

# Доброкачественные органоспецифические опухоли челюстей, лица, шеи



Выполнил студент  
группы М-01(1)-13  
Нематов М. Я.  
Специальность:  
лечебное дело

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

**Особенности:**

- Близость к жизненно важным органам.
- Наличие зубов.
- Вызывают значительные функциональные и эстетические дефекты.

**Среди опухолей челюстно-лицевой области выделяют:**

- доброкачественные;
- злокачественные опухоли;
- смешанные формы (некоторые опухоли слюнных желез).

Фиброма – опухоль, встречающаяся в различных местах челюстно-лицевой области: на альвеолярном отростке, в то под слизистой оболочкой щек, на коже лица.

Вследствие особенностей строения фиброма бывает плотной консистенции. Фиброма плотной консистенции чаще располагается альвеолярном отростке, давление которой вызывает иногда с зубов. Разрастание опухоли вдоль альвеолярного края отдельных случаях к покрытию зубного ряда ткань Фиброма мягкой консистенции чаще встречается по оболочкой щек. Распознавание опухоли не вызывает затруднений – фиброма имеет четкие границы, с окружающими тканями не спаяна, целостность слизистой оболочки над ней и опухоль растет медленно, болевых ощущений не вызывает

Л е ч е н и е – хирургическое.

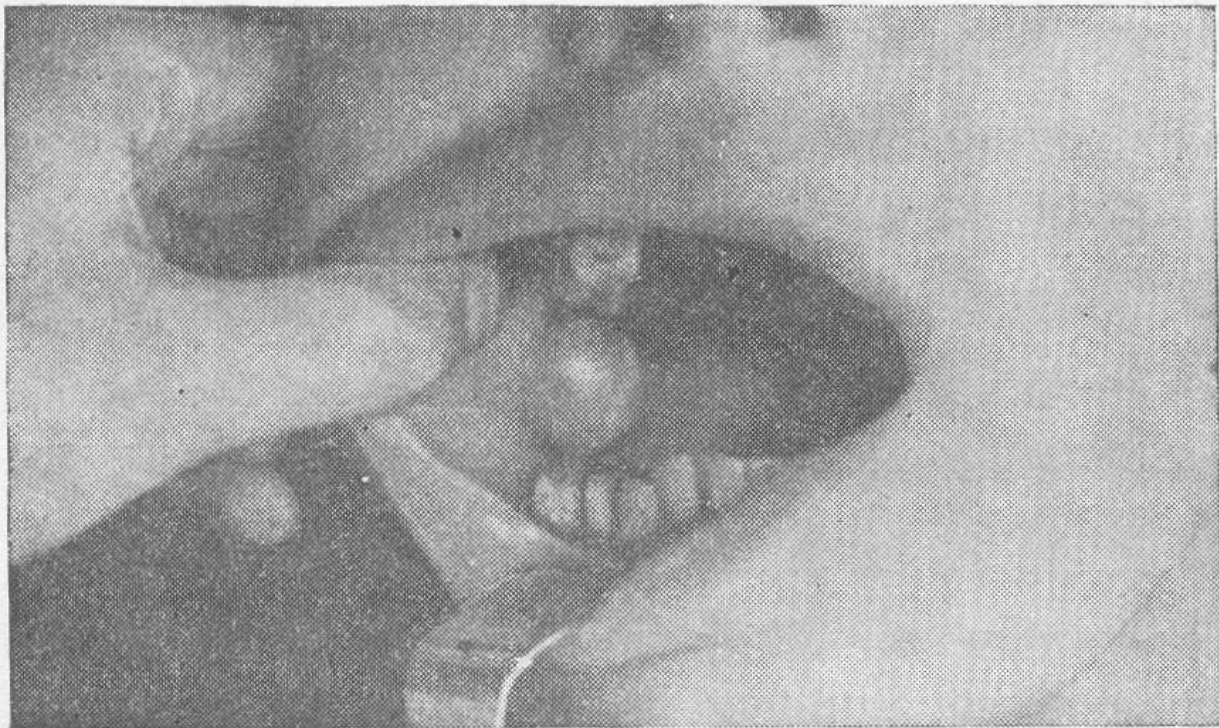


Рис. 209. Фиброма слизистой оболочки щеки (по материалам кафедры хирургической стоматологии Московского медицинского стоматологического института).

