

Доброкачественные новообразования мягких тканей лица и шеи.

Папиллома - доброкачественная опухоль. Источник роста - многослойный плоский **ороговевающий** эпителий, из-за чего папилломы приобретают белесоватую окраску. Роль в возникновении отводится: дизонтогенетическому фактору, вирусам, различным раздражителям: высокая и низкая температура, травма разрушенными зубами; острые и хронические воспалительные процессы. Папилломы встречаются в любом возрасте (в том числе с рождения). Пик выявления - 7-12 лет. Преобладают у девочек. Наиболее частая локализация: язык, слизистая оболочка щек, неба, альвеолярного отростка, область уздечек языка, крылочелюстные складки. По частоте - второе место после сосудистых новообразований. Опухоль растет - в виде единичных или множественных разрастаний округлой или овальной, иногда вытянутой формы. Располагается на узкой ножке или на широком основании. Цвет - бледно-розовый, однородный, мало отличается от цвета окружающей слизистой оболочки. При. Рост - медленный, редко достигают больших размеров. По достижении определенного предела рост опухоли обычно прекращается. Не исключена тенденция к инволюции. Множественное распространение папиллом называется **папилломатоз**.



При локализации на альвеолярных отростках папилломы дифференцируют с железой Серра. Большие по размеру опухоли на широком основании похожи на фиброму. *Лечение* - хирургическое, с иссечением в пределах здоровых тканей. Иногда используют: электрокоагуляцию, перевязку у основания ножки. Возможны рецидивы.

При папилломатозе хирургическое лечение проводят на фоне противовирусной терапии не менее месяца.

Фиброма. Источник роста - соединительная ткань. Встречается у детей сразу после рождения. Ее появление могут вызывать раздражители: механические, термические, химические. Частота - занимает 2-3-е место после папиллом и сосудистых опухолей. Локализация: язык, слизистая оболочка щеки (по линии смыкания зубов), альвеолярные отростки, небо, губы. Фиброма - это округлое образование с четкими границами на широком основании, реже на ножке. Консистенция плотно эластичная, реже мягкая. Поверхность: гладкая блестящая, бугристая. Цвет - не отличается от окружающей слизистой оболочки. При локализации на языке бывают с желто-белым оттенком, как бы погруженные в толщу мягких тканей. Встречаются симметричные фибромы, локализующиеся на небе по обе стороны от средней линии в зоне моляров. Дифференциальная диагностика - с папилломами, расположенными на широком основании, с железой Серра. Окончательный диагноз - гистологический. Лечение - хирургическое с иссечением в пределах здоровых тканей, с подшиванием в случае большого дефекта йодоформного тампона.

Фиброматоз. Источник роста - соединительная ткань. Генез не выявлен. В ряде случаев доказан наследственный характер поражения с проявлением в нескольких поколениях. Но чаще наблюдаются спонтанные проявления. Поражение может локализоваться на небольшом участке десны в зоне нескольких зубов. Их окружает альвеолярный отросток верхней челюсти на полном протяжении небной и вестибулярной поверхности. При прогрессировании процесса фиброматозные разрастания могут полностью закрывать коронки зубов. Цвет мало отличается от цвета окружающей слизистой оболочки. Консистенция их плотная. Пальпация безболезненная. При выраженном процессе нарушается прорезывание зубов. Травма патологических разрастаний зубами, пищей может привести к воспалительному процессу. Возможны резорбтивные изменения подлежащей кости. Следствием этого бывает расшатанность зубов.

Лечение хирургическое. При распространенном образовании удаление производят в несколько этапов. Патологическую ткань иссекают вместе с надкостницей. К раневой поверхности фиксируют тампоны.

Гемангиома. Источник роста - кровеносные сосуды. Опухоль дизонтогенетического характера.

Сосудистые дисплазии

Капиллярная (сосудистый невус, винное пятно)

Разновидность капиллярной дисплазии медиальные пятна – врожденные розовые пятна в области лба, переносицы, затылка. В лечении не нуждаются, проходят самостоятельно к 1-2 годам.

Венозная дисплазия

Артерио-венозный шунт



Классификация:

капиллярные - поверхностные, подкожные,

кавернозные

Комбинированные – капиллярно-кавернозные

Смешанные – сочетание сосудистой и доброкачественной опухоли другой ткани (ангиолипома, ангиопапиллома, ангиофиброма)

По распространению - диффузные, инкапсулированные.

