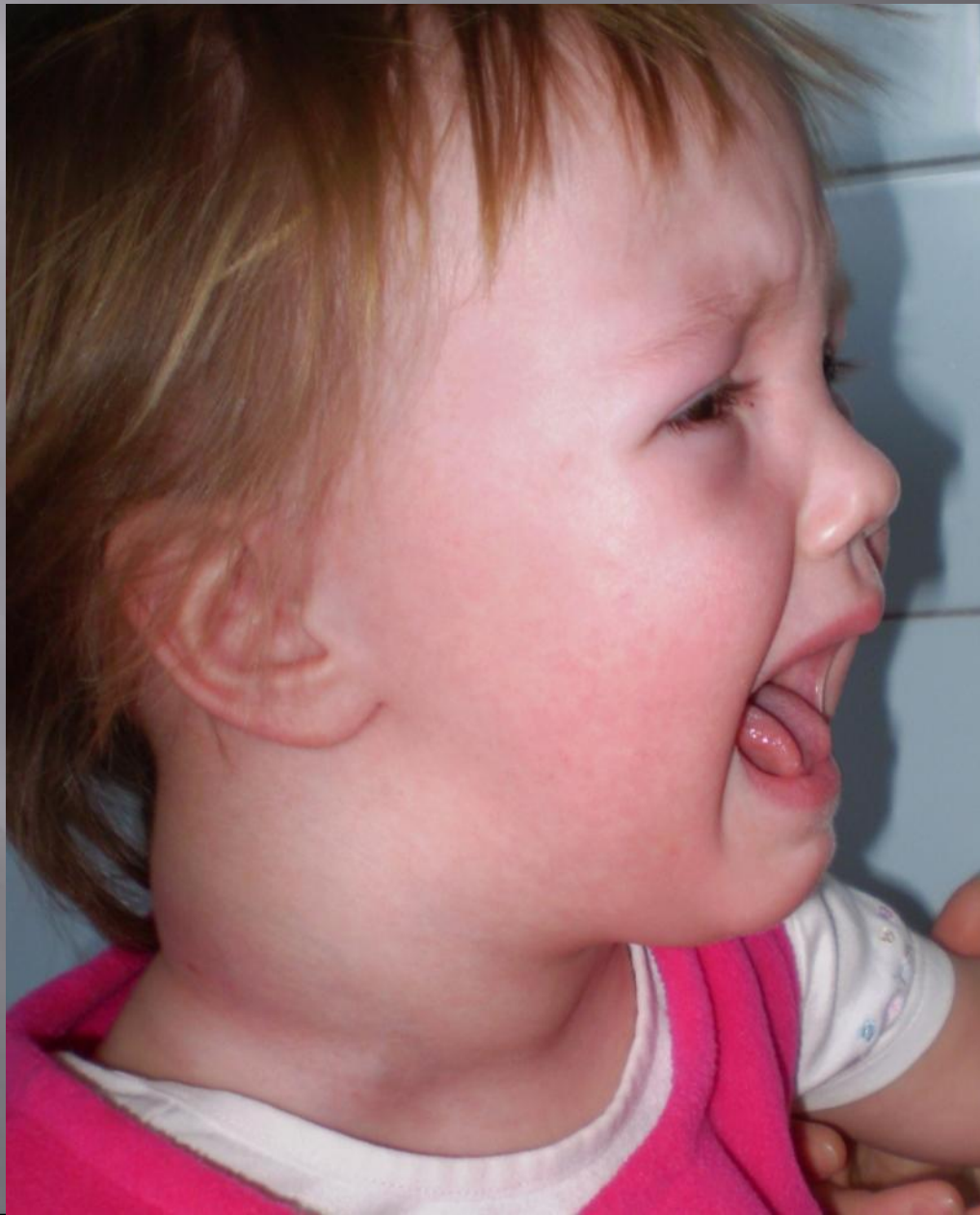
Кістозні лімфангіоми

Серед інших форм лімфангіом кістозні форми частіше спостерігаються в ранньому віці.

Скарги - на наявність пухлини у дитини, яка збільшується з його ростом. Після гострих респіраторних захворювань пухлина може швидко рости, ущільнюватися, ставати хворобливою, але ніколи не нагноюється. Зазвичай такі лімфангіоми досягають дуже великих розмірів, зміщують трахею, стравохід, язик, в результаті чого з'являються скарги на затруднене дихання і неможливість нормального ковтання.

Клініка. Ознакою полікістом або кавернозного лімфангіту є асиметрія щелепно-лицевої ділянки за рахунок безболісного новоутворення м'якоеластичної тістоподібної консистенції, шкіра над ним бліда. При поверхнево розташованих пухлинах спостерігається флюктуація. Зазвичай полікістома займає 2-3 анатомічні області, поодинокі кісти зустрічаються дуже рідко. Полікістоми, розташовані в ділянці дна ротової порожнини, призводять до порушення функції дихання, ковтання.

Лімфангіома у дітей



Кістозна лімфангіома



Лікування

Складнощі комплексного лікування дітей з кістозними формами лімфангіом щелепно-лицьової області обумовлені топографо-анатомічними і віковими особливостями, соматичним станом хворих. Основний вид операції, що застосовується при полікістомі - цистотомія, іноді в кілька етапів. Післяопераційний період небезпечний ранніми ускладненнями.

НЕСУДИННІ ДОБРОЯКІСНІ НОВОУТВОРЕННЯ

Тератоми

Тератоми - вроджені доброякісні сполучнотканинні пухлини дизонтогенетичної природи, що спостерігаються у дітей 1-2 років, що супроводжуються деформацією м'яких тканин обличчя. Найчастіше вони локалізуються в області надбрівних дуг, перенісся, чола, спинки носа.

Скарги батьків або дитини - на наявність безболісної, що збільшується з ростом дитини деформації певної ділянки.

Клініка. Новоутворення мякоеластичної консистенції, при пальпації безболісне, обмежено рухоме за рахунок спаяності його з окістям, зазвичай округлої або довгастої форми, покрите незміненою шкірою. Якщо пухлину довго не видаляти, вона тисне на кістку, що може призводити до деформації або дефекту останньої.



Невуси

Невуси (лат. Naevus - родима пляма, родимка) - вроджені вади, що розвиваються з шваннівських клітин оболонки чутливих нервів.

Розрізняють пігментні невуси (naevi pigmen-tosi), депігментовані, "монгольські" плями, блакитні невуси, бородавчасті невуси (naevi verrucosi), м'які бородавки (naevi molli) і щільні (naevi verrucosi dun), молюски (fibroma moluscum), судинні невуси (naevi vasculosi): каплевидні, павукоподібні, вузлуваті;

невуси придатків шкіри (волосяних фолікулів, сальних залоз).

Скарги - на наявність пігментованої плями на обличчі, (можливо) покритого волоссям.

Клініка. Пігментні невуси мають чіткі межі, волосяний покрив, охоплюють 3-4 анатомічні області особи. Улюблена локалізація їх - перенісся, крила носа, підочна ділянки; можуть мати вигляд метелика. Шкіра кавового відтінку, може бути покрита жорсткими волоссям синьо-чорного кольору, межі новоутворення чіткі.



Фіброма

Фіброма (fibroma; від лат. Fibra - волокно) - це пухлина з зрілої фіброзної сполучної тканини.

Локалізується переважно в роті - на язичку, альвеолярному відростку.

Скарги - на наявність безболісної, повільно зростаючої пухлини в порожнині рота.

Клініка. Пухлина частіше розташована на альвеолярному відростку, має щільну консистенцію, округлу форму, широку основу, обмежена від навколишніх тканин. Росте дуже повільно. Епітелій слизової оболонки над пухлиною не ороговіває, тому поверхня її гладка і рожева, на відміну від папіломи.

ФІБРОМА ТВЕРДОГО ПІДНЕБІННЯ



ФІБРОМА М'ЯКОГО ПІДНЕБІННЯ



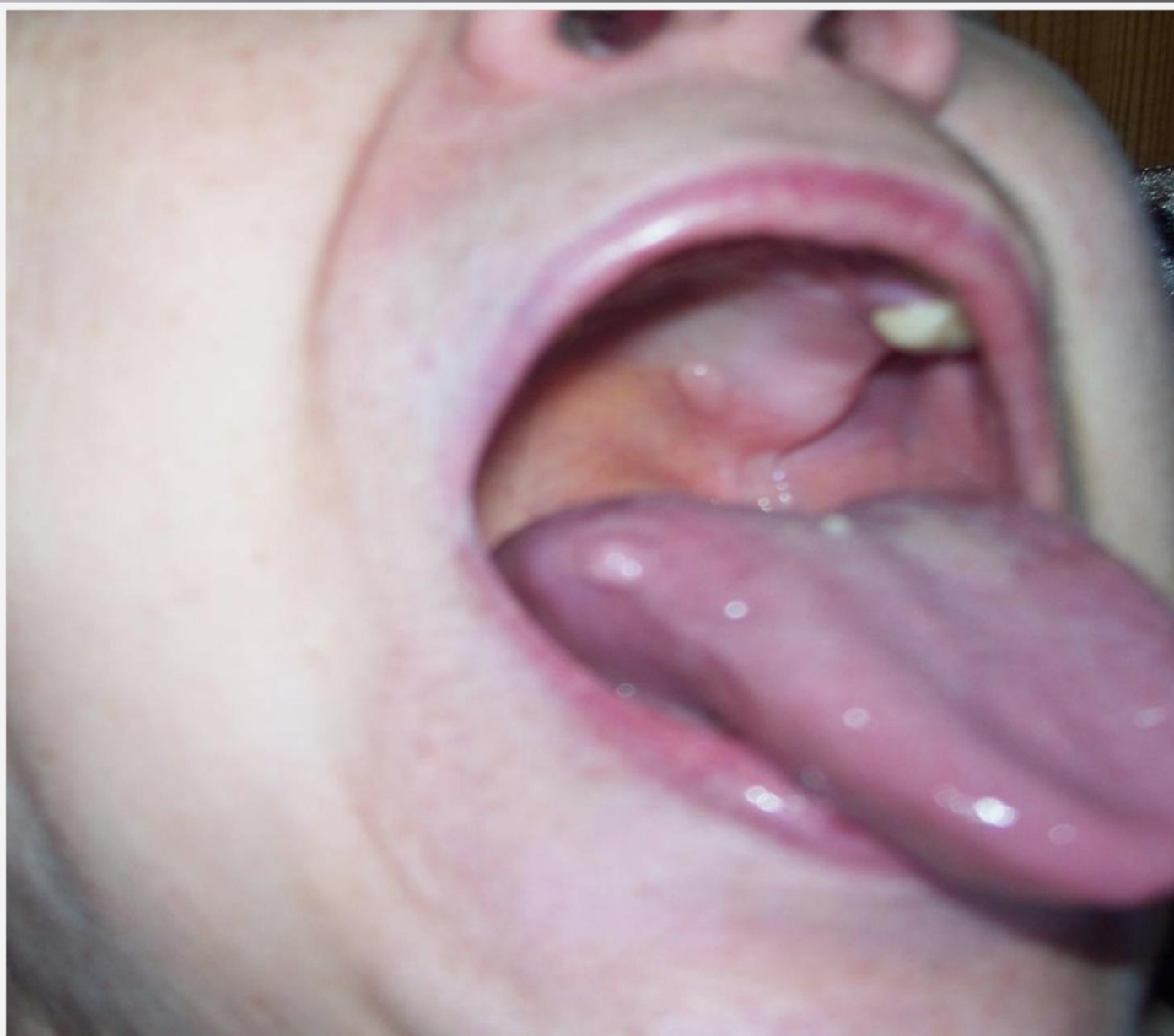
ФІБРОМА В ДІЛЯНЦІ ПІДНЕБІННЯ



ФІБРОМА КУТА РОТА



Фіброми порожнини рота







Фіброма нижньої губи



Лікування фібром



Фіброма піднебіння



Фіброматоз ясен



Фіброматоз ясен











Фіброзний епулід



ТРАВМАТИЧНИЙ ПАПИЛІТ



ФІБРОЗНИЙ ЕПУЛІД



Нейрофіброма

Нейрофіброма (neurofibroma) розвивається з оболонок периферичних нервів. Клітини пухлини мають нейроектодермальне походження. Розвиток її в ділянці обличчя пов'язаний з пороком розвитку трійчастого або лицьового нерва. Розташування по відношенню до нерву моноцентричне (в товщі нерва - один вузол) або поліцентричне (в товщі нерва - ряд з'єднаних між собою вузлів).