Папиллома встречается на слизистой оболочке. Опухоль чаще имеет вид сосочка различной величины. Иногда бывает округлой формы на тонкой ножке бахромы. Папиллома имеет плотную к вокруг основания ее слизистая оболочка и подслизистый слой нормальной консистенции. уплотнения и инфильтрации нет.

Распознавание папилломы не представляет трудностей даже при довольно четкой картине доброкачественного образования не следует пренебрегать дифференциальной с раковой опухолью, так как в отдельных случаях может быть сходным с папилломой. Основной особенностью папилломы являются отсутствие уплотнения и медленный рост.

Следует учитывать действие раздражающих факторов в полости рта, иногда способствующих малигнизации опухоли.

Лечение папилломы заключается в иссечении ее с окружающей тканью. Для этой цели может быть использован лазер, электронож. Прижигание папилломы, частичное ее иссечение противопоказаны.

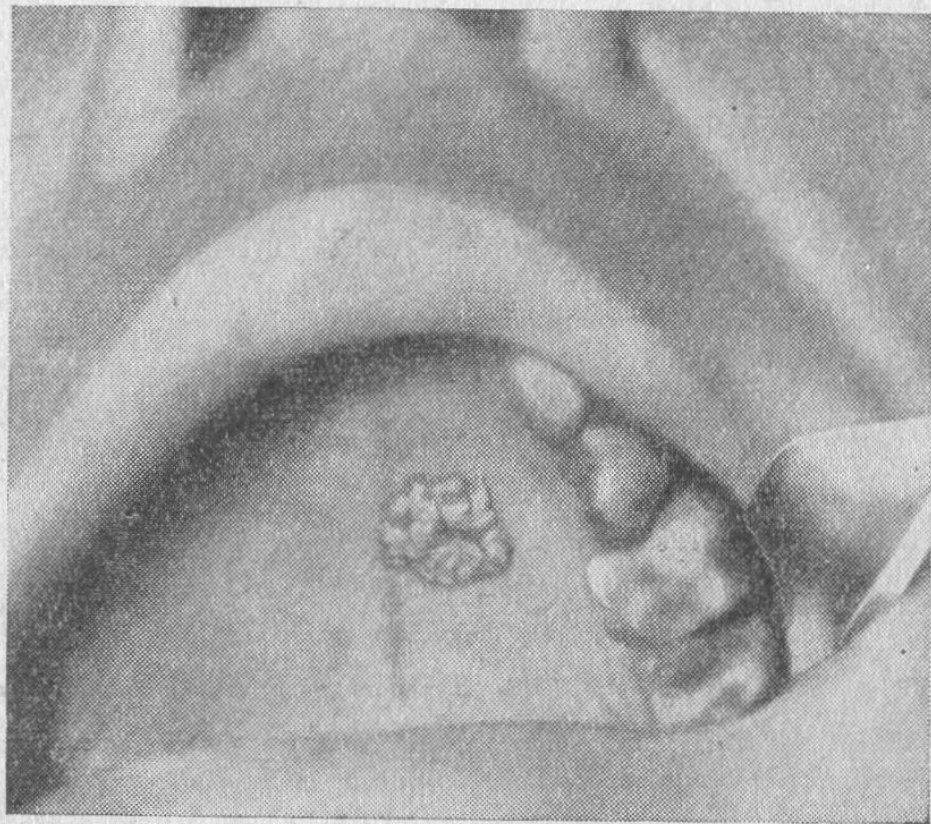


Рис. 169. Папиллома твердого неба (по материалам кафедры хирургической стоматологии Московского медицинского стоматологического института).