В 80% случаев сосудистые новообразования обнаруживаются с рождения или на первом месяце жизни ребенка. Несмотря на доброкачественность, гемангиомы обладают быстрым прогрессирующим ростом. Разрастаясь, они разрушают окружающие ткани и наносят ребенку значительный косметический ущерб.



Помимо роста, сосудистые опухоли могут изъязвляться, вызывать кровотечения и инфицироваться.

Капиллярная гемангиома. Микроскопически представлена клубочковыми зонами тонкостенных капилляров, выстланными набухшими эндотелиальными клетками. Макроскопически это ярко-красные пятна неправильной, округлой или овальной формы, не возвышающиеся над поверхностью окружающей кожи или слизистой оболочки. При надавливании пальцами они бледнеют (симптом сдавления).

Кавернозная гемангиома. Микроскопически - образование из рыхло- или плотнолежащих кавернозно расширенных сосудистых полостей, выстланных одним слоем эндотелиальных клеток. Некоторые из полостей наполнены кровью, реже они пустые. Макроскопически это образование округлой, овальной или неправильной формы, чаще синюшно-багрового цвета, иногда бугристое, мягкой консистенции, безболезненное при пальпации. При сдавлении гемангиомы пальцами она уменьшается в размерах, становится более плоской, бледнеет. После прекращения давления гемангиома снова наполняется кровью, принимает прежний вид, формы и размеры. С наклоном головы и туловища вперед гемангиома увеличивается в размерах (симптом наполнения или наливания).

Методы обследования больных с гемангиомами:

сбор анамнеза; измерение размеров гемангиом (обведение контуров на прозрачной бумаге); фотографирование;

Определение **симптома сжатия и наполнения**: увеличение объема новообразования при наклоне головы, напряжении, плаче ребенка



Ультразвуковое исследование в сосудистом режиме (доплерография)

Рентгенологическое обследование: КТ-графия и МРТ – графия с контрастированием.; Селективная ангиография

Лечение гемангиом. Существует более 60 методов лечения гемангиом. Особенность подхода к их лечению заключается в том, что хирург обязан хорошо владеть несколькими методиками, позволяющими оказывать помощь больным с гемангиомами различной формы и локализации с хорошим косметическим результатом.

Различают хирургические, консервативные и парахирургические методы лечения.

Хирургические:

- иссечение гемангиом с ушиванием раны «на себя» закрытие дефекта пластикой встречными треугольными лоскутами, лоскутом на ножке, а также свободная кожная пластика;
- прошивание опухоли по Петрову, Васильеву;
- перевязка приводящего сосуда;

Консервативные методы:

Гормональная терапия с использованием преднизолона по схеме: суточная доза 4 мг\кг в 2 приема – 6 часов 2\3 дозы, 9 часов утра 1\3 дозы через день 41 день.

Пропранолол: 0,5 мг\кг – 1,5 мг\кг веса в течение 5-6 месяцев, под контролем ЭКГ и ЭХО КГ.

интерферонотерапия;

Близкофокусная R – терапия.

Чем меньше возраст ребенка, тем эффективнее лечение

Парахирургические методы лечения.

склерозирующая терапия: введение склерозирующих веществ в область гемангиомы из одного или нескольких вколов (70% спирт; 2% этоксисклерол 0,5% - 3% р-р фибровейна);

диатермокоагуляция: вкол иглы в опухоль на 1-2 мм (под анестезией), экспозиция 2-3 с;

криодеструкция («снег» угольной кислоты) при температуре -76 °С. Аппликации жидким азотом, имеющим температуру - 180 °С;; - экспозиция 10-15 секунд

СВЧ-поле + использование замораживания или гипертермии.

Комбинированные способы применяются при гемангиомах больших размеров и сложных анатомических локализаций.

Сосудистые дисплазии.:

Капиллярные дисплазии: Имеет названия сосудистый невус, материнское пятно, винные пятна. Проявляются в виде врожденных плоских пятен (точечные; звездчатые) от светло-розового до багрового цвета. Размер дисплазии не увеличивается.

Лечение: фотокоагуляция ниодий-эрбиевым лазером и лазером на парах меди, красителей в возрасте 5 лет и старше.