Скарги - на наявність болючої пухлини і деформацію обличчя.

Клініка. Лице асиметричне. Найчастіше пухлина локалізується в товщі щоки, біля підборідних отворів, на скроні, язика.

Пальпаторно виявляється хворобливе, щільне (іноді м'яке) новоутворення. Надалі пухлина набуває вигляду м'яких вузлів на ніжці. Іноді розвивається величезна плоска пухлина, яка майже не піднімається над поверхнею шкіри або, навпаки, має вигляд опуклих пагорбів, перетягнутих глибокими борознами.

Нейрофіброма



Рабдоміома

Рабдоміома (rhabdomyoma; син .: міобластоміома, пухлина

Абрикосова, зернистоклітинна рабдоміома). У ротовій порожнині рабдоміома локалізується переважно на корені і спинці язика, м'язах глотки і м'якого піднебіння.

Скарги- на наявність повільно зростаючого безболісного новоутворення.

Клініка: рабдоміома має щільну консистенцію, відмежована від навколишніх тканин, нерідко інкапсульована, невеликих розмірів, безболісна.

РАБДОМІОМА У ДОРΟΣЛИХ



РАБДОМИОМА У ДІТЕЙ



surgface.ru 2011

Рабдомиома новонародженого



Міксома

Міксома (глухота; від грец. Туха - слиз, син.

Мухобlastoma) - це пухлина, яка розвивається з сполучної тканини і містить багато слизу. Улюбленої локалізації немає. Схильна до малігнізації.

Скарг на ранніх етапах розвитку пухлини немає, зі збільшенням новоутворення - наявність деформації обличчя у відповідній ділянці.

Клініка. Пальпаторно визначається пухлина еластичної консистенції з гладкою поверхнею, тонкою фіброзною капсулою. На розрізі міксома має колір від білого до сіро-червоного, на поверхні - слиз.

МІКСОМА ПІДНЕБІННОЇ ДУЖКИ



МІКСОМА ВЕРХНЬОЇ ЩЕЛЕПИ



ПУХЛИНОПОДІБНІ НОВОУТВОРЕННЯ М'ЯКИХ ТКАНИН НАБУТІ ПУХЛИНОПОДІБНІ НОВОУТВОРЕННЯ

Папілома

Папілома (Papilloma; від лат. Papilla - сосок) - доброякісне пухлиноподібне утворення, розвивається з багатошарового епітелію.

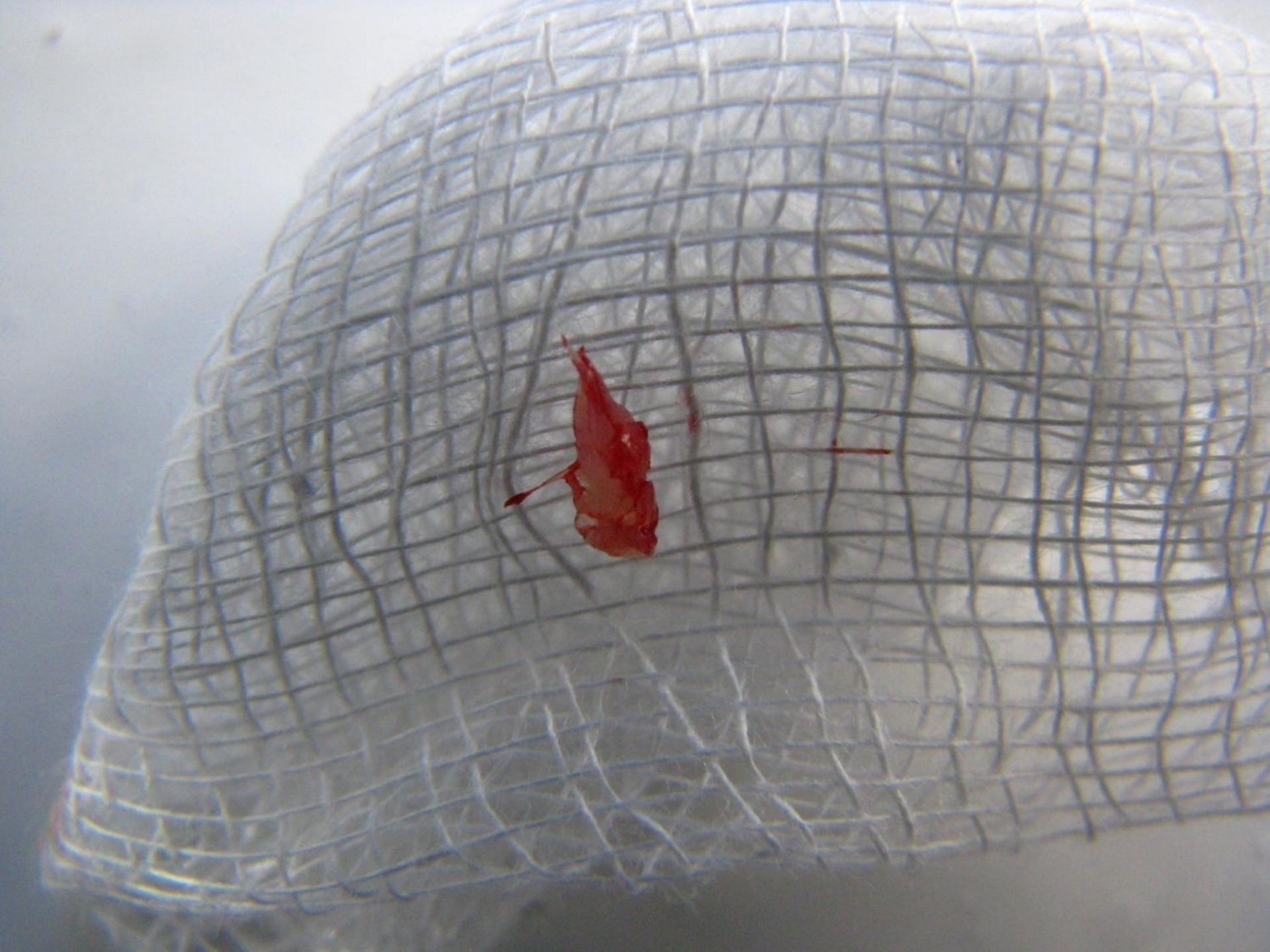
Скарги - на наявність повільно зростаючої безболісної пухлини на ніжці.

Клініка. Локалізується папілома на слизовій оболонці щік, альвеолярного відростка, рідко - на нижній і верхній губі, язика, іноді - в області кута рота, твердого та м'якого піднебіння. Пухлина частіше має вузьку ніжку, округлу форму. Слизова оболонка над папіломою не змінена в кольорі, але має шорстку поверхню, епітелій над нею ороговіває. Консистенція пухлини мякоеластична.

Папілома слизової оболонки нижньої губи











21/12/2010

Папілома кінчика язика



Папіломи бокової поверхні язика



Папіломи нижньої поверхні язика





Папіломи шкіри обличчя

Папіломи верхнього і нижнього повіка



ПАПІЛОМИ ШКІРИ ШИЇ



Атерома

Атерома (від грец. Atheros - каша) - це ретенційна кіста сальної залози шкіри.

Розвивається внаслідок затримки (ретенції) виділення загустілого секрету через вивідний проток залози, що відбувається після травми його стінки .

Атероми частіше спостерігаються в пубертатний період (10-14 років), можуть локалізуватися не тільки на обличчі, але і в ділянці волосистої частини голови, бувають поодинокими і множинними. Скарги дитини - на наявність безболісної пухлини на обличчі, яка повільно збільшується.

Клініка. При огляді новоутворення має напівкруглу форму, гладку поверхню і завжди пов'язане з шкірою, що не береться в складку в місці виходу вивідних протоків сальних залоз. Це основний симптом, що дозволяє відрізнити атерому від іншої пухлини. Вміст її - краплі сала, кристали холестерину, ороговілі клітини епітелію, детрит.



Вроджені пухлиноподібні новоутворення

Вроджені кісти ділять на утворення, що є пороком розвитку ектодерми (дермоїдні і епідермоїдні кісти щелепно-лицевої ділянки) і зябрового апарату і його похідних (серединні і бічні кісти ший, кісти привушної області, кореня язика).

ДЕРМОЇДНІ І ЕПІДЕРМОЇДНІ КІСТИ

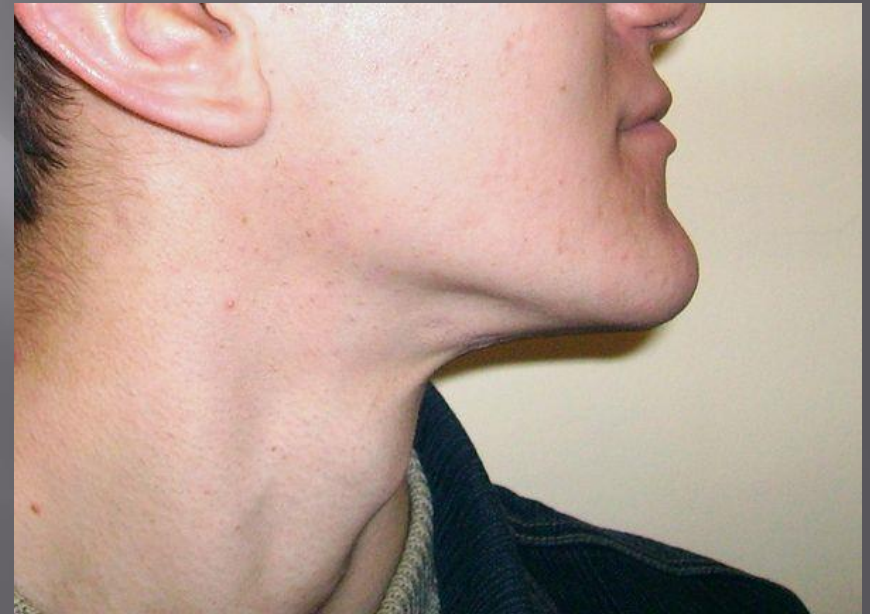
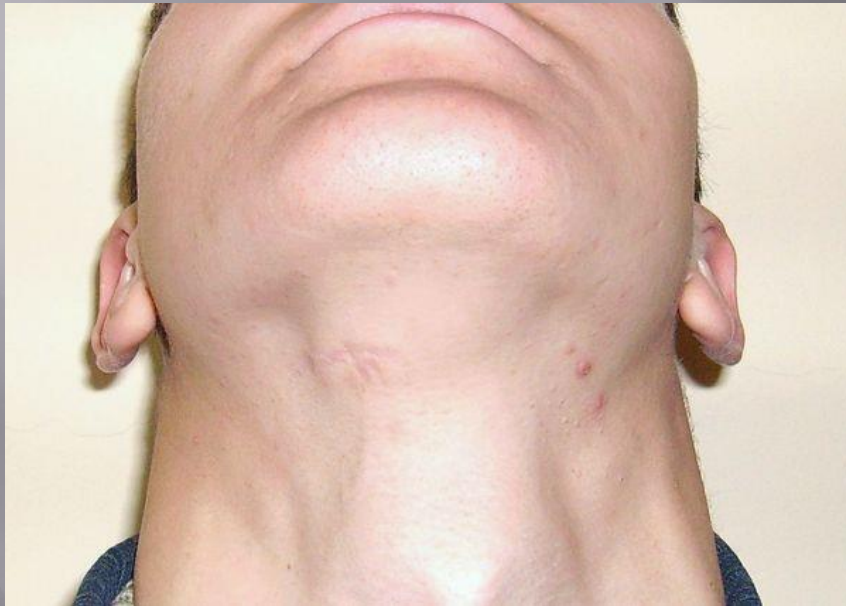
Розвиваються в ділянці ембріональних щілин, борозен і складок ектодерми з дистопованих елементів її в період ембріонального розвитку і локалізуються завжди ближче до середини, в проекції зябрових дуг. Найчастіше (47%) це дно порожнини рота, ділянка шиї, підщелепна і периорбітальна, приносова ділянки і крила носа. Скарги - лише при виникненні деформації обличчя- хворий звертає на це увагу.

