

Общая характеристика опухоли

- Все новообразования делятся на: истинные опухоли, опухолеподобные поражения, кисты.

Опухоль (определение МККО) - это аномальная масса ткани с избыточным разрастанием, которое не скоординировано с ростом нормальной ткани и продолжается столь же чрезмерно после прекращения действия причин, его вызвавших.

Опухоли челюстно-лицевой области составляют до 15 % всех стоматологических заболеваний. До 25 % новообразований приходится на челюстно-лицевую область.

Доброкачественные опухоли ЧЛ



Создано с помощью
демо-версии iSpring Suite
Осталось 0 дней



- Папиллома - доброкачественная эпителиальная опухоль, происходящая из покровного эпителия. На развитие папиллом оказывают влияние нарушение развития, вирусы, хроническая травма, воспаление.



- Папилломатоз - множественные папилломатозные разрастания. Выделяют реактивные (в результате хронической травмы или хронического воспаления) и неопластические папилломатозы (истинные опухоли).



Создано с помощью
демо-версии iSpring Suite
Осталось 0 дней

Клиника и дифференциальный встречаются в полости рта и на коже лица. одиночными, в виде мягкого образования, округлой или несколько вытянутой формы, на ножке (в виде цветной капусты), белесоватые, размером от 0,2 до 2 см. Локализуются на языке, слизистой оболочке щек, мягкого или твердого неба. Слизистая оболочка над папилломой в цвете не изменена. Консистенция опухоли мягкая, она эластичная, однако иногда, особенно на лице, встречаются плотные папилломы, поверхность которых подверглась гиперкератозным изменениям.

Лечение. Одиночные папилломы радикально иссекают скальпелем или электроножом, проводится криодеструкция. При реактивных папилломатозах необходимо устранить раздражающий фактор (сменить протез, прекратить курение, исправить нависающие пломбы). Если после устранения раздражающего фактора дальнейший рост новообразований не прекращается, их радикально иссекают.

Фиброма



Создано с помощью
демо-версии iSpring Suite
Осталось 0 дней

Фиброма – опухоль, состоящая из фиброзной ткани. Выделяют одиночные фибромы и фиброматоз десен.

Фиброма одиночная. Локализуются одиночные фибромы на десне, в толще слизистой оболочки рта или в глублежащих тканях щек, губ, мягкого неба, на языке, в челюстях. Встречается на мягкие и твердые фибромы. При обследовании в толще неизменной в цвете слизистой оболочки щеки или в подслизистой клетчатке определяется плотноватой консистенции **опухоль на широком основании**, реже – на ножке, не вызывающая никаких болевых ощущений. Границы фибром четкие, округлые; опухоль подвижная, безболезненная при пальпации. При травме зубами во время жевания, поверхность ее может изъязвляться и присоединяются признаки воспаления (гиперемия, отек).

Фиброматоз десен



Создано с помощью
демо-версии iSpring Suite
Осталось 0 дней



Характеризуется гипертрофией множества десневых сосочков, десневого края или генерализованной гипертрофией всей десны до переходной складки в области верхней и нижней челюсти. Фиброматозные разрастания могут достигать больших размеров, полностью закрывать коронки зубов с вестибулярной и частично язычной сторон. При длительном существовании фиброматоза десен возможно разрушение альвеолярного отростка с последующим появлением симптома дистопии и расшатанности зубов.

Лечение: иссечение разрастаний десен до периоста. Раневую поверхность покрывают йодоформной марлей, а сверху – защитной пластинкой (на верхней челюсти).

Гемангиомы



Создано с помощью
демо-версии iSpring Suite
Осталось 0 дней

Гемангиома – доброкачественная опухоль, связанная с врожденным пороком развития кровеносных сосудов. Проявляется с детского возраста. В отличие от других доброкачественных опухолей, гемангиома обладает инфильтрирующим ростом, может рецидивировать, однако она не способна метастазировать. Постепенно разрастаясь, гемангиома может достигать больших размеров.

Классификация Н.И. Кондрашина (1963):

- 1) Простая.
- 2) Кавернозная или пещеристая.
- 3) Ветвистая.
- 4) Комбинированная (простая + кавернозная; кавернозная + ветвистая).
- 5) Смешанная (гемангиолимфома, гемангиофиброма, нейроангиофиброма).
- 6) Системный ангиоматоз.

Чаще всего встречаются капиллярные, ветвистые, кавернозные гемангиомы.



Создано с помощью
демо-версии iSpring Suite
Осталось 0 дней

Лечение. Небольшие простые (капиллярные) гемангиомы лечат с помощью электрокоагуляции, лучевой терапии, проводится склерозирующая терапия, лучевая терапия, гормонотерапия, комбинированный метод лечения. При капиллярных гематомах при отсутствии роста опухоли возможно наблюдение за ней, так как в течение первого года жизни возможен регресс опухоли.

Лимфангиома

- Лимфангиома состоит из соединительной ткани и скопления расширенных лимфатических сосудов. Чаще встречаются на языке, реже - на губах. В отличие от гемангиомы при лимфангиоме отсутствует пигментация кожи или слизистой оболочки.

Лечение: клиновидное иссечение вместе с прилегающими здоровыми тканями, полное иссечение.

Липома

- Липома - опухоль из жировой ткани с соединительнотканными прослойками. Чаще встречаются в области лба, в толщине щеки. Дольчатая опухоль с широким основанием, мягкой консистенции. Растут медленно.

Лечение: вылуцивание после рассечения.



Эпулис



- Эпулис (эпулид) — это доброкачественное образование на десне грибовидной формы, которое возникает в результате продолжительного травмирования мягких тканей.