Разновидность капиллярной дисплазии - *медиальные пятна*. Располагаются на переносице, среднем участке лобной и затылочной областей. В лечении не нуждаются, т.к. проходят к возрасту 1-2 лет.

Венозная дисплазия характеризуется наличием конгломерата расширенных сосудов до 0,5-0,8 см в диаметре с преобладанием венозных. Симптом наполнения положительный. Обладает медленным постоянным ростом. Лечение хирургическое и склерозирующая терапия.

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. Лимфангиомы подразделяют на капиллярные (простые), кавернозные, кистозные и смешанные. Локализация: губа; слизистая оболочка щек, языка; щечная область; височная область.

Простые (капиллярная) лимфангиомы характеризуются диффузным увеличением пораженного органа. Образования мягкой или несколько плотновато-эластичной 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 улавливаются небольшие пузырьки с прозрачным 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, увеличивается годами.

Дифференцируется: с дермоидными кистами; эпидермоидными кистами; ретенционными кистами подъязычной подчелюстной слюнной железы.

Лечение лимфангиом в основном хирургическое. Можно применять склерозирующую терапию. После иссечения опухоли нередко возникают рецидивы.

Дермоидная киста. Образование дизонтогенетической природы. Встречаются тогда, когда при формировании 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. Определяется по ограниченному выбуханию. Консистенция мягкая, с кожей не спаяна, подвижна, ножка дермоидной кисты соединена с надкостницей. Рост первоначально медленный, малозаметный, позднее в юношеском возрасте усиливается. Иногда наблюдается воспаление в области патологического образования, которое может повторяться.

Полость дермоидной кисты, неоднократно подвергшейся воспалению, может содержать гнойное отделяемое. При локализации дермоидной кисты в наружной и внутренней области орбиты, в надбровной области следует исключить мозговую грыжу. Дермоидные кисты полости рта дифференцируют с симпатобластомой, ретенционной кистой подъязычной слюнной железы, кистозной формой лимфангиомы, эпидермоидной кистой.

Лечение хирургическое с полным удалением методом вылущивания

Эпидермоидная киста. Относится к новообразованию дизонтогенетического происхождения. Ее источник - эпителий, отшнуровавшийся и смещенный в глубину тканей при смыкании жаберных дуг. Стенка кисты выстлана тонким пластом многослойного плоского эпителия. Содержимое ее представлено сгущенными **эпителиальными клетками и кристаллами холестерина.** В полости рта эпидермоидная киста представляет образования овальной формы бежевого или слегка желтоватого цвета, тестообразной 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.

Слизистые кисты. Источник роста - железистый эпителий. Причины возникновения: атрофия выводных протоков; развитие зародышевых элементов отщепившихся железистых клеток (такие кисты считаются врожденными); вследствие рубцевания; закрытие выводного протока слизистых желез; задержки секрета. Это происходит после травмы (прикусывание губ, ушиб при падении, ношение плохо припасованного ортодонтического аппарата и т. д.). Рубцевание может возникнуть и вследствие частых воспалительных процессов. Такие кисты принято называть ретенционными. *Лечение* хирургическое.

Слизистые кисты малых слюнных желез. Преимущественная локализация: нижняя губа; слизистая оболочка щек; верхняя губа. Встречается у детей начиная с грудного возраста. Киста представляет собой округлое, обычно шаровидное образование, которое возвышается над поверхностью. Границы четкие. Цвет слизистой оболочки над кистой голубоватый, синюшный, иногда с красноватым оттенком. Сквозь истонченную оболочку нередко просвечивает жидкое содержимое. Киста мягкой консистенции, безболезненна при пальпации. Оболочка кисты при росте последней истончается все более и может разорваться в верхнем выбухающем полюсе. Киста в этом случае опорожняется и спадается. Содержимое кисты - тягучая, слизеподобная светлая жидкость. Вскоре киста наполняется вновь. При многочисленных травмах кисты становятся на ощупь плотноватыми и спаиваются с окружающими тканями.

Лечение хирургическое. В редких случаях после опорожнения киста подвергается самопроизвольной инволюции.