Клініка. Характерна локалізація цих утворень і клінічні ознаки допомагають визначенню діагнозу: пухлина має округлу форму, гладку поверхню, щільна, безболісна, повільно збільшується, великих розмірів досягає рідко, лише при локалізації в ділянці дна порожнини рота, іноді нагноюється. Шкіра над утворенням не змінена, вільно береться в складку.

ДЕРМОЇДНАЯ КІСТА ДНА ПОРОЖНИНИ РТА



ДЕРМОЇДНА КІСТА ДНА ПОРОЖНИНИ РОТА ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИЙ ПЕРІОД



Серединні кісти і нориці шиї

Серединні (щито-мовні) нориці шиї належать до аномалій розвитку зябрового апарату і його похідних (щитовидна і загрудинні залози). Серединна нориця шиї відкривається отвором незначних розмірів на передній поверхні шиї, вище або нижче проекції під'язикової кістки, крізь яке виділяється прозорий слизової вміст .

Срединна кіста шиї

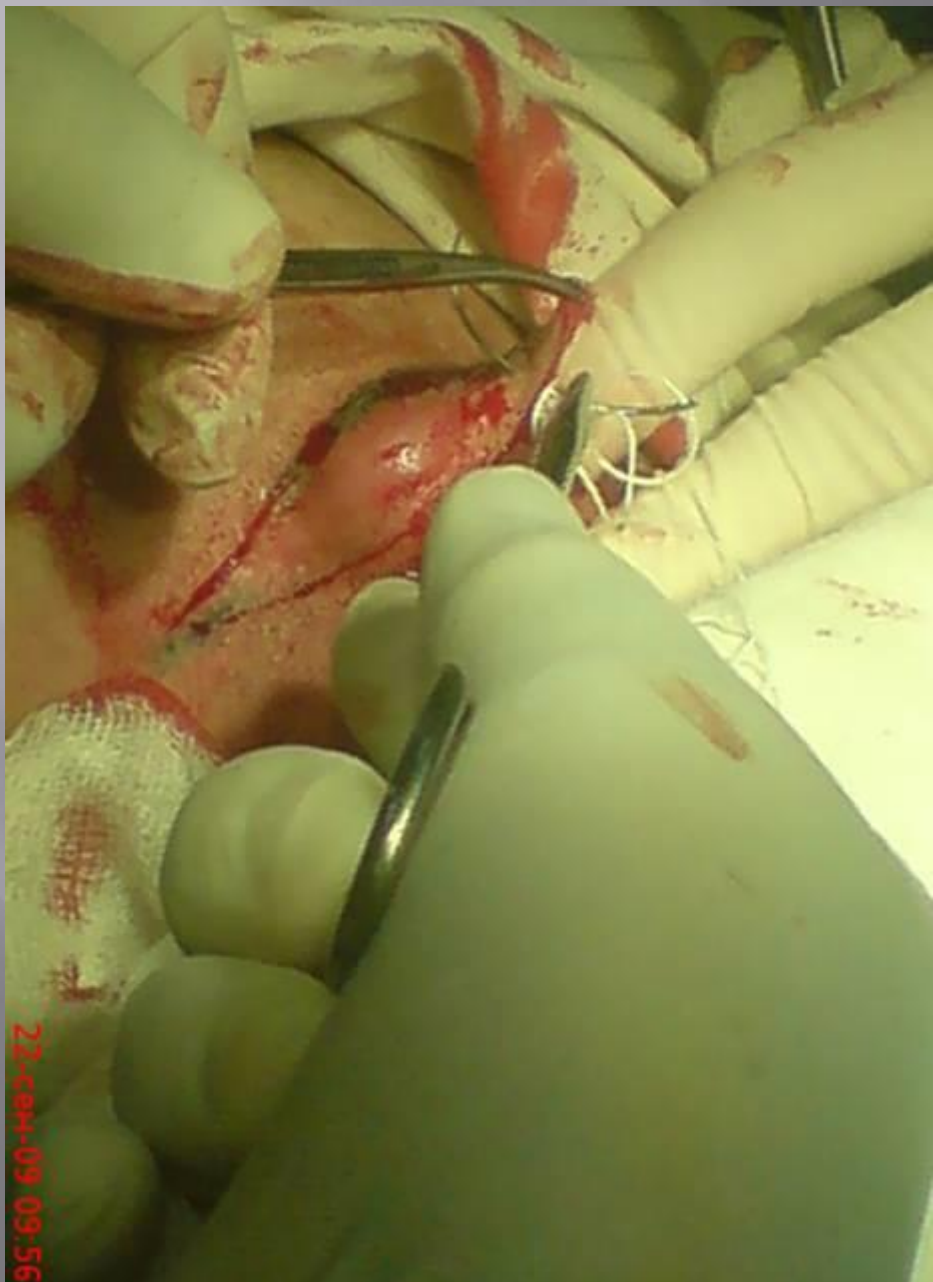


ОПЕРАЦІЯ – ВИДАЛЕННЯ СЕРЕДИННОЇ КІСТИ ШИЇ





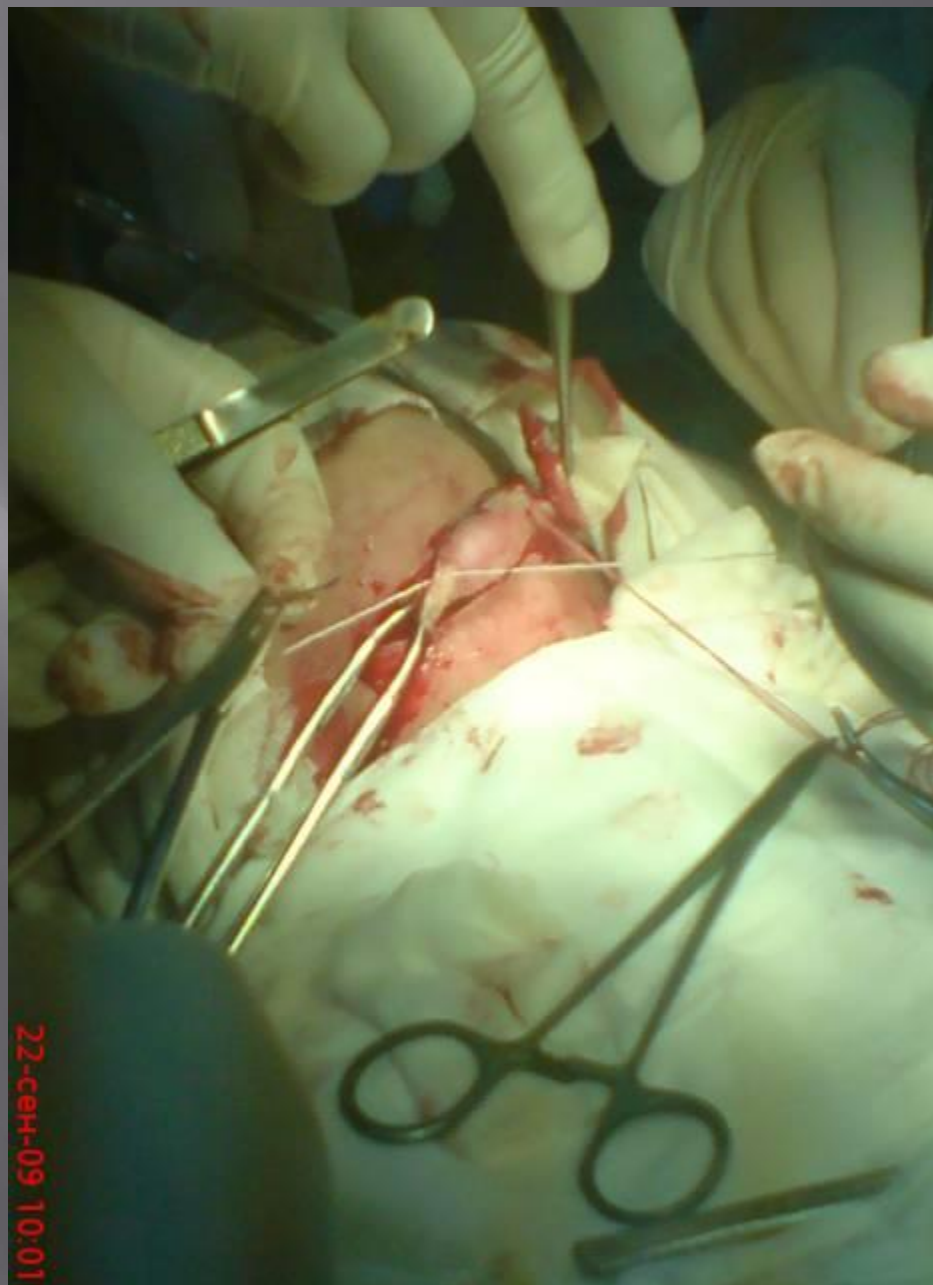


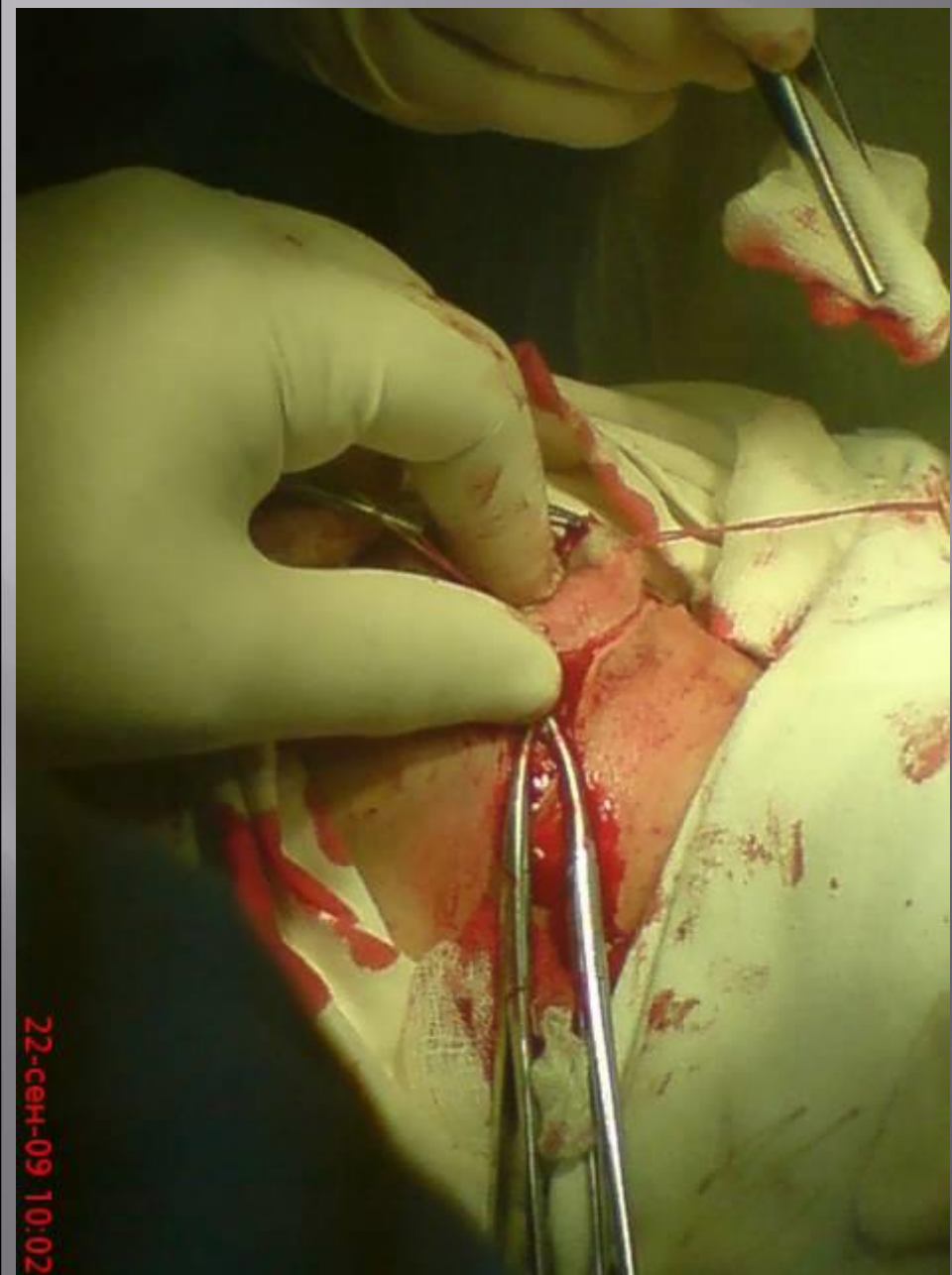


22-cen-09 09:56

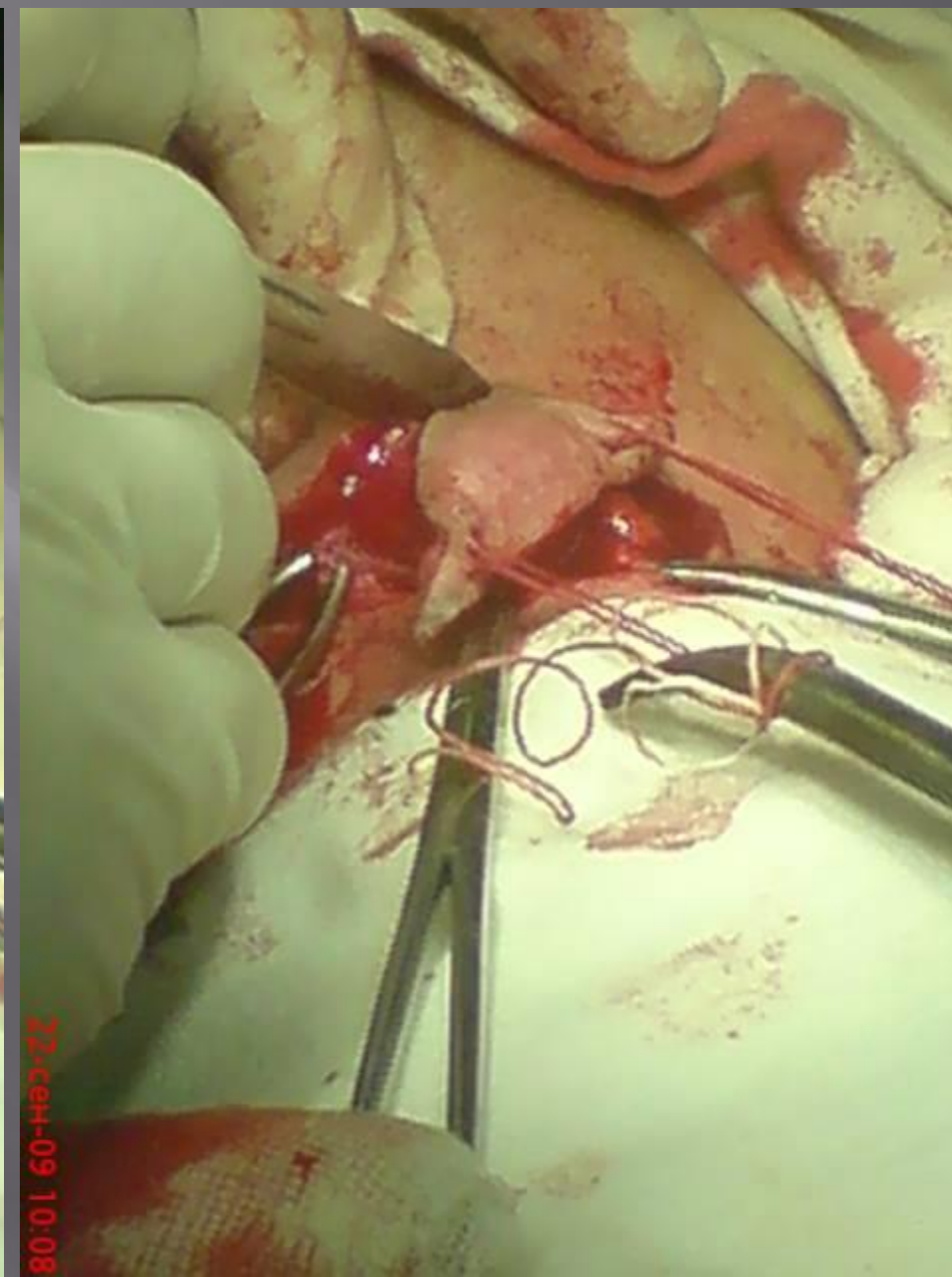
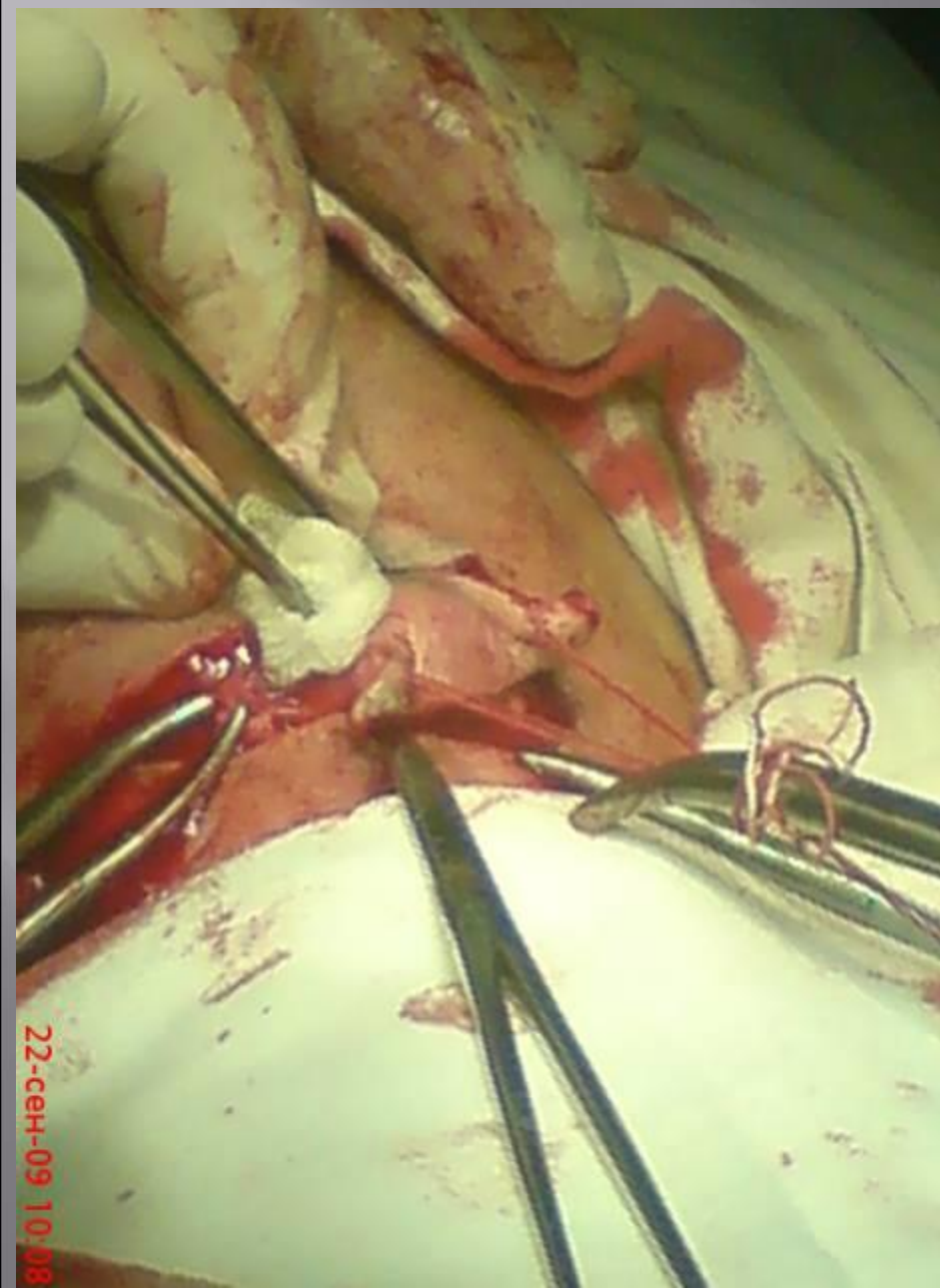