Причины возникновения:

- Эпулис возникает под влиянием следующих факторов:

Травмирование десны посредством:

- Нависающей пломбы;
- Краев разрушенного зуба;
- Зубного камня;
- Неправильный прикус;
- Неправильное расположение зубов;
- Гормональные нарушения (во время беременности);
- Постоянное раздражение слизистой альвеолярного отростка

- В общем виде эпюлид в диаметре может достигать от нескольких мм до 3 см и больше. Цвет наддесневика может быть красновато-коричневым, бурым, синюшным, а также соответствовать окраске десны. Нередко на поверхности гигантоклеточной гранулемы могут появляться язвочки, что чаще всего вызвано постоянной травмой (острый край зуба, протез).



Классификация:

- Фиброзный (K06.82 — доброкачественные новообразования):
 - Ангиоматозный:
- Гигантоклеточный (K06.81 — другие уточненные изменения десны):

Атерома



Создано с помощью
демо-версии iSpring Suite
Осталось 0 дней

Атерома – это ретенционная киста. Развивается вследствие закупорки сгустившимся салом наружного отверстия выводного протока железы. Закупорка протока чаще всего происходит в результате травматического воздействия на стенки его (при попытках выдавить черные «угри» - сгустившийся и потемневший секрет сальной железы).

Клиника. Атеромы встречаются на лице и в области волосистой части головы. Могут быть одиночными и множественными. Определяется как поверхностно расположенное плотно-эластическое образование с чёткими контурами, подвижное. Кожа над образованием в складку не собирается. При нагноении атеромы появляются боль, покраснение, отёк, повышение температуры, флюктуация; при этом атерома может самостоятельно прорваться наружу — выделяется гной с салообразным содержимым. Они медленно и безболезненно увеличиваются, имеют полушаровидную форму, гладкую поверхность и всегда связаны с кожей.



Лечение – радикальное удаление атеромы с иссечением участка кожи в области закупорившегося выводного протока. Если имеется нагноившаяся атерома, нужно ее вскрыть, удалить содержимое, выскоблить стенки кисты, смазать образующуюся полость спиртовым раствором йода, ввести йодоформный тампон и дать ране зажить вторичным натяжением.

К невригенным опухолям следует отнести опухоли периферических нервов, развивающиеся из их оболочек — *невриномы* (*неврилемомы*) и *нейрофибромы* (*нейрофиброматоз*), из собственно нервной ткани или нервных ганглиев — *ганглионевромы* (встречаются крайне редко в челюстно-лицевой области) и параганглионарных структур — *хемодектомы*. К **опухолеподобному образованию**, которое образуется из нервной ткани, следует отнести посттравматическую неврому.

Невринома - это доброкачественная опухоль, исходящая из клеток невролеммы (шванновской оболочки) нервных стволов. В челюстно-лицевой области невриномы чаще исходят из лицевого и подъязычного нервов, а на шее – из блуждающего нерва и симпатического шейного сплетения. Данные опухоли могут встречаться в любом возрасте, но чаще – в зрелом возрасте.

Клиническая картина зависит от локализации невриномы. Неврологическая симптоматика при невриномах наблюдается нечасто. Иногда возникают болевые ощущения – спонтанные боли или болезненность при пальпации опухоли. Неврологические симптомы обусловлены сдавлением тех нервов, из которых развивается опухоль.



Дифференциальная диагностика проводится с фибромами, хроническим лимфаденитом, дермоидными кистами мягких тканей, хемодектомами и другими опухолями в зависимости от локализации невриномы. Окончательный диагноз устанавливают после пункционной или эксцизионной (удаления опухоли) биопсии.

Лечение — хирургическое.



Прогноз — благоприятный, но операция связана с повреждением соответствующего нервного ствола.

◆ **Нейрофиброма** (нейрофиброматоз)

Нейрофиброма — это доброкачественная опухоль периферического нерва, развивающаяся из элементов его соединительнотканых оболочек.

Нейрофиброматоз — болезнь, характеризующаяся развитием множественных нейрофибром, неврином, гемангиом и лимфангиом в подкожной клетчатке, а также нередко неврином черепных и спинномозговых нервов. Располагаясь на лице опухолевые образования больших размеров вызывают его обезображивание и приводят к нарушению ряда функций (зрения, слуха, выявляются зубочелюстные аномалии). При

Клинические проявления нейрофибром (нейрофиброматоза) лица и шеи очень многообразны. Солнцев А.М. и Колесов В.С. (1985) предлагают выделять *две формы* нейрофибром челюстно-лицевой области: *солидно-узловатую и диффузную*.

Солидно-узловатая нейрофиброма имеет округлую форму, бугристую поверхность, относительно четкие границы. Может располагаться на лице, в полости рта, на альвеолярном отростке и небе, на губах и на шее (рис.29.6.1 - 29.6.4). Кожные покровы под опухолевыми разрастаниями могут быть неравномерно пигментированы или в цвете не изменены. Опухолевые узлы безболезненные, подвижные, мягкой и эластичной консистенции.

Диффузные нейрофибромы (рис. 29.6.5 - 29.6.7) могут достигать огромных размеров. Захватывают лицо, шею и даже туловище. Имеется обезображивание лица. Форма и размер опухолевых разрастаний разнообразен. Окраска кожных покровов может быть не изменена или неравномерно пигментирована. Четкости границ нет, мягкой консистенции. В толще опухоли

Лечение нейрофибром хирургическое.

Солидно-узловатые формы опухоли удаляют радикально в один этап.

Диффузные нейрофибромы удаляют поэтапно для уменьшения обезображивания лица.