Слизистые кисты подъязычных слюнных желез. В начальной фазе образования киста представлена округлым или вытянутым образованием небольшого размера, локализуемом в области подъязычного валика, чаще между ним и языком ближе к переднему отделу подъязычной области. Достигая значительных размеров, киста может занимать все подъязычное пространство с одной стороны и даже распространяться на противоположную сторону. Рост кисты может происходить и в глубине тканей дна полости рта. Цвет кисты в начале заболевания может не отличаться от цвета окружающей слизистой оболочки. С увеличением объема киста приобретает характерную голубоватую или синюшную окраску. Оболочка резко истончается, становится прозрачной. При разрыве оболочки киста частично опорожняется, но дефект быстро эпителизируется и киста наполняется вновь.

Лечение хирургическое (крестообразное рассечение оболочки с обшиванием краев кетгутом).

Эпулид. Наибольшее количество их отмечается у детей 12-16 лет, т. е. в пубертатный период, чаще у девочек. Различают фиброзные эпулиды, ангиоматозные и гигантоклеточные.

Фиброзный эпюлид. Округлой, овальной или неправильной формы образования, располагающиеся на широком основании либо на тонкой или более широкой ножке. Цвета окружающей слизистой оболочки, плотноэластической консистенции. Гистологически представляют собой разрастания грубоволокнистой соединительной ткани с диффузными и очаговыми лимфогистиоцитарными и плазмноклеточными воспалительными инфильтратами в основе. В покровном эпителии отмечаются явления гиперкератоза и акантоза либо изъязвления. На рентгенограмме при длительно существующем эпюлисе можно выявить остеопороз от давления.



Ангиоматозный эпюлис. Образование ярко-красного цвета с цианотичным оттенком, поверхность бугристая, реже гладкая. Поверхность его зачастую эрозирована. Располагается на широком основании. Консистенция мягкая. Пальпация безболезненна. При прикосновении

кровоточит. Гистологически характеризуется большим количеством сосудов капиллярного типа. Между сосудами располагаются тонкие или широкие прослойки соединительной ткани, содержащей инфильтраты из лимфогистиоцитарных элементов и плазматических клеток. Покровный эпителий подвергается изъязвлению. Рентгенологически наблюдаются изменения, характерные для костных гемангиом капиллярного типа.

Гигантоклеточный эпюлид. Форма округлая, овальная или неправильная. Консистенция мягкая или упругоэластичная. Цвет синюшно-багровый, иногда с выраженным буроватым оттенком. Поверхность гладкая или слегка бугристая. При травме умеренно кровоточит. Располагается в области постоянных зубов. Гистологически это образование, в соединительно-тканной основе которого обнаруживаются очаговые скопления одноядерных клеточных элементов типа остеобластов и гигантских многоядерных клеток типа остеокластов. Между клетками располагаются «лужи крови», образованные свободно лежащими эритроцитами. Рентгенологически могут отмечаться очаги деструкции в виде зоны остеопороза, располагающиеся с поверхности в глубину. Границы нечеткие, смазанные.

Лечение хирургическое (при этом нередко удается сохранить интактные зубы, граничащие с ними и выбрать лишь подлежащую измененную кость альвеолярного отростка с помощью долота, кусачек, фрезы с одномоментной обработкой мягких тканей электрокаутером). для сохранения зубов в ряде случаев следует их депульпировать.

Пиогенная гранулема. В генезе поражения главная роль отводится травме. Это образование представляет собой разновидность тканевой реакции на раздражения или травму и характеризуется обширной пролиферацией эндотелия и воспалительной инфильтрацией. Локализация: нижняя губа (чаще); верхняя губа; десна; слизистая оболочка щек; на небе. Размеры - от горошины до размера сливы. Основание широкое. Цвет темно-красный. Поверхность изъязвлена, некротизирована. Рост гранулемы быстрый. При незначительной травме она

кровоточит. Дифференциальная диагностика: с воспалившейся слизистой кистой; гемангиомой; саркомой.

Лечение: иссечение в пределах здоровой ткани.

Невус.

Пигментное образование (родимое пятно) на коже нейроэктодермального происхождения, в состав которого входят невусные клетки, содержащие меланин.

1. Плоский невус — немного выступает над уровнем кожи, поверхность его гладкая, цвет черный или коричневый, иногда имеется волосаной покров

2. Бугорчатый невус — также с четкими границами, но поверхность бугристая, окраска чаще бурая, нередко имеется волосаной покров..

3. Папилломатозный невус — форма различная, имеются множественные сосочковые выступы, окраска их различная, часто выступы не содержат пигмента, консистенция мягкая, волос обычно нет.