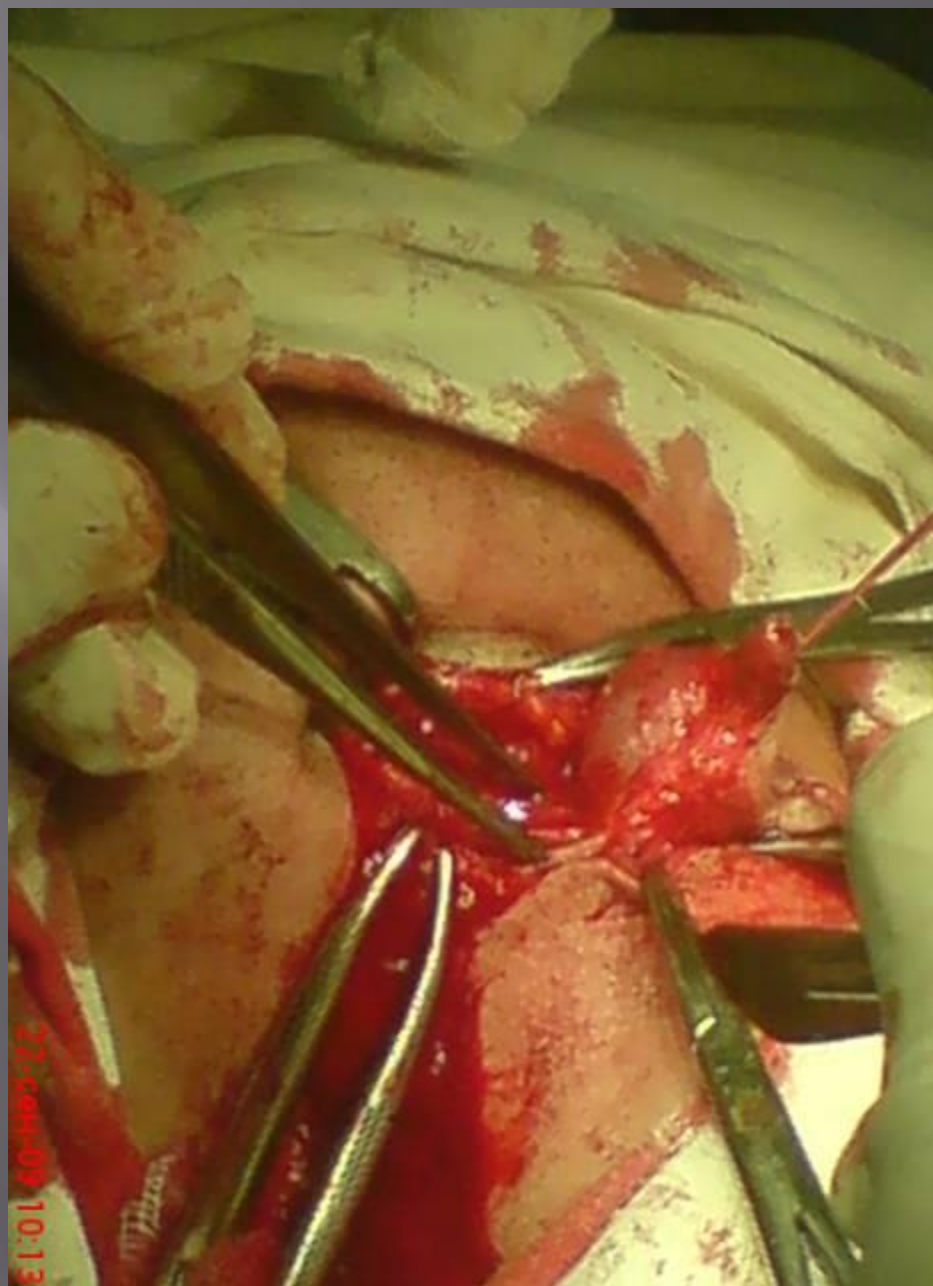
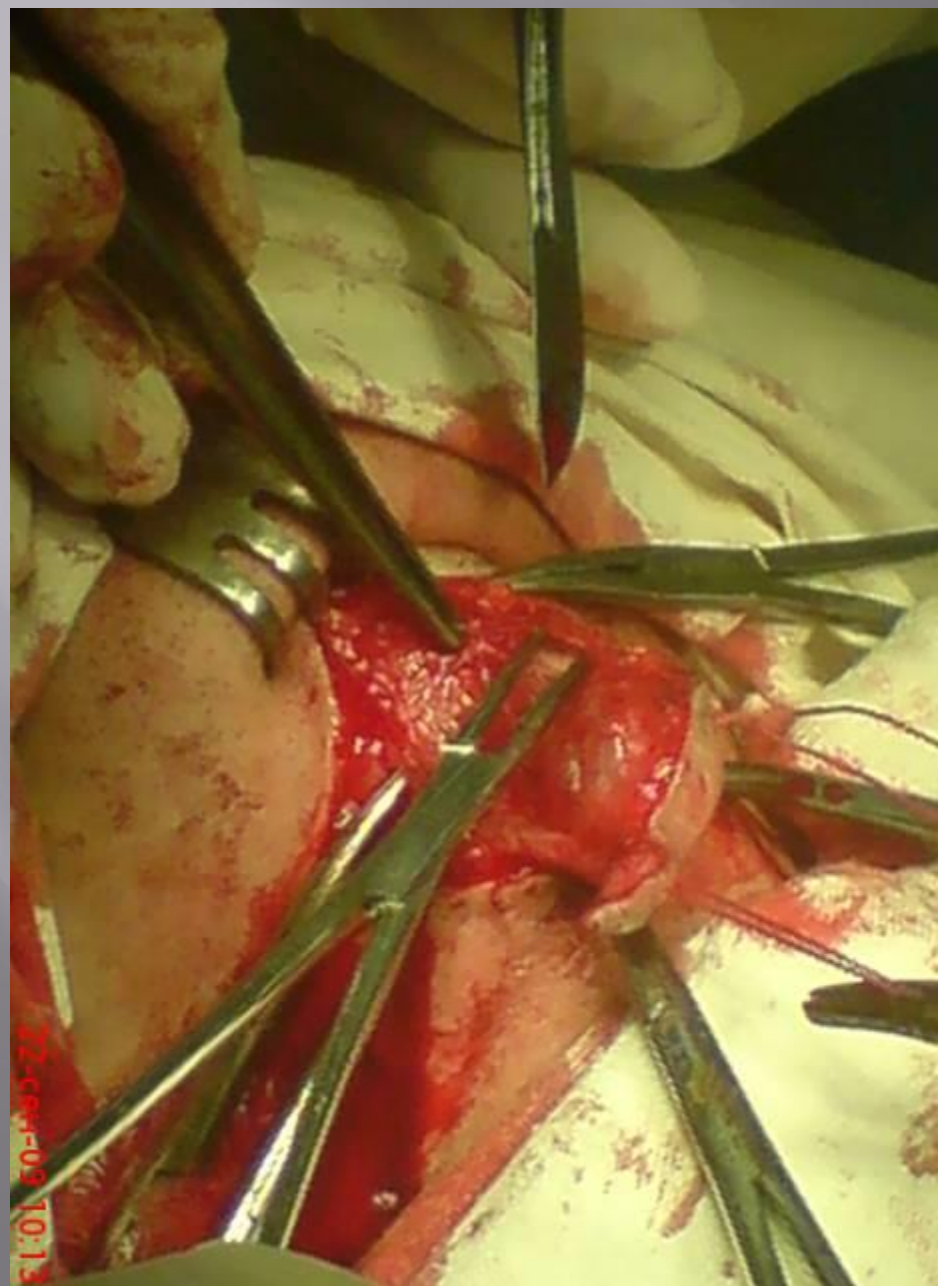
22-cen-09 09:56