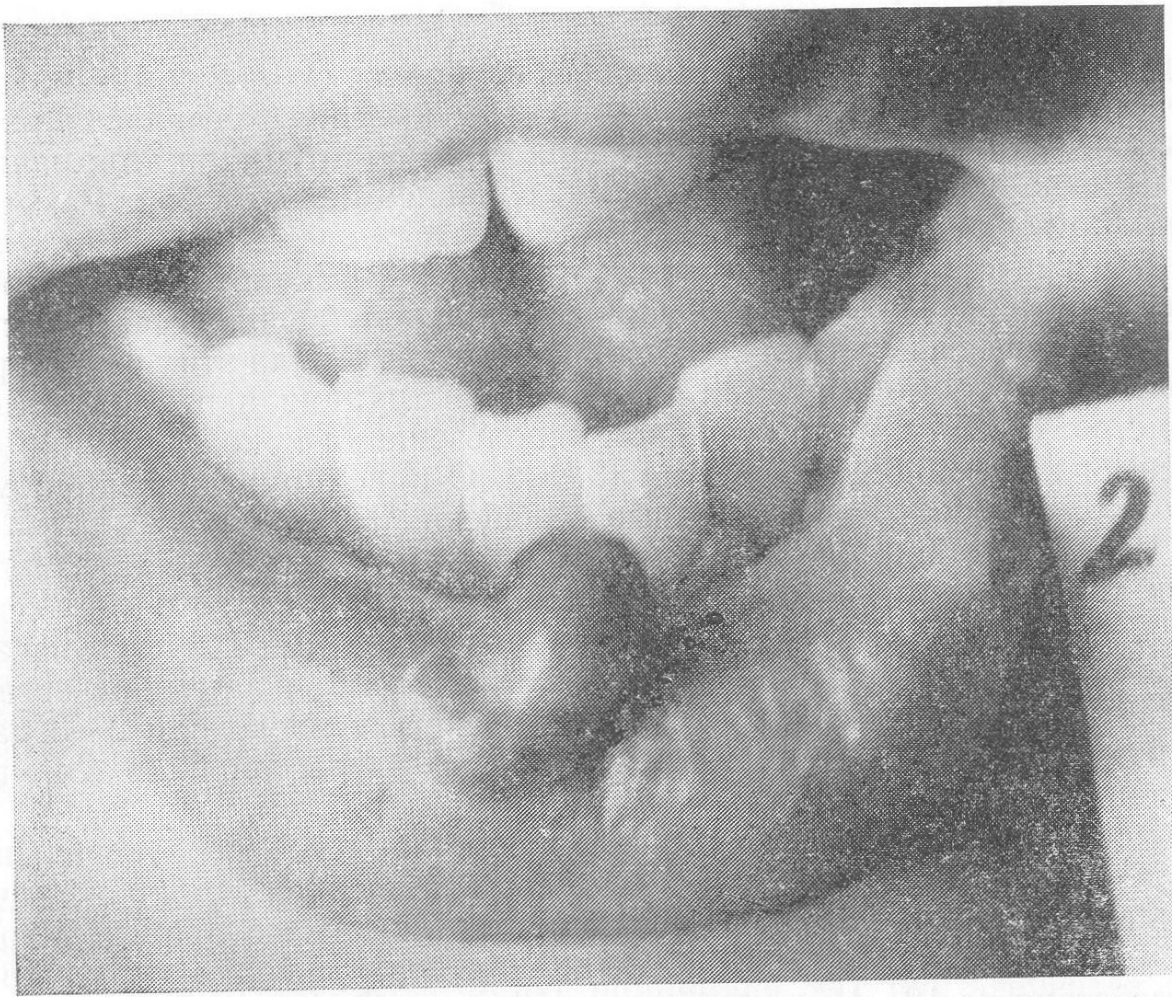


Рис. 71. Папиллома красной каймы нижней губы.

**Дермоидная киста** представляет собой опухоль, состоящую из соединительной ткани, остатков потовых и сальных желез, волосяных фолликулов, и возникает при патологии эмбриогенеза в местах замещения щели дермой.

Чаще дермоидные кисты встречаются в подподбородочной области между подъязычной костью и внутренней поверхностью подбородочного изгиба челюсти. Дермоидная киста растет медленно, достигая иногда размеров куриного яйца. Располагаясь на дне полости рта, киста может вызывать затруднения при разговоре и приеме пищи. При значительных размерах дермоидная киста может обусловить существенную деформацию лица. Пальпация дермоидной кисты безболезненна, на ощупь тестоподобной консистенции. В сомнительных случаях производится

пункция, которая выявляет характерное содержимое (эпидермальные клетки, жир, остатки волос).

Лечение дермоидной кисты оперативное. При отсутствии в анамнезе воспалительных явлений киста легко выщипывается.