4. Узловатый невус — узел гладкий, плотный, цвет бурый, коричневый или синий, иногда узел имеет ножку и напоминает гриб, волос нет.

5. Бородавчатый невус — новообразование с бороздами разной глубины, часто черного цвета, имеет волосаной покров.

У детей на коже лица чаще наблюдается плоский и бугорчатый невусы, папилломатозный выявляется на красной кайме губ, иногда у наружного угла глазницы. Согласно существующим данным, наиболее часто озлокачивается пограничный невус, реже — сложный и еще реже — голубой.

Лечение хирургическое с пластикой местными тканями или свободным кожным лоскутом.



Нейрофиброматоз

Нейрофиброматоз (болезнь Реклингхаузена) — тяжелое системное врожденное заболевание, характеризующееся развитием в подкожной жировой клетчатке множественных нейрофибром, гемангиом и лимфангиом; нередко возникают также невриномы черепных и спинномозговых нервов. У больных с нейрофиброматозом, как правило, выявляются расстройства эндокринной и вегетативной системы, нередко дети умственно или физически неполноценны.

В первые годы жизни непостоянными клиническими симптомами нейрофиброматоза являются большой размер одной ушной раковины, макродентии молочных или зачатков постоянных зубов.

Характерные для данного заболевания признаки. Наиболее ранний симптом у детей старше— 5 лет —появление на коже (грудь, живот, спина) **кофейных пятен**.

Постепенно меняются структура и окраска кожи лица в области поражения.

В толще мягких тканей пальпируются отдельные плотные болезненные тяжи и опухолевидные узлы.

В челюстных костях формируются очаги остеопороза. Клинически и рентгенологически выявляются гигантские зубы, чаще на нижней челюсти .

Лечение нейрофиброматоза хирургическое — иссечение патологически измененных тканей с восстановлением по возможности внешнего облика ребенка.



Срединные кисты и свищи шеи. Кисты из ductus thyreoglossus, называемые срединными, возникают постнатально из эпителиальных остатков данного канальца. Их выстилает цилиндрический или плоский эпителий, и они содержат прозрачную серозную муцинозную жидкость. Киста располагается между краем подбородочной части нижней челюсти и fossa jugularis. Размеры - от лесного орешка до мандарина. Они бывают четко ограничены и подвижны. У грудных детей она может явиться причиной стридора и вызвать удушье.

Дифференциальная диагностика: с бранхиогенной кистой; с дермоидной кистой; с эктопической щитовидной железой. Характерным является смещение кисты вверх (вместе с подъязычной костью) при глотании.

Лечение: экстирпация кисты с резекцией части подъязычной кости (до 1 см) и эксцизией ткани до foramen caecum. Свищи из ductus thyreoglossus возникают в результате некроза кожи над кистой вследствие давления ими после нагноения кисты и прорыва ее содержания наружу. Свищ может содержать незначительное количество муцинозной жидкости или желтую тестоватую массу.

Свищи располагаются в срединной линии на месте между подбородком и верхним краем грудной кости. Пальпацией определяют канатик, тянущийся к подъязычной кости, а оттуда краниально к основанию языка. Свищи бывают **полные, неполные наружные и неполные внутренние**.

Лечение хирургическое, с предварительной фистулографией.

Бранхиогенные кисты. Они возникают из остатков второй жаберной дуги и располагаются на любом месте вдоль переднего края грудино-ключично-сосцевидной мышцы, от рукоятки грудной кости до челюстного угла. Они четко ограничены, эластичны, однако малоподвижны и выстланы плоским или цилиндрическим эпителием. Проявляются кисты в возрасте около 10-12 лет.

Эти
наи
сле
экт

Размеры - от 1 см в поперечнике до 4-6 см. Размеры могут время от времени меняться. Последнее объясняется спонтанным опорожнением содержимого наружу через кожный свищ или глотку по сохранившемуся сообщению. Через указанные пути сообщения содержимое кисты нередко инфицируется, и киста нагнаивается. Для установления размеров пользуются контрастной рентгенографией. При дифференциальной диагностике следует считаться с возможным наличием туберкулезного лимфаденита шеи.

Лечение хирургическое. Кисту экстирпируют, в случае ее сообщения с глоткой препарируют каналец и на расстоянии 3-5 мм от глотки его перевязывают и отсекают.