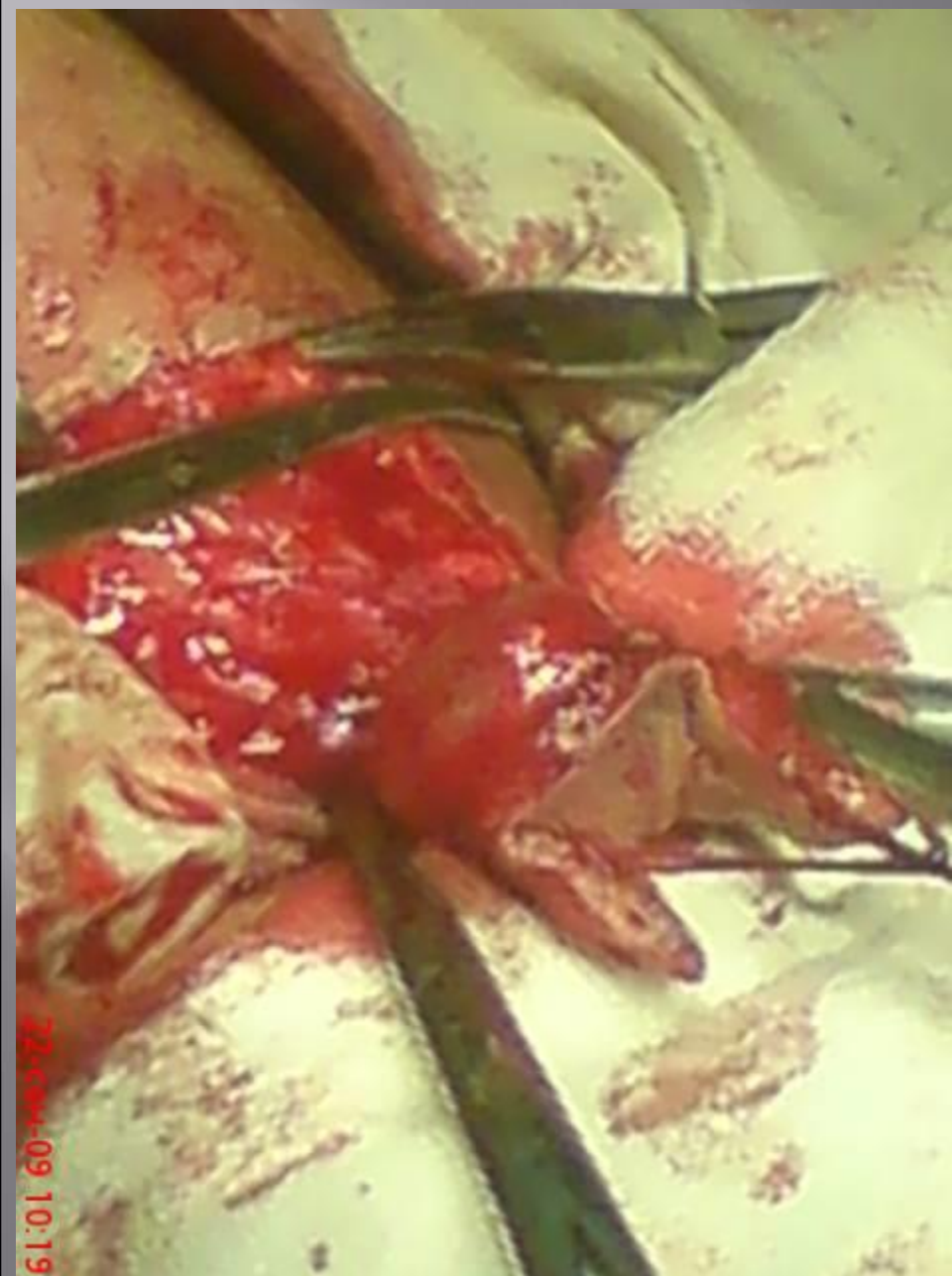




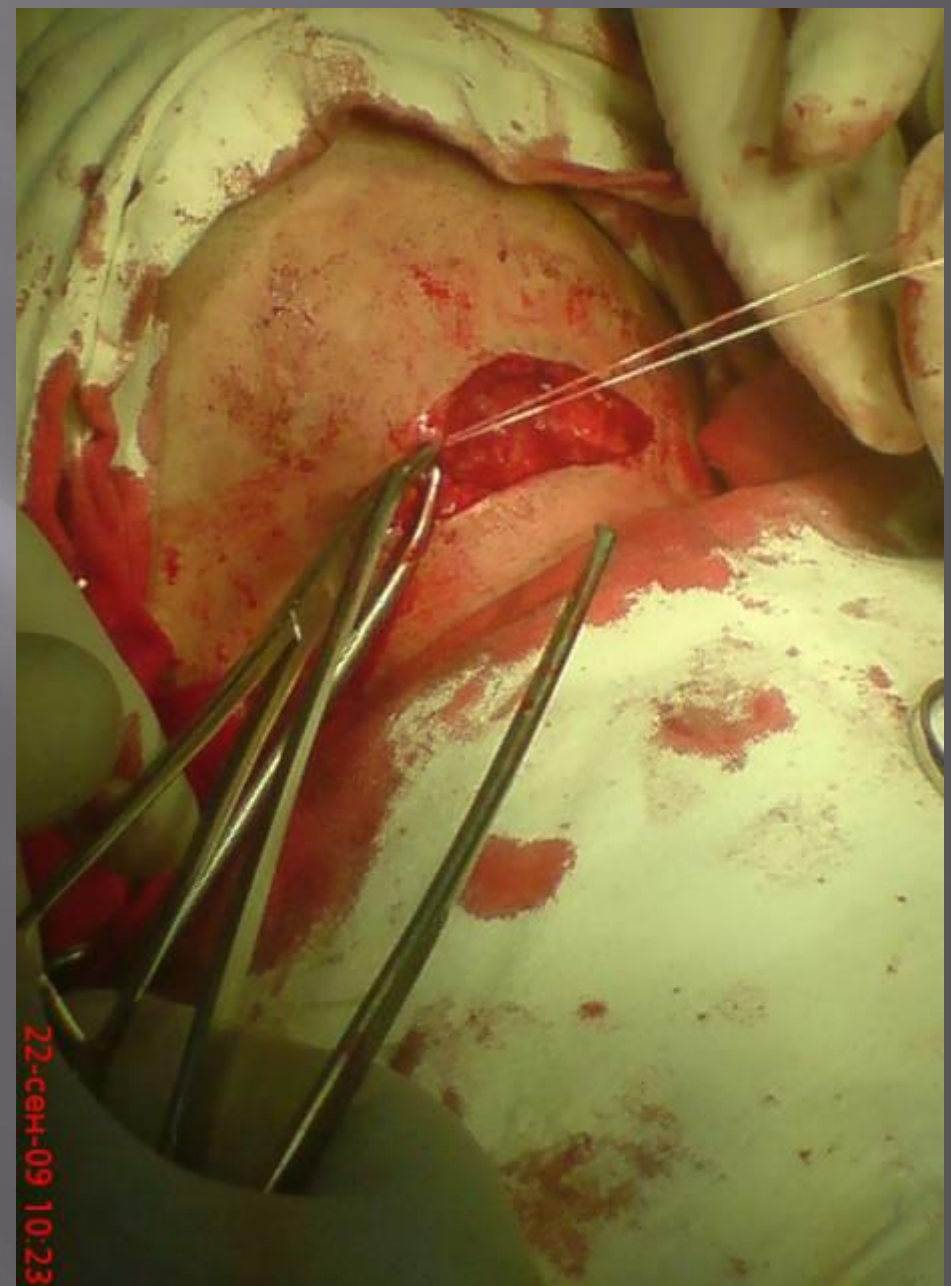
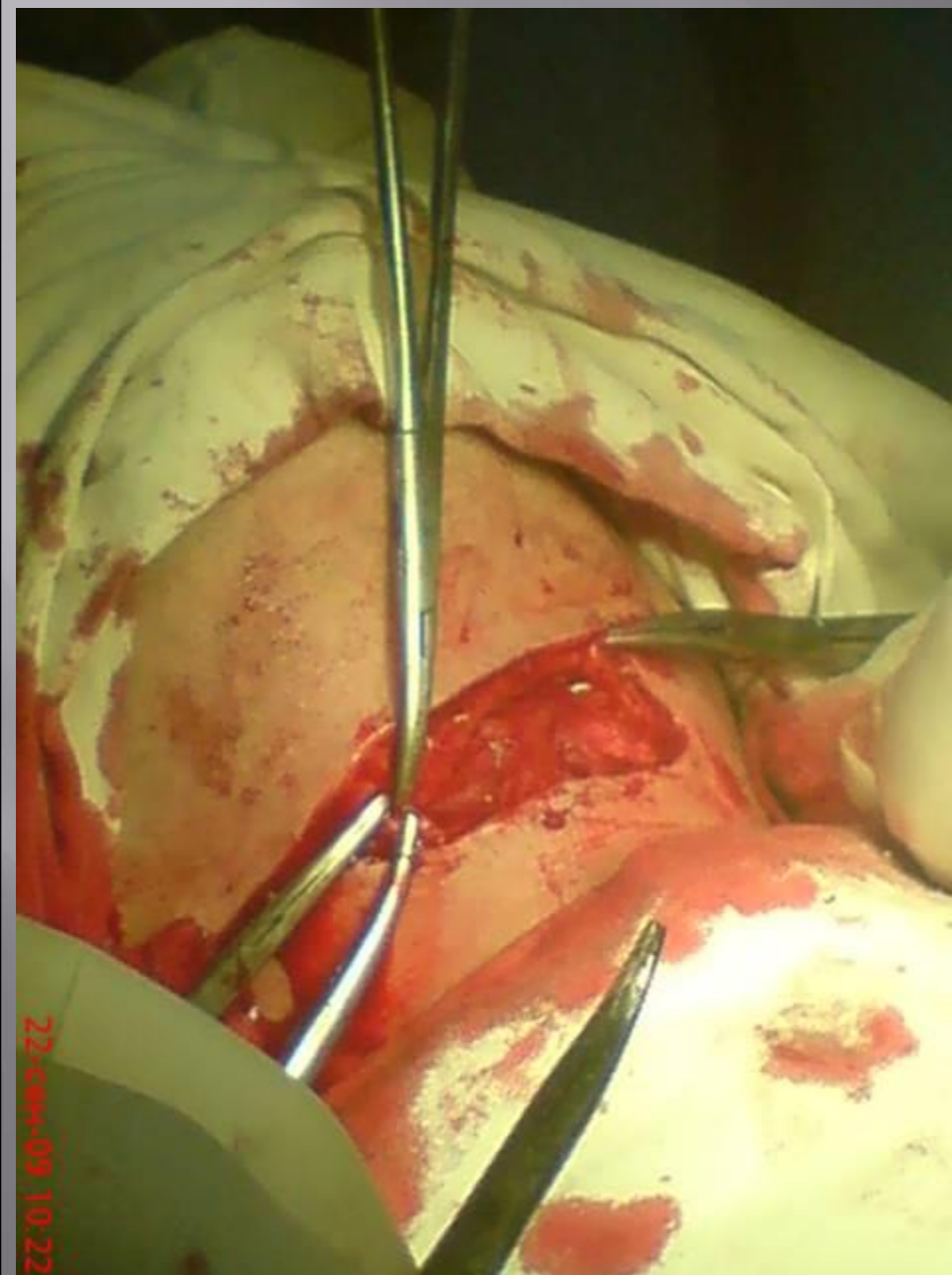
















Бокові кісти і нориці шиї

Бічні кісти є залишками шийної пазухи. Вони локалізуються у верхньому відділі шиї попереду грудино-ключично-соскоподібного м'яза між внутрішньою і зовнішньою сонними артеріями. Бічні нориці можуть бути повними і неповними (зовнішніми і внутрішніми). Бічні нориці шиї клінічно проявляються як невеликі у вигляді точки розтягування шкіри по краю грудино-ключично-соскоподібного м'яза, з невеликими прозорими виділеннями. При закупорці нориці вона може нагноюватися. Для виявлення ходу нориці необхідно провести його зондування і фістулографію.