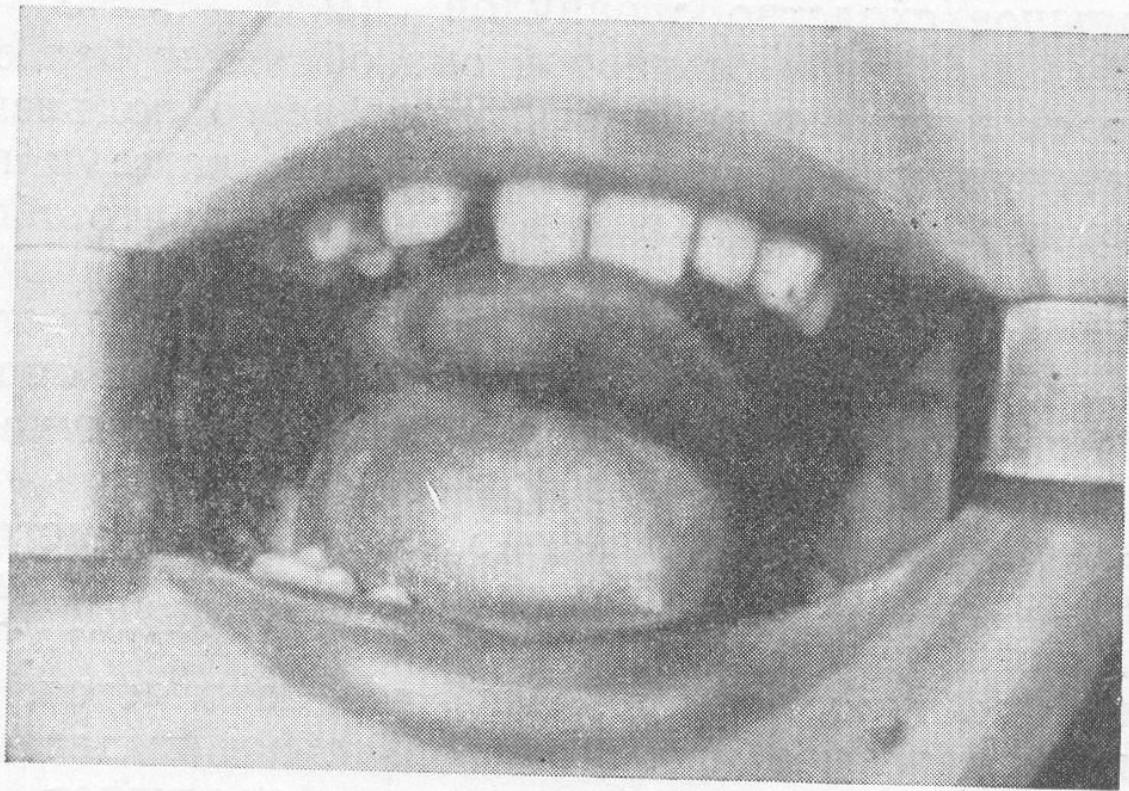


Рис. 226. Дермоидная киста подъязычной области (по материалам кафедры хирургической стоматологии Московского медицинского стоматологического института).



**Эпулис (наддесневик) — опухолевидное образование размером от 0,5 до 5—6 см в диаметре, располагающееся на альвеолярном отростке.**

**Чаще локализуется в области малых коренных зубов. Причина возникновения — хроническое раздражение слизистой оболочки. Рост медленный. Безболезненная. Объективно: имеет широкую ножку и покрыта неизменной слизистой оболочкой, при травмировании образуются кровоизлияния, эрозии, изъязвления. Патоморфологически различают фиброзную, ангиоматозную и гигантоклеточную формы.**

**Лечение: оперативное — выскабливание и удаление размягченной кости вокруг опухоли.**



**Фиброматозный эпюлис имеет округлую или неправильную форму, располагается с вестибулярной стороны десны на широком или (реже) узком основании и прилежит к зубам, может распространяться через межзубный промежуток на оральную сторону. Покрыт слизистой оболочкой бледно-розового цвета, имеет падкую или бугристую поверхность, плотноэластическую консистенцию, безболезненный, не кровоточит, характеризуется медленным ростом.**



**Амелобластома (адамантинома)** — опухоль, развивающаяся из эпителиальной ткани, чаще в области нижней челюсти. Гистологическое строение паренхимы опухоли весьма схоже со строением эмалевого органа развивающегося зуба. Патологоанатомически различают солидную и кистоматозную адамантиномы. Первая образована губчатой, серой или коричневой тканью, сформированной в эпителиальные тяжи. Наиболее часто встречается кистоматозная амелобластома. Объективно: выбухание кости, асимметрия лица. При пальпации определяется «пергаментный хруст», болевых ощущений обычно нет. При разрушении кортикальной пластинки определяется эластическая консистенция опухоли. Рентгенологически: полости различного размера, иногда они совмещаются, образуя полулуния. Лечение: хирургическое — производят иссечение слизистой оболочки над опухолью, экстирпация опухоли с последующей тампонадой костной полости. Рентгенотерапия амелобластомы малоэффективна.







**Одонтома** — опухоль, образующаяся из избытка эмбриональных тканей развивающегося зуба: пульпы, дентина, эмали и цемента. При этом их расположение беспорядочно. Встречаются одонтомы с нормально сформированной коронкой, тогда как их корневая часть представляет собой бесформенный конгломерат твердых тканей, и наоборот. Поражение чаще развивается на нижней челюсти в области моляров. Растет медленно, болевых ощущений не вызывает (если не сдавливает нервные окончания). С увеличением размера опухоли может возникнуть выбухание кости, на что больные обращают внимание. Однако чаще обнаружение одонтомы бывает случайным при рентгенографии челюсти по другому поводу.



# ОСТЕОМА

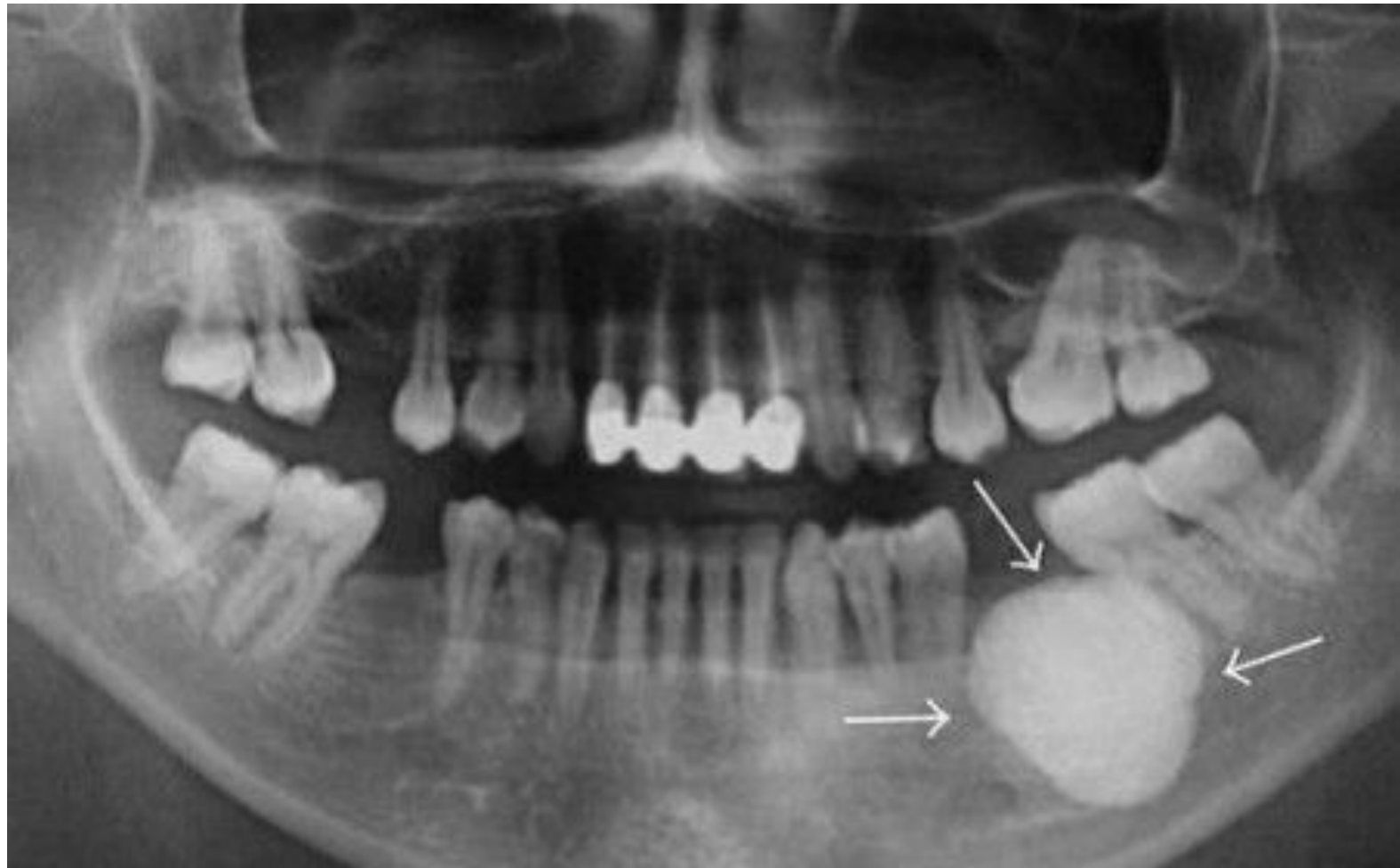
Остеома — редко встречающаяся доброкачественная опухоль костной ткани, в основном у детей среднего школьного возраста.