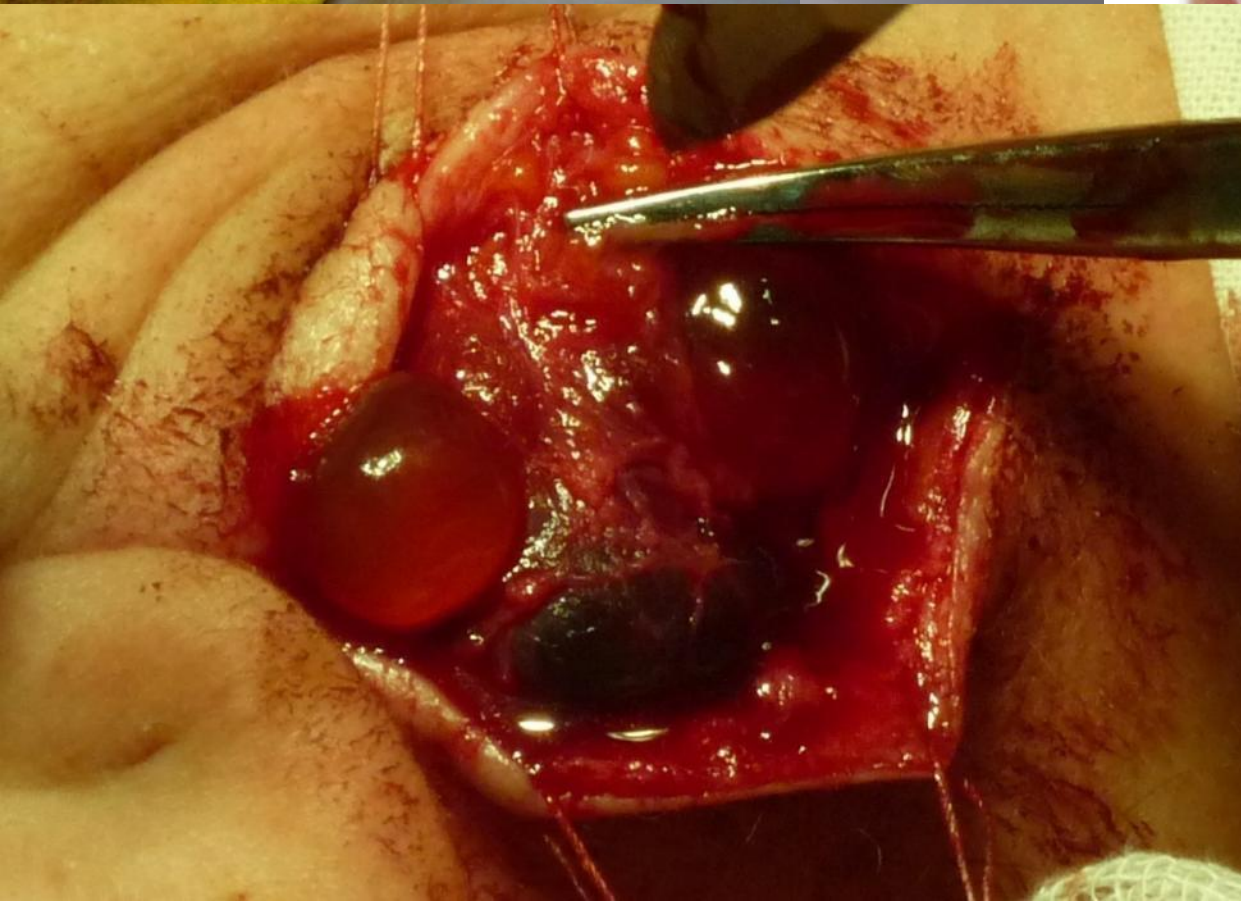
НОРИЦЯ ШИЇ





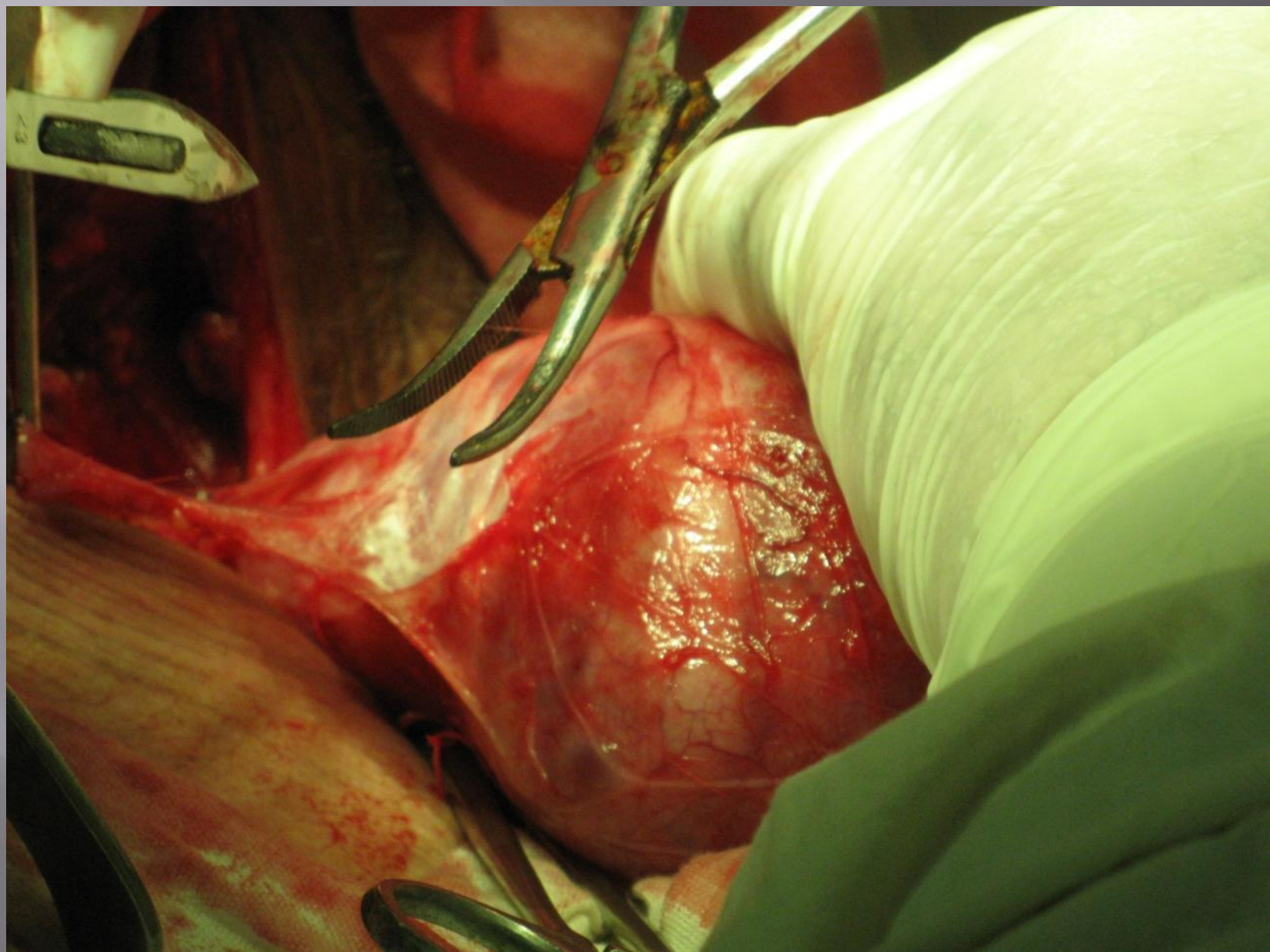


Полкіста



БОКОВАЯ ГІГАНТСЬКА НОРИЦЯ ШИЇ







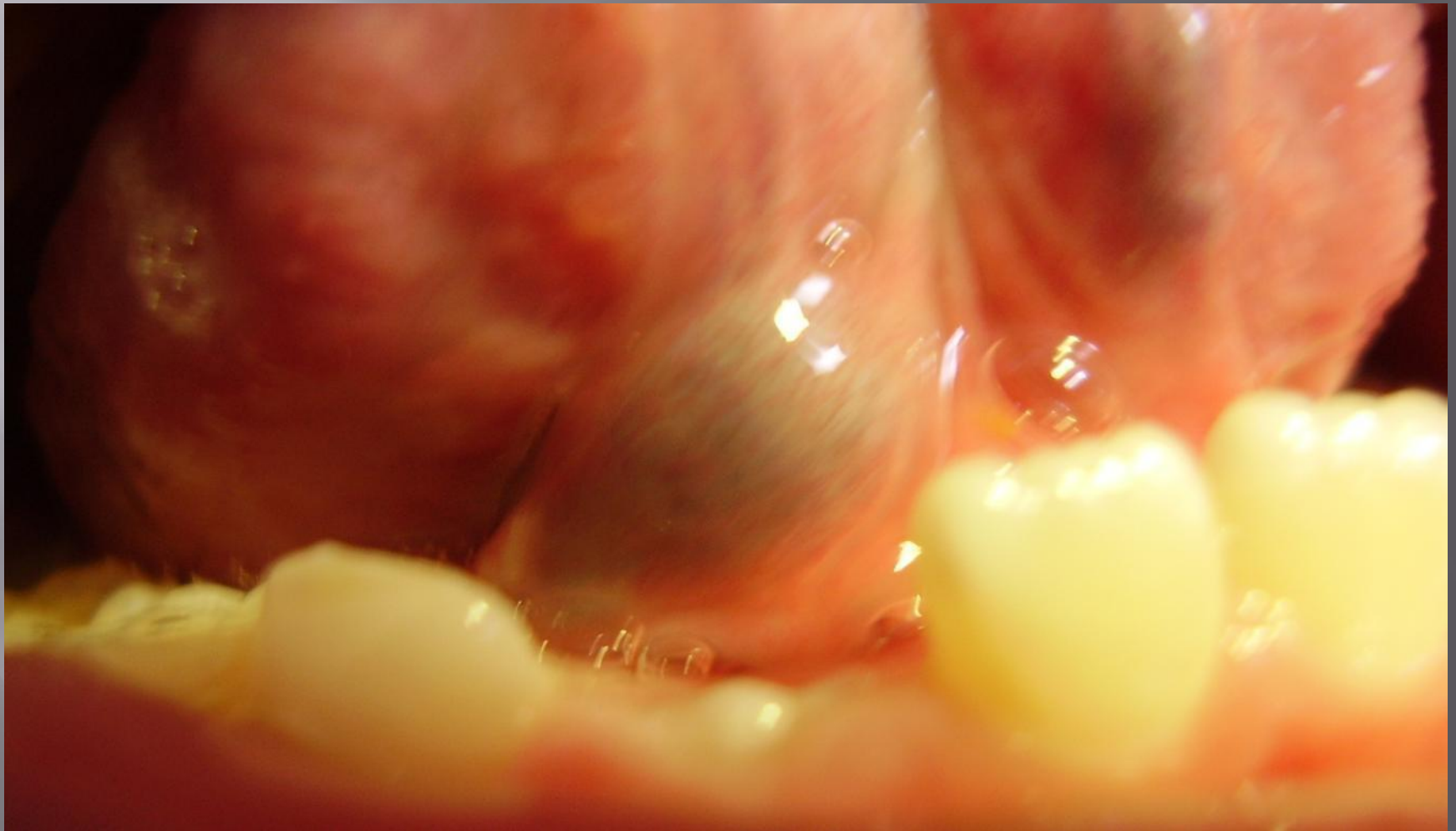
НАЛОЖЕНИЕ ШВОВ



СНЯТИЕ ШВОВ



РАНУЛА



Привушні нориці

Привушні нориці- це аномалії розвитку краніального відділу першої зябрової щілини. (Локалізуються вони попереду завитка вушної раковини і козелка. Можуть бути з однієї або двох сторін і не проявляти себе протягом життя; простежується спадковість. Скарги - на наявність одного або декількох отворів в привушної ділянки біля мочки вуха, іноді - на виділення з них слизового вмісту. При нагноєнні нориці з'являються скарги на біль у цій ділянці і підвищення температури тіла.

Клініка. Привушні нориці проявляють себе невеликими (до 2-3 мм в діаметрі) вхідними отворами, які сліпо закінчуються на одній зі стінок зовнішнього слухового ходу. При натисканні на цю ділянку з отворів виділяється салоподібна білого кольору маса. Для підтвердження діагнозу використовують фістулографія і зондування нориці.

Нориця привушної слинної залози



НЕЙРОФІБРОМАТОЗ

Нейрофіброматоз – важке вроджене захворювання, для якого характерно розвиток в підшкірній жировій клітковині множинних нейрофібром, неврином черепних і спинномозкових нервів.

Перші клінічні симптоми можуть бути виявлені відразу після народження дитини або в перші роки його життя: це збільшення об'єму тканин однієї половини обличчя. М'які тканини за структурою і кольором нічим не відрізняються від непошкоджених нормальних тканин. З віком у дітей поступово з'являються характерні скарги на зростаючу безболісну деформацію м'яких тканин обличчя, щелеп, рухливість зубів, пігментні плями. Можливе порушення зору на стороні ураження. Перший симптом нейрофіброматозу - пігментні плями. Вони мають світло-кавовий колір, улюблена локалізація - внутрішня поверхня кінцівок, область спини, паху. Над поверхнею шкіри не підносяться. Поруч з пігментними плямами можуть бути депігментовані ділянки шкіри.

Другим симптомом нейрофіброматозу є пухлини шкіри і підшкірної жирової клітковини, які виявляються у 64% хворих і проявляються в трьох формах: 1) елефантіаза (слоновість); 2) вузлуватих утворень (вузлуваті форми нейрофіброматозу); 3) масивних пігментованих шкірних розростань (пігментовані нейрофіброми). Пухлини нервів - наступний ознака хвороби. При цьому вражається периферична нервова система; пухлини є вузли веретеноподібної або неправильної форми, які охоплюють нервові волокна. Клінічно пухлини нервів можуть не проявлятися, лише при хірургічному втручанні можна побачити їх у вигляді білих (без капсули) новоутворень і видалити. У деяких випадках спостерігається парестезія, анестезія або гіперестезія навколишніх тканин.

Нейрофіброматоз



Четвертою ознакою нейрофіброматозу є фізичні та психічні порушення (пізніше розвиток вторинних статевих ознак, акромегалія і т.п.). Порушення діяльності вищої нервової системи (псевдопсіхоорганічний синдром), які проявляються розумовою відсталістю, затримкою розвитку мови і пізнавальної функції (відзначається у 81% хворих). Діагностика нейрофіброматозу ґрунтується на скаргах, даних клінічного обстеження і рентгенографії.

Диференційна діагностика повинна проводитись з пухлинами м'яких тканин - лімфангіома, гемангіомами, фіброматоз, ліпоматозом, множинними фібромами, пігментним невусом, а також синдромом Олбрайта

Лікування спрямоване на відновлення порушених функцій жування, ковтання, дихання, зору, усунення деформацій м'яких тканин і кісток.

Пухлини і пухлиноподібні утворення із жирової тканини

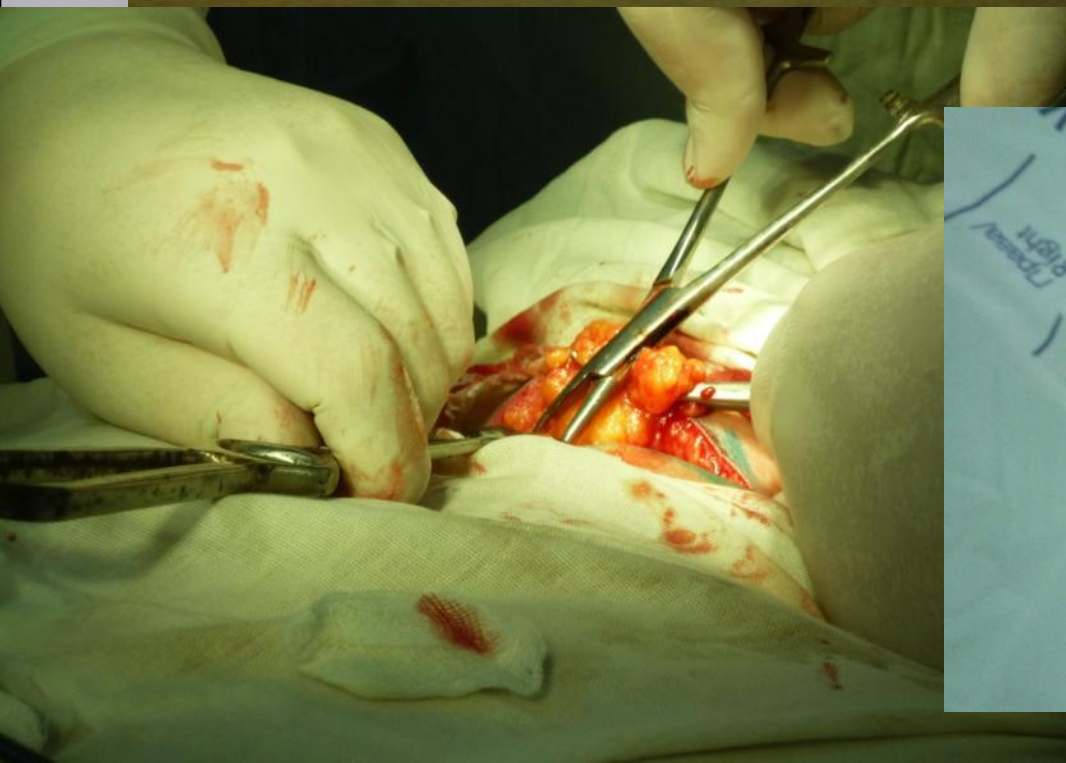
До пухлин відносять: ліпому, множинний (дифузний) ліпоматоз (хвороба Маделунга) і ліпосаркому.

Ліпома - це доброякісна пухлина, побудована зі звичайної зрілої жирової тканини. Часто локалізується в щічній, привушно-жувальній, піднижньощелепній і підпідборідочній ділянках, а також в ділянці бокового трикутника шиї.

ЛІПОМА

Це доброякісна пухлина, побудована зі звичайної зрілої жирової тканини.

Часто локалізується в щічній, привушно-жувальній, піднижньощелепній і підпідбородочній ділянках, а також в ділянці бокового трикутника шиї.

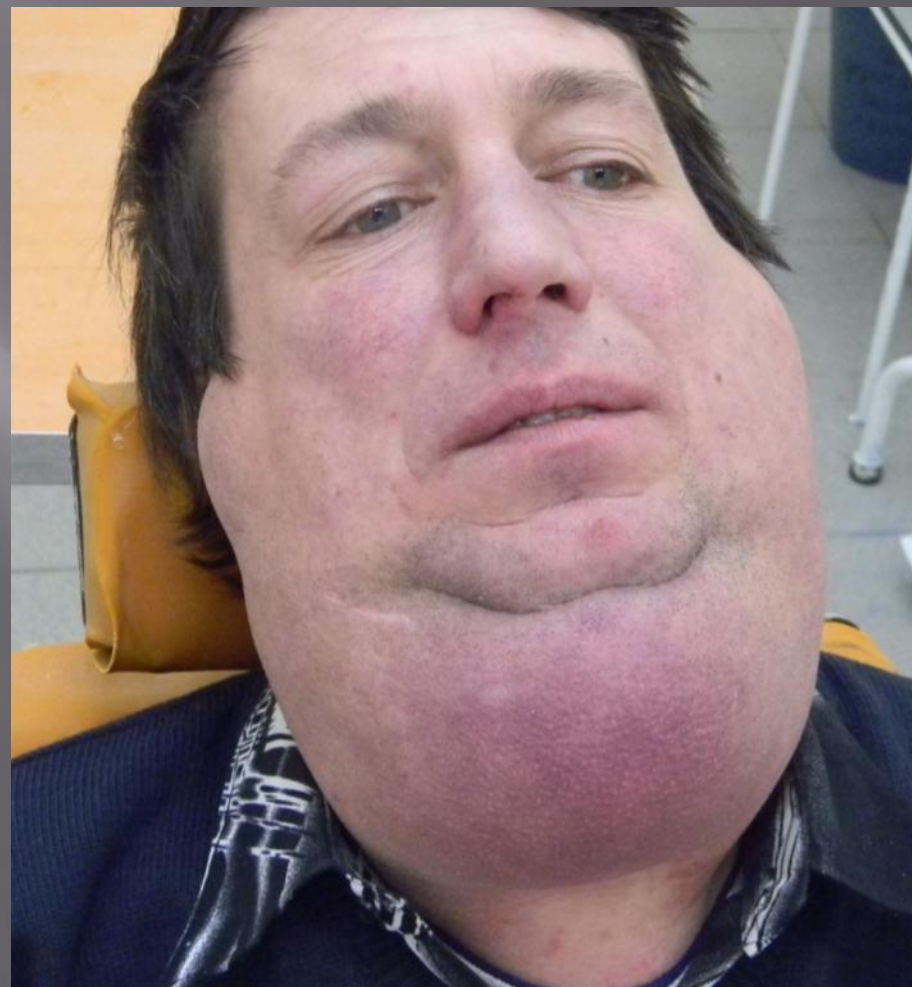


Клінічно ліпоми можуть виглядати у вигляді кулястої, овальної, багатовузловій та іншої форми пухлини. Мають дольчату будову і оточені тонкою капсулою. Це доброякісна пухлина, побудована зі звичайної зрілої жирової тканини. Часто локалізується в щічній, привушно-жувальній, піднижньощелепній і підпідбородочній ділянках, а також в ділянці бокового трикутника шиї.

МНОЖИННИЙ (ДИФУЗНИЙ) ЛІПОМАТОЗ

Захворювання описав в 1888р. Madelung, тому в літературі воно носить назву хвороби Маделунга (синонім - жирова шия). Характеризується надмірним утворенням жирової тканини уздовж передньо-бічних поверхонь шиї (від області локалізації привушної залози прямує уздовж краю нижньої щелепи до грудини).

ХВОРОБА Моделунга



Лікування - хірургічне. По можливості необхідно широко і повністю висікти ліпоматозні вузли. Однак найчастіше видалити всі жирові маси неможливо, що є причиною рецидивів захворювання. Операція паліативна.

ПУХЛИНИ СЛИННИХ ЗАЛОЗ

▣ ЗМІШАНІ ПУХЛИНИ

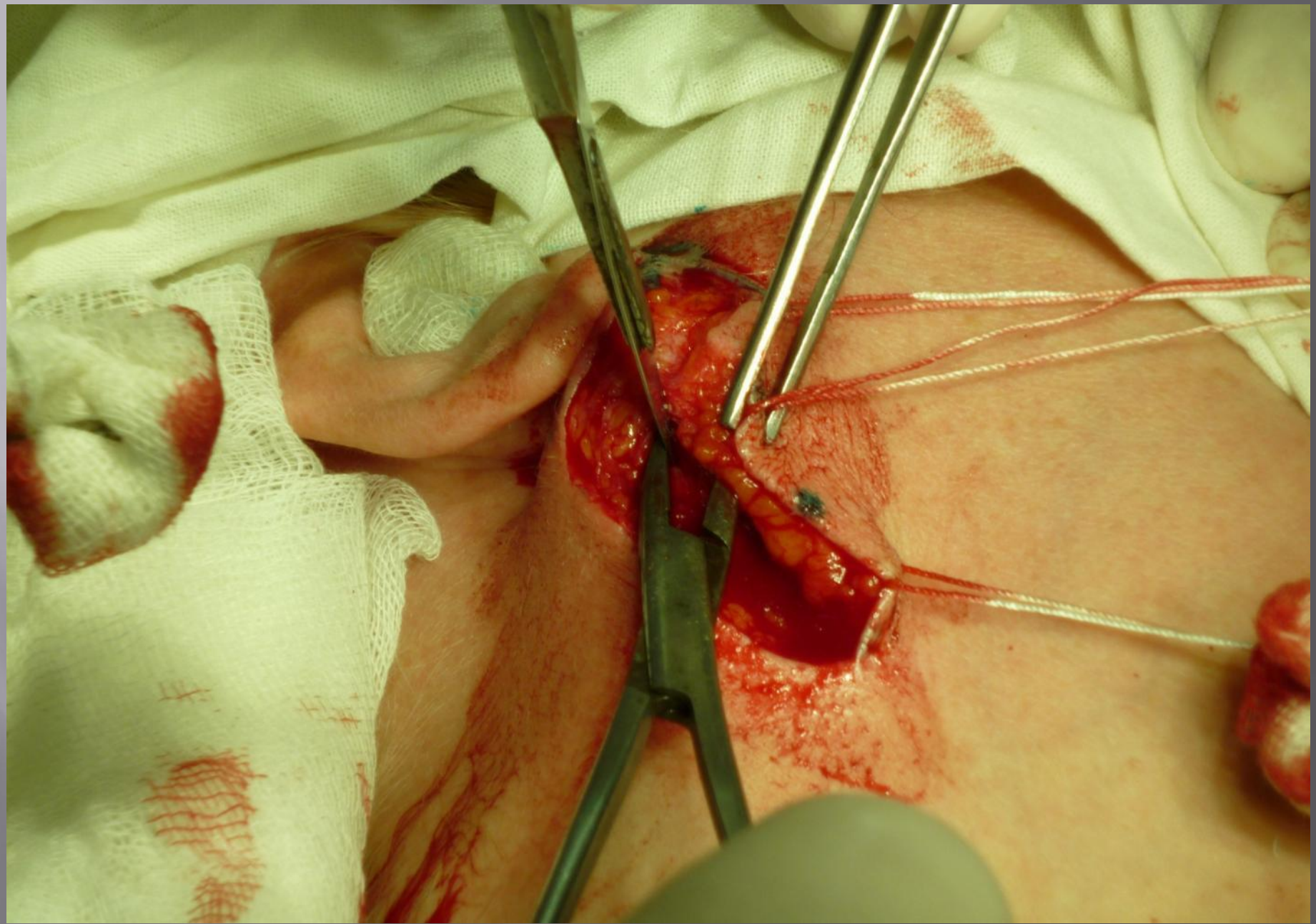


ПУХЛИНИ СЛИННИХ ЗАЛОЗ

▣ ЗМІШАНІ ПУХЛИНИ

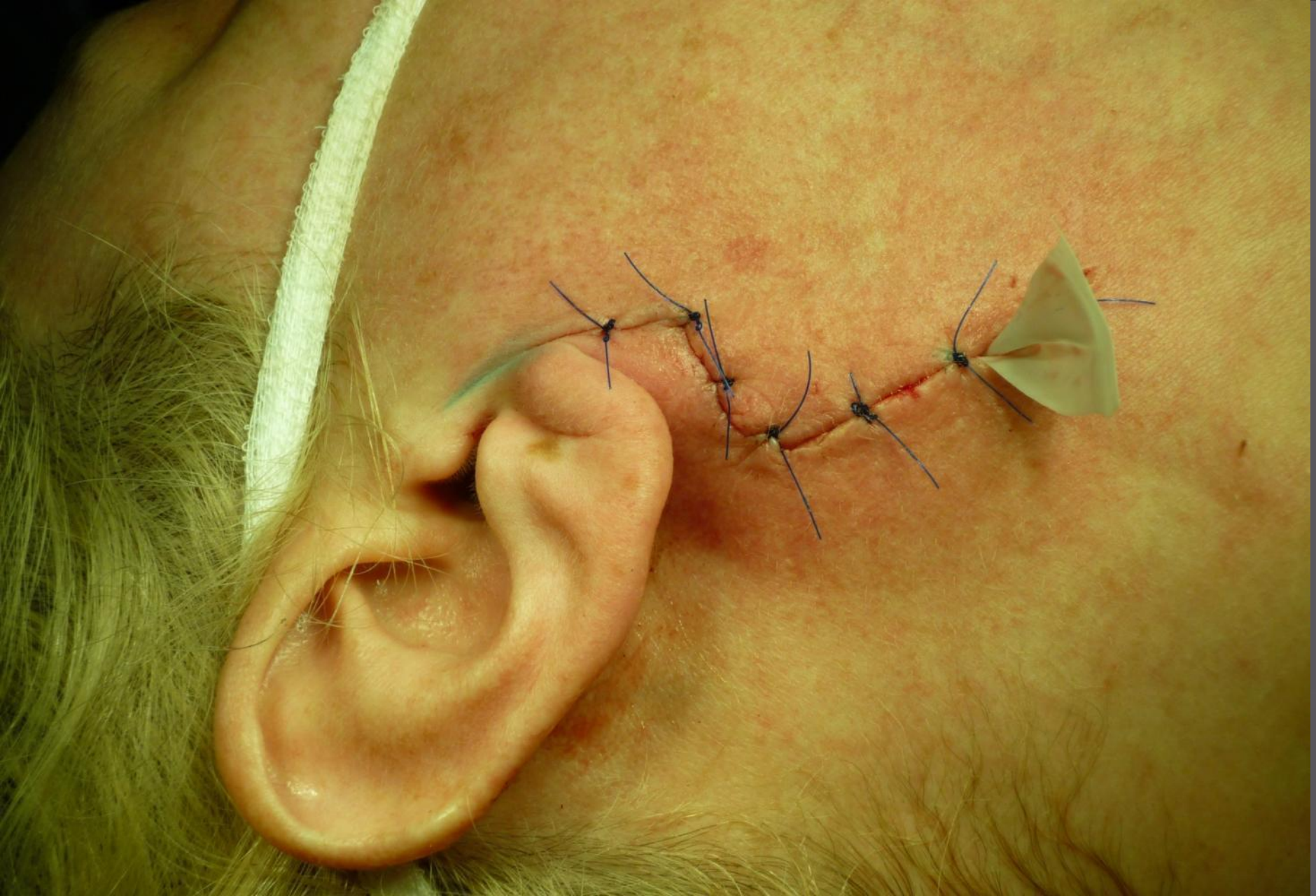












▣ РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА

1. А.И. Пачес. Опухоли головы и тела /М. Медицина, 1972.
2. М.М. Соловьев. Онкологические аспекты в стоматологии /М. Медицина, 1983.
3. Б.Е. Петерсон. Онкология./М. Медицина. 1986г.
4. Петрова Г.В. Заболеваемость злокачественными новообразованиями на территориях, пострадавших вследствие аварии на ЧАЭС (1981-2006гг.) /Г.В. Петрова, В.В. Старинский, О.П. Грецова, Ю.И. Простов. //Медицинская радиология и радиационная безопасность. – М., 2009. – Том 54. – №1. – С. 16-18.
5. Чехун В.Ф. База даних „ Особливості функціонального онкогенному” як основа сучасної діагностики і лікування хворих зі злоякісними пухлинами. Повідомлення 1. /В.Ф.Чехун, Л.Г.Бучинська, Н.М.Глущенко та ін. //Онкологія: Науч.-практ. журн. – Киев, 2009. – Том 11. – №1. – С. 55-58.

ДЯКУЄМО ЗА УВАГУ