*Диагноз* этой опухоли ставят, основываясь на следующих признаках: клинически — безболезненная, медленно увеличивающаяся деформация челюсти; рентгенологически: определяется новообразование, отграниченное кортикальной пластинкой, по структуре несколько плотнее нормальной костной ткани. Для гистологического строения остеомы характерным является нарушение архитектоники компактной кости, сужение сосудистых каналов, почти полное отсутствие каналов остеонов.

***Дифференциальная диагностика.*** Особые трудности могут возникнуть при дифференциальной диагностике остеом с остеодисплазиями. Нередко диагноз можно установить лишь на основании данных патогистологического исследования.

Остеому также дифференцируют с экзостозами, возникающими в результате травматического раздражения или хронического воспаления периоста, о чем можно узнать от ребенка или его родителей при сборе анамнеза.

***Лечение.*** Оперативное вмешательство показано тогда, когда опухоль вызывает неприятные ощущения, функциональные или эстетические нарушения, и заключается в нивелировке (то есть придании кости правильной формы) пораженного участка челюсти.



**Ретенционная киста слизистой оболочки малой слюнной железы** развивается в результате закупорки выводного протока, наблюдается на слизистой оболочке губ и щек. При значительных размерах кист (до 1 см в диаметре) слизистая вокруг них истончается, приобретает желтоватый цвет, обычно имеет округлую форму и четкие границы.



# Смешанные опухоли

Особую группу доброкачественных новообразований составляют опухоли слюнных желез, так называемые смешанные опухоли. Такое название эти опухоли получили в результате наличия в них эпителиальных и соединительных тканей. Обычно смешанная опухоль состоит из жировой, миксоматозной, хрящевой, мышечной, железистой и костной тканей.

Наиболее часто смешанные опухоли поражают околоушные слюнные железы, реже другие отделы челюстно-лицевой области (поднижнечелюстная, подъязычная, малая слюнные железы).

Причину возникновения смешанных опухолей усматривают в задержке эмбриональных клеток, развитие и рост которых возникают вдруг под влиянием неизвестных в настоящее время причин. Другие авторы это отвергают. Некоторые авторы полагают, что все тканевые разновидности, составляющие строю смешанной опухоли, являются продуктом видоизменения эпителия слюнной или слезной железы.

Характерно, что длительное время, исчисляемое в некоторых случаях десятилетиями, смешанная опухоль иногда не проявляет признаков роста, после чего вдруг начинается бурный рост ее. При этом она приобретает черты злокачественной опухоли: прорастание и метастазирование клеток опухоли. В зависимости от преобладания соединительных или эпителиальных элементов опухоль развивается как саркома или рак.

Для смешанной опухоли характерно также наличие нескольких зачатков опухоли. Количество зачатков смешанной опухоли может достигать до нескольких десятков. Этим иногда объясняется возобновление роста опухоли после тщательного удаления ее вместе с оболочкой, Видимо, травма «дремлющих» зачатков при удалении смешанной опухоли инициирует их рост и развитие.

Клинически смешанная опухоль обычно обнаруживается в области околоушных слюнных желез (80 – 90 %).

**СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ**