

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА СТОМАТОЛОГИИ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

ХИРУРГИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

Учебно-методическое пособие



Минск БГМУ 2010

УДК 616.314–089–053.2 (075.8)
ББК 56.6 я 73
Х 50

Рекомендовано Научно-методическим советом университета в качестве
учебно-методического пособия 24.06.2009 г., протокол № 10

А в т о р ы: канд. мед. наук, доц. А. К. Корсак; канд. мед. наук, доц. А. Н. Куш-
нер; канд. мед. наук, ассист. Н. И. Петрович; ассист. А. В. Любецкий

Р е ц е н з е н т ы: доц. А. В. Глинник; доц. А. Г. Третьякович

Хирургическая стоматология детского возраста : учеб.-метод. пособие /
Х 50 А. К. Корсак [и др.]. – Минск : БГМУ, 2010. – 115 с.

ISBN 978–985–528–104–8.

В издании освещены вопросы классификации, клиники, диагностики, лечения и профилактики
опухолей и опухолеподобных образований, а также повреждений зубов и мягких тканей челюст-
но-лицевой области у детей

Предназначено для студентов 5-го курса стоматологического факультета.

УДК 616.314–089–053.2 (075.8)
ББК 56.6 я 73

ISBN 978–985–528–104–8

© Оформление. Белорусский государственный
медицинский университет, 2010

Тема: Доброкачественные опухоли и опухолеподобные образования мягких тканей челюстно-лицевой области у детей.

Клиника, диагностика и лечение

Время занятия — 7 учебных часов.

Мотивационная характеристика темы. Опухоли и опухолеподобные образования челюстно-лицевой области у детей встречаются достаточно часто. Так, удельный вес детей с онкопатологией в клинике кафедры стоматологии детского возраста БГМУ составляет около 13,5 %, в других крупных детских клиниках челюстно-лицевой хирургии — до 25 %. У детей преобладают опухоли мягких тканей челюстно-лицевой области — около 55 %. Опухоли часто возникают в результате порока развития тканей или органов в эмбриональном периоде, т. е. они являются дизонтогенетическими (гемангиома, лимфангиома, нейрофиброматоз и др.). Дизонтогенетическая природа опухолей подтверждается тем, что они часто выявляются сразу же после рождения, т. е. являются врожденными. Согласно МККО, опухоли мягких тканей челюстно-лицевой области относятся к сериям № 3 и 4.

Среди доброкачественных опухолей мягких тканей челюстно-лицевой области можно выделить 2 группы:

Опухоли эктодермальной (эпителиальной) природы: папиллома, невус, эпителиома, кисты и др.

Опухоли мезодермальной (соединительнотканной) природы (гемангиома, лимфангиома, фиброма, миома и др.).

При этом опухоли соединительнотканной природы встречаются значительно чаще, чем эпителиальные. Опухоли мягких тканей челюстно-лицевой области обнаруживаются наиболее часто в первые 3–5 лет жизни ребенка. Растут доброкачественные опухоли у детей гораздо быстрее, чем у взрослых, что требует быстрого проведения лечебно-диагностических мероприятий. Для постановки диагноза опухоли мягких тканей, как правило, требуется клиническое обследование и биопсия образования. Значительно реже применяется УЗИ и рентгенография.

Цель занятия: изучить клинику, диагностику и лечение доброкачественных опухолей и опухолеподобных образований мягких тканей челюстно-лицевой области у детей.

Задачи занятия. В результате усвоения теоретической части темы студент должен **знать**:

Клинические признаки и методы диагностики доброкачественных опухолей и опухолеподобных образований мягких тканей челюстно-лицевой области у детей.

Схему диспансерного наблюдения за детьми с онкологическими заболеваниями мягких тканей челюстно-лицевой области.

В ходе практической части занятия студент должен **уметь** (овладеть следующими практическими навыками):

Обследовать ребенка с онкологическим заболеванием челюстно-лицевой области с формулировкой диагноза.

Составить план лечения ребенка с онкопатологией с определением показаний к хирургическому лечению и его объема.

Взять материал для цитологического исследования (мазок, соскоб и др.).

Провести пункционную биопсию опухоли.

Провести инцизионную биопсию опухоли мягких тканей.

Удалить (коагулировать) небольшое новообразование на коже лица или слизистой полости рта.

Читать рентгенограммы при обследовании челюстно-лицевой области у детей (контрастная цистография и др.).

Требования к исходному уровню знаний. Для лучшего усвоения темы данного занятия студенту необходимо повторить:

из *анатомии и морфологии* — анатомию мягких тканей челюстно-лицевой области у детей и топографическую анатомию челюстно-лицевой области;

патологической анатомии — морфологию и гистологию доброкачественных опухолей мягких тканей эпителиальной и соединительнотканной природы;

лучевой диагностики — методы рентгенологического обследования в челюстно-лицевой области;

челюстно-лицевой хирургии — клинику и диагностику опухолей мягких тканей челюстно-лицевой области у взрослых, а также методы их лечения.

Контрольные вопросы из смежных дисциплин:

Анатомо-физиологические особенности челюстно-лицевой области у детей.

Топографическая анатомия лица и шеи.

Общая клиническая и гистологическая характеристика доброкачественных опухолей мягких тканей.

Методы лучевой диагностики в челюстно-лицевой области.

Опухоли мягких тканей челюстно-лицевой области у взрослых и методы их лечения.

Контрольные вопросы по теме занятия:

Классификация доброкачественных опухолей мягких тканей челюстно-лицевой области у детей.

Опухоли мягких тканей челюстно-лицевой области эктодермальной природы (папиллома, невус, эпителиома, атерома и др.). Клиника, диагностика и лечение.

Опухоли мягких тканей челюстно-лицевой области мезодермальной природы (фиброма, миома, липома, фиброматоз десен, нейрофиброма и др.). Клиника, диагностика и лечение.

Сосудистые опухоли челюстно-лицевой области у детей. Гемангиомы. Классификация, клиника, диагностика и лечение гемангиом лица у детей в зависимости от нозологии.

Лимфангиомы челюстно-лицевой области и шеи у детей. Классификация, клиника, диагностика и лечение.

Диспансеризация детей с доброкачественными опухолями мягких тканей челюстно-лицевой области.

УЧЕБНЫЙ МАТЕРИАЛ

Отдельной классификации опухолей челюстно-лицевой области у детей не существует. Поэтому следует пользоваться общей классификацией для всех возрастных групп, предложенной для унификации обозначения опухолей во всех странах комитетом по номенклатуре опухолей интернационального противоракового объединения ВОЗ. Эта классификация опухолей, независимо от их локализации, построена по гистологическому принципу с учетом морфологического строения, оценки добро- или злокачественности опухоли и особенности структуры ее в отдельных органах. Также в практической работе следует использовать клинико-морфологические классификации: А. А. Колесова (первичные опухоли и опухолеподобные образования костей лица), И. И. Ермолаева (одонтогенные опухоли и опухолеподобные образования), Н. И. Кондрашина (сосудистые опухоли) и В. В. Паникаровского (опухоли слюнных желез).

Международная гистологическая классификация опухолей предусматривает разделение их по клиническому признаку только на доброкачественные и злокачественные. В свою очередь каждая группа опухолей, в зависимости от источника происхождения (ткань и органы), подразделяется на соответствующие группы. При этом в понятие доброкачественности опухоли вкладывается медленный ее рост, отсутствие метастазирования и при полном удалении — рецидивирования. Клетки такой опухоли характеризуются высокой степенью дифференцировки и нечувствительны к лучевому воздействию.

В соответствии с вышеизложенным, среди доброкачественных опухолей мягких тканей челюстно-лицевой области и шеи у детей можно выделить 2 группы: опухоли эпителиальной (эктодермальной) природы и опухоли соединительнотканной (мезенхимальной или мезодермальной) природы.

К опухолям и опухолеподобным образованиям **эпителиальной природы** относятся: папилломы, эпителиомы, невусы, дермоидные и эпидермоидные кисты, атеромы, а также врожденные боковые и срединные кисты (свищи) шеи.

К опухолям **соединительнотканной природы** относятся: фибромы, миксомы, липомы, миомы, гемангиомы, лимфангиомы, нейрофибромы и т. д.

Большинство из них характеризуется длительным бессимптомным течением или отсутствием многих характерных четких симптомов, или на отдельных этапах роста сходной между собой клинической картиной, относительно медленным ростом в сравнении со злокачественными, но более быстрым, чем у взрослых.

Общее состояние больных, как правило, не страдает. При обследовании поверхностно расположенной опухоли, обращает на себя внимание округлость ее формы или дольчатость строения. Опухоль мягких тканей чаще подвижна, не спаяна с окружающими тканями, консистенция ее может быть различна, регионарные лимфатические узлы, как правило, не увеличены, пальпация опухоли безболезненна, цветом она не отличается от окружающих тканей, за исключением большинства невусов и гемангиом.

Папиллома — доброкачественная эпителиальная опухоль, происходящая из покровного эпителия. Относится к очень часто встречающимся новообразованиям, локализующимся на слизистой оболочке полости рта, чаще на языке, губах и на нёбе, реже на коже лица.

Клинически чаще всего папиллома проявляется в виде образования грибовидной формы на тонкой ножке (в виде цветной капусты). Поверхность опухоли шероховатая, складчатая. В зависимости от процессов ороговения папилломы могут иметь белесоватый цвет (ороговевающие) или бледно-розовый, ярко-красный (неороговевающие) цвет. Гистологически образование состоит из соединительнотканых сосочков, покрытых многослойным плоским эпителием (сосочковая опухоль).

Лечение папиллом хирургическое — иссечение опухоли или электрокоагуляция их. Возможна криодеструкция. Рецидивы наблюдаются крайне редко.

На слизистой оболочке полости рта нередко встречаются множественные папилломатозные разрастания — **папилломатоз**. Они могут возникать в результате хронической травмы, хронического воспаления, а могут быть и истинными опухолями. Хроническая травма чаще всего обусловлена зубопротезированием или длительным ортодонтическим лечением, курением и т. п.

Папилломатозы опухолевой природы встречаются реже и локализуются чаще всего на щеках. В ряде случаев папилломатоз могут вызывать вирусы, что подтверждается наличием вульгарных бородавок на коже.

Лечение папилломатоза зависит от причин его возникновения. Иногда достаточно устранить травмирующие факторы. В некоторых случаях применяют криодеструкцию. Возможно применение и противовирусных мазей (5%-ная теброфеновая) в течение 30–40 дней с последующим удалением или криодиструкцией оставшихся папиллом.

Невус — доброкачественная пигментная опухоль, возникающая вследствие порока развития нейроэктодермальных пигментных элементов. Имеется около 10 гистологических типов невусов: пограничный, внутридермальный, голубой, сложный, гигантский пигментированный и т. д.

По внешнему виду выделяют пигментные невусы: плоские, папилломатозные, узловатые, бородавчатые, волосатые, средние, большие и т. д.

В челюстно-лицевой области у детей чаще всего встречается пигментный невус. Клинически это образование в виде коричневого пятна, слегка выступающего над кожей. Обнаруживается обычно с рождения (врожденный невус). Они, как правило, растут вместе с ребенком. Врожденные невусы редко озлокачествляются. Невусы приобретенные значительно чаще могут малигнизировать. Этому способствует, в первую очередь, травма,

Пигментные невусы (родимые пятна) встречаются у 20–50 % людей и чаще всего локализуются на коже головы, лица и шеи. Следует помнить, что для уточнения диагноза инцизионная биопсия невуса противопоказана.

Тактика врача-стоматолога при диагностике невуса зависит от локализации и размеров опухоли. Если невус расположен в таком месте, где он постоянно травмируется, его следует иссечь в пределах здоровых тканей (отступив на несколько миллиметров от края опухоли) вне зависимости от возраста ребенка. Если невус не травмируется, не растет и т. п., то необходимость лечения определяется по эстетическим показаниям. После иссечения невуса на лице часто требуется пластика дефекта местными тканями, реже — используется свободный кожный трансплантат. Помимо хирургического иссечения возможна и криодеструкция невуса. Лучевая терапия невусов у детей нецелесообразна.

Эпителиома (обызвествленная эпителиома Малерба) — опухоль волосяного матрикса или опухоль, возникающая из волосяного фолликула. Заболевание встречается у детей не так уж редко и локализуется преимущественно на лице и шее. Образование плотное, бугристое, безболезненное, спаянное с кожей и не спаянное с подлежащими тканями, округлой или продолговатой формы, обычно до 1 см в диаметре. Кожа над ним в цвете, как правило, не изменена или несколько цианотична. Дифференцировать следует, прежде всего, от атеромы.

Лечение — хирургическое иссечение в пределах здоровых тканей. По данным литературы, может рецидивировать.

Атерома относится к опухолеподобным образованиям, исходящим из сальных желез. Фактически — это ретенционная киста сальной железы. Образование имеет округлую форму, спаяно с кожей, безболезненно при пальпации, имеет четкие границы. Растет медленно, но имеет склонность к нагноению.

Лечение атеромы — хирургическое удаление образования вместе с оболочкой и небольшим участком кожи. Внутри образования содержится кожное сало.

Дермоидная киста — дизонтогенетическое образование, исходящее из эктодермы в результате порока ее развития. Клинически дермоидные кисты локализуются по линиям сращения: на дне полости рта по средней линии, под языком, в области корня или крыльев носа и верхненаружного края орбиты. Представляет собой образование округлой формы, эластичное, безболезненное при пальпации, не спаянное с кожей и окружающими тканями. Кожа и слизистая над ним в цвете не изменены. При локализации в области корня носа и наружного края орбиты образование интимно связано с надкостницей. В этом случае его следует дифференцировать от мозговой грыжи. Для уточнения диагноза показана диагностическая пункция, возможно рентгенообследование и консультация нейрохирурга. Оболочка дермоидной кисты представлена дермой, содержит сальные и потовые железы. Таким образом, внутри дермоидной кисты содержится кожное сало, иногда волосы, слущенный эпидермис, кристаллы холестерина. Растут дермоидные кисты медленно. Лечение дермоидных кист исключительно хирургическое — удаление образования вместе с оболочкой (цистэктомия).

Срединная киста (свищ) шеи — это врожденное образование, развивающееся из остатков нередуцированного щитовидно-язычного протока, который имеется у эмбриона при развитии щитовидной железы. Срединные кисты шеи могут локализоваться на любом участке щитовидно-язычного протока: как «от слепого отверстия» языка до подъязычной кости, так и ниже — от тела подъязычной кости до перешейка щитовидной железы (значительно чаще). Киста растет медленно, безболезненно, но имеет склонность нагнаиваться, чем часто проявляет себя клинически. При нагноении кисту следует дифференцировать с лимфаденитом подподбородочной области. Диагностируется обычно не ранее 2–3-летнего возраста.

Клинически — это мягкое, эластичное образование, округлой формы, не спаянное с кожей и окружающими тканями, но имеющее связь с телом подъязычной кости. Локализуется киста по средней линии шеи на уровне подъязычной кости и выше или ниже (чаще) ее. При глотании образование смещается только вверх, вслед за подъязычной костью. Для уточнения диагноза возможно проведение диагностической пункции (киста содержит светлый, тягучий секрет) или контрастной цистографии.

Лечение срединных кист шеи хирургическое. Поперечным разрезом на уровне тела подъязычной кисты выделяют оболочку кисты и резецируют часть тела подъязычной кости, с которым оболочка кисты тесно спаяна. В ряде случаев свищевой ход может перфорировать тело подъязычной кости и продолжиться до «слепого отверстия» языка. В этом случае его также следует иссечь.

Боковая киста (свищ шеи) — это врожденное образование, исходящее из эпителиальных остатков жаберных дуг и (или) зубно-глочного протока. Хотя новообразование врожденное, проявляется оно клинически чаще в подростковом возрасте под влиянием воспаления, травмы, возможно желез внутренней секреции. Растут кисты медленно, локализуются в средней трети шеи (сонный треугольник) впереди кивательной мышцы. Размеры их различны (чаще имеют размер грецкого ореха). Склонны к нагноению, симулируя в этом случае клинику флегмоны или абсцесса боковой поверхности шеи.

Клинически образование мягкое, безболезненное, округлой формы, не спаянное с окружающими тканями. Кожа над ним в цвете не изменена. Для уточнения диагноза возможно проведение диагностической пункции или контрастной цистографии. В полости кисты содержится жидкость желтоватого цвета, в которой имеются клетки слущенного эпителия, лимфоциты. Дифференцировать кисты следует с лимфаденитом, кистозной формой лимфангиомы, аневризмой сосудов шеи и др.

Лечение боковых кист шеи хирургическое — цистэктомия, т. е. удаление кисты вместе с оболочкой. Поскольку оболочка кисты тесно связана с сосудисто-нервным пучком шеи, особенно с внутренней яремной веной, операция представляет собой определенные сложности.

Доброкачественные опухоли мягких тканей челюстно-лицевой области у детей соединительнотканной (мезодермальной) природы встречаются значительно чаще, чем эпителиальные. К ним относятся: фибромы, миомы, нейрофибромы, гемангиомы, лимфангиомы и т. д.

Фиброма — это зрелая доброкачественная опухоль из волокнистой соединительной ткани. Гистологически они подразделяются на плотные и мягкие. Встречаются чаще всего в области языка.

Клинически опухоль представляет собой образование, покрытое неизменной слизистой оболочкой, безболезненное, округлой формы, мягкое или плотное при пальпации. Растет очень медленно. Лечение фибром — хирургическое иссечение в пределах здоровых тканей.

Фиброматоз десен — заболевание, встречающееся чаще всего у детей в постоянном прикусе (11–15 лет). Характеризуется диффузным разрастанием плотной соединительной ткани десен, которое ведет к тому, что коронки зубов полностью или частично покрыты образованием, локализующимся как с вестибулярной, так и оральной сторон. Десна при этом

плотная, блестящая, бледно-розовая, безболезненная при пальпации (слоновость десен). В дальнейшем, вследствие нарушения гигиены и травматизации, возможно появление элементов воспаления и подвижность зубов. Заболевание иногда имеет наследственный характер. Рентгенологически возможны остеопороз, адентия и другие пороки развития зубов. Основные жалобы больных на эстетический недостаток и нарушение функции жевания. Лечение фиброматоза десен хирургическое — поэтапная гингивэктомия или электрокоагуляция с последующим ведением раны под повязкой.

Липома — доброкачественная опухоль из зрелой жировой ткани. Локализуется там, где имеется жировая ткань: в подкожной клетчатке или в подслизистом слое. Образование мягкое, безболезненное, с четкими границами. Растет опухоль медленно. Лечение липом хирургическое — удаление образования вместе с капсулой с последующим гистологическим исследованием.

Миома — из миобластов (миобластомиома) или опухоль Абрикосова — доброкачественная дизонтогенетическая опухоль из незрелой мышечной ткани (миобластов). Нередко встречается у новорожденных и грудных детей и локализуется на языке, альвеолярном отростке и др. Опухоль вишневого цвета, имеет округлую форму, плотная, безболезненная при пальпации, в некоторых случаях на тонкой ножке.

Лечение — хирургическое, т. е. раннее иссечение опухоли в пределах здоровых тканей вне зависимости от возраста ребенка. Может рецидивировать.

Нейрофиброматоз (болезнь Реклингаузена) — на лице локализуется чаще всего в области щеки, виска, век, т. е. боковой поверхности лица. При этом нередко бывает деформация лицевых костей, нарушение прикуса. Это может сочетаться с наличием на теле пигментных пятен и фибром на туловище.

Происхождение опухоли дизонтогенетическое, т. е. это порок развития эктодермы, мезодермы и нервной ткани. Заболевание чаще всего врожденное, но и в дальнейшем опухоль постоянно растет. Опухолевая ткань состоит из фиброзной ткани, порочно развитых нервных элементов и сосудов. Клинически образование мягкое, эластичное, безболезненное, в виде множественных узлов, ведущих к деформации лица. Лечение больных с нейрофиброматозом чаще всего хирургическое. Единичные узлы удаляются полностью. При диффузном поражении производится поэтапное иссечение опухоли для нормализации функций и создания приемлемого облика больного.

Гемангиомы — доброкачественные опухоли мягких тканей, исходящие из сосудистой ткани.

Классификация (Н. И. Кондрашин):

I. Доброкачественные сосудистые опухоли (гемангиомы):

Простая (капиллярная).

Кавернозная.

Ветвистая.

Комбинированная (простая + кавернозная и др.).

Смешанная (гемангиофиброма и т. д.).

Системный гемангиоматоз.

II. Сосудистые аномалии:

Врожденное сосудистое пятно (сосудистый невус).

Телеангиэктазия.

Гемангиомы — наиболее распространенный вид опухолей челюстно-лицевой области. Дети с гемангиомами лица и головы составляют около 50 % всех онкологических больных. К этому следует добавить, что в 80 % случаев гемангиомы локализуются на лице и голове. Поскольку опухоли эти имеют дизонтогенетическую природу, то в 80 % случаев гемангиомы диагностируются сразу же, после рождения ребенка. В 10 % случаев они проявляются в первые месяцы жизни. Большинство гемангиом являются доброкачественными опухолями и представляют собой фактически порок развития кровеносных сосудов.

Простые, капиллярные (плоские) гемангиомы состоят из множества капилляров, расположенных беспорядочно.

Кавернозные или пещеристые гемангиомы представляют собой опухоль, состоящую из полостей, сообщающихся между собой, выстланных эндотелием и заполненных кровью.

Ветвистые или рацемозные гемангиомы представляют собой порок развития крупных кровеносных сосудов, имеющих атипичное строение. В частности, при этом возможно наличие артериовенозных шунтов.

Комбинированные гемангиомы — это опухоли, состоящие из всех вышеизложенных разновидностей гемангиом.

Смешанные гемангиомы — это опухоли, состоящие из кровеносных сосудов и других тканей (ангиофиброма и т. п.).

В преобладающем большинстве случаев диагностика гемангиом не представляет трудностей. Характерным в клинической картине является красный или синюшно-красный цвет, симптом наполнения, безболезненность при пальпации, наличие крови при пункции и т. д.

Выделяя отдельные нозологические формы гемангиом следует сказать, что многие авторы считают, что гистологически в детском возрасте большинство гемангиом являются капиллярными, т. к. представлены незрелыми капиллярными образованиями и лишь в дальнейшем они развиваются в законченные зрелые формы гемангиом (кавернозные, ветвистые) (Г. А. Федорев, 1961 и др.).

Капиллярные, простые (плоские) гемангиомы у детей встречаются чаще всего. Они расположены поверхностно, чаще в пределах кожи. Имеют ярко-красный или синюшный цвет, четкие границы. Они могут быстро расти по поверхности кожи, а также в глубину, поражая подкожную клетчатку, мышцы и т. д.

Тактика врача-стоматолога при диагностике простых гемангиом зависит от наличия или отсутствия ее роста, т. к. в некоторых случаях возможна спонтанная регрессия опухоли, но надеяться на это недопустимо!

Основными методами лечения капиллярных гемангиом являются: криодеструкция, склерозирующая терапия, хирургическое иссечение опухоли, в т. ч. электрокоагуляция и лучевая терапия. Абсолютным показанием к лечению гемангиомы является быстрый рост опухоли, опережающий рост ребенка. Если же опухоль небольших размеров и имеет тенденцию к обратному развитию, то возможно наблюдение за ребенком в динамике. Выбор метода лечения зависит от локализации и размеров опухоли. Опухоль небольших размеров проще иссечь или «заморозить». Опухоль больших размеров требует более сложных методов лечения.

Кавернозные гемангиомы поражают не только кожные покровы, но и подлежащие мягкие ткани (подкожную клетчатку, мышцы, органы и т. д.). Опухоль бугристая, мягкая, не имеет четких границ и, хотя является доброкачественной, отличается бурным инфильтративным ростом. Опухоль темно-красного, часто синюшного цвета, деформирует мягкие ткани лица. Для кавернозной гемангиомы характерен симптом наполнения при наклоне головы или туловища, при плаче и т. п.

Основными методами лечения кавернозных гемангиом являются: склерозирующая терапия, иссечение, криодеструкция, лучевая терапия, гормональная терапия.

Как правило, в данном случае тактика выжидания себя не оправдывает, и лечение следует начинать сразу же после постановки диагноза. Выбор метода лечения зависит от локализации и размеров опухоли и других факторов. Чаще всего на практике применяется комбинированный метод лечения. Например: несколько сеансов склерозирующей терапии, далее криодеструкция остатков опухоли, а в дальнейшем иссечение рубца с остатками опухоли с пластикой местными тканями. При опухолях больших размеров вначале более целесообразна лучевая терапия и т. д. Лучевая терапия, как самостоятельный метод лечения, возможна у больных с обширными (диффузными) гемангиомами.

Ветвистые, рацемозные, гроздевидные гемангиомы чаще встречаются вблизи крупных сосудов на боковой поверхности лица и шеи и представляют собой конгломерат порочно развитых сосудов артериального, венозного или смешанного типа различного диаметра. Помимо вышеуказанных симптомов, для них характерны шум трения и пульсация. Опухоль

«горячая» на ощупь. Для постановки диагноза и составления плана лечения в этом случае часто требуется ангиография.

Лечение ветвистых гемангиом наиболее сложно. Как правило, вначале требуется перевязка питающих сосудов или обшивание опухоли. Далее применяют или иссечение опухоли хирургическим путем, или проводят склерозирующую терапию. Криодеструкция опухоли, как самостоятельный метод лечения, в данном случае малоэффективна. Лучевая терапия оспаривается некоторыми авторами.

Телеангиоэктазия фактически является капиллярной гемангиомой кожи лица в виде небольших поверхностных звездчатых разветвлений мелких поверхностных сосудов кожи — в виде «паучка». В некоторых случаях они могут кровоточить. Лечение телеангиоэктазии чаще всего электрохирургическое — диатермокоагуляция. Возможна так же и криодеструкция.

Врожденное сосудистое пятно (сосудистый невус) — порок развития сосудов кожи. Локализуется чаще всего на лице и шее. Иногда опухоль называют «винным пятном» из-за специфической клинической картины. Образование красного цвета с разной степенью проявления. Цвет усиливается на холоде, при плаче, крике и т. д.

Лечение проводится чаще всего по эстетическим (косметическим) показаниям. Возможно применение криодеструкции, хирургического лечения, лазеротерапии, лучевой терапии и др.

Поскольку склерозирующая терапия гемангиом в детском возрасте получила широкое распространение, рассмотрим данный вид терапии несколько подробнее. Сущность терапии заключается во введении в опухолевую ткань жидких химических веществ (спирт с новокаином, хининуретан, варикоцид, салициловый спирт и др.) с целью вызвать ожог эндотелия сосудов, асептическое воспаление с последующим рубцеванием опухоли (склерозом сосудов). В настоящее время с этой целью широко используется 70%-ный спирт.

Лечение проводится обычно несколькими курсами с перерывами в 2–3 недели. Количество вводимого препарата различно, в зависимости от схемы лечения. В нашей клинике обычно вводят до 2,0 мл спиртно-новокаиновой смеси на 1 кг веса ребенка (в зависимости от возраста и размеров опухоли) с интервалами между инъекциями в 2–4 недели (обычно на 100 мл 70%-ного спирта добавляют 33 мл 1–2%-ного раствора новокаина). После введения препарата важное значение имеет достаточно тугое бинтование для получения хорошего терапевтического эффекта. Продолжается склерозирующая терапия иногда несколько лет до превращения опухоли в рубцовую ткань и остановки ее роста. В дальнейшем вопрос о целесообразности хирургического лечения решается по косметическим показаниям.

Лимфангиома — опухоль дизэмбриогенетического происхождения, диагностируется у детей чаще всего в возрасте до 1 года и исходит из сосудов лимфатической системы. Фактически лимфангиомы представляют собой порок развития лимфатической системы. Встречаются они значительно реже гемангиом, но все же достаточно часто. Лимфангиомы больше встречаются в области дна полости рта и боковой поверхности шеи, в области верхней губы и языка. Иногда опухоли диагностируются не сразу после рождения, а через несколько месяцев или даже лет. Это связано с тем, что при рождении они находятся в спавшемся состоянии, а со временем, в результате травмы или воспаления, опухоль увеличивается и проявляется клинически.

Клинико-морфологически различают: простые капиллярные, кавернозные (пещеристые) и кистозно-кавернозные формы лимфангиомы.

Простые капиллярные лимфангиомы губ и языка проявляются часто в виде макрохейлии или макроглоссии. При этом на слизистой оболочке языка и губы имеются бородавчатые разрастания, среди которых расположено множество пузырьков со светлым или геморрагическим содержимым. Увеличение органа и тканей в объеме ведет к частому травмированию, что приводит к воспалению опухоли и еще большему увеличению органа или ткани. Макроглоссия, как правило, ведет к аномалии положения зубов и прикуса.

Кавернозные лимфангиомы клинически представляют собой опухоль, состоящую из множества полостей (каверн), узелков, бугорков, локализующихся в толще мягких тканей, сливающихся вместе и ведущих к деформации и увеличению мягких тканей. Кожа над опухолью обычной окраски. Опухоль мягкая, безболезненная при пальпации. Растет медленно, но возможен и быстрый рост (увеличение) опухоли при наличии воспалительного процесса как общего, так и местного характера. Постоянное давление опухоли на костную ткань может вести к ее деформации. Локализуется опухоль чаще в околоушно-жевательной и поднижнечелюстной областях, а также на шее в верхней ее трети.

Кистозная или кистозно-кавернозная форма лимфангиом локализуется чаще всего на дне полости рта и боковой поверхности шеи. Она представлена в виде припухлостей, иногда с четкими границами, выбухающих снаружи или в полость рта. Кожа над опухолью обычной окраски, пальпация безболезненна. Отмечается симптом зыбления. При диагностической пункции получаем лимфу (светло-желтую жидкость), а опухоль при этом спадается. Кистозная лимфангиома может состоять из нескольких 2–3–4 полостей (кист), соединенных между собой, что ведет к «перетеканию» лимфы из одной полости в другую во время сдавливания опухоли при обследовании или при диагностической пункции. Опухоль иногда достигает больших размеров и представляет опасность для жизни.

Особенностью клинического проявления лимфангиом лица и шеи является их периодическое воспаление в результате травмы или общесоматических воспалительных заболеваний. Наиболее частым источником инфицирования лимфангиом являются: хронический тонзиллит, зубы с осложненным кариесом, травма слизистой полости рта и недостаточная гигиена полости рта.

При воспалении опухоль увеличивается в размерах, появляются боли при пальпации, воспалительный инфильтрат, повышенная температура и т. д.

Дифференцировать лимфангиомы следует от боковых кист шеи, эпидермоидных кист, гемангиом, кист больших слюнных желез, воспалительных заболеваний мягких тканей (абсцессов и флегмон). Лимфангиомы верхней губы следует дифференцировать от синдрома Мелькерсона–Розенталя.

В некоторых случаях имеется сочетание пороков развития лимфатической и кровеносной систем с развитием гемлимфангиом, которые растут более интенсивно и имеют смешанную клиническую картину (гемангиом и лимфангиом).

Лечение лимфангиом во всех случаях следует начинать с тщательной санации полости рта, хорошей гигиены полости рта, санации носоглотки, оздоровления и закаливания ребенка, профилактики воспалительных заболеваний ребенка. Это является профилактикой воспаления лимфангиом, а значит и их быстрого роста.

При воспалении кистозно-кавернозных лимфангиом лечение детей консервативное: противовоспалительная терапия, пункция опухоли с отсасыванием содержимого и введением антибиотиков. Вскрытие лимфангиом в данном случае не показано.

Хирургическое лечение, которое можно начинать с детского возраста, заключается в полном (или по возможности полном) удалении образования. Учитывая отсутствие четких границ и часто значительные размеры опухоли, полное удаление ее часто невозможно и в таких случаях удаляют большую часть опухоли, возможно в несколько этапов. Иногда используют другие методы лечения, в частности, склерозирующую терапию опухоли, после отсасывания ее содержимого. В некоторых случаях это дает положительный результат. Однако склерозирующая терапия лимфангиом менее эффективна, чем при лечении гемангиом. Иногда используют комбинированные методы лечения: начинают со склерозирующей терапии и после уменьшения опухоли проводят хирургическое удаление ее.

При лимфангиомах языка иногда, с целью уменьшения его размеров и нормализации функций, требуется частичная резекция языка хирургическим путем. При поверхностных поражениях слизистой полости рта наиболее оптимальным является метод криодеструкции лимфангиомы. Доста-

точно часто дети в лимфангиомами полости рта нуждаются в ортодонтическом лечении.

Дети с доброкачественными опухолями челюстно-лицевой области подлежат диспансерному наблюдению.

Основой ранней диагностики опухолей и опухолеподобных образований челюстно-лицевой области у детей должна быть постоянная онкологическая настороженность стоматологов-педиатров, включающая следующие положения:

постоянное подозрение на наличие опухоли или опухолеподобного образования, когда всякое увеличение объема мягких тканей и костей лица должно быть рассмотрено на предмет исключения опухоли;

профилактика предопухолевых заболеваний и состояний;

знание общей и частной симптоматики опухолей и опухолеподобных процессов;

знание организационных основ онкопомощи;

активность врача при направлении ребенка на обследование или лечение, а также обследование на месте в максимально сжатые сроки по принципу «неотложной хирургии» (В. В. Рогинский);

использование всех доступных методов исследования (рентгенологический, цитологический, биопсия и т. д.);

обеспечение консультаций специалистов и направление на консультацию в специализированные отделения.

При затруднениях в решении вопроса о диагнозе в поликлинике, больного с подозрением на опухоль необходимо в кратчайший срок направить на консультацию или госпитализацию с целью обследования в специализированное стоматологическое отделение или онкоучреждение. Каждую опухоль следует рассматривать как случай, при котором необходима неотложная помощь.

Врач-стоматолог, впервые заподозривший или выявивший у ребенка онкозаболевание, обязан: собрать анамнез (первые симптомы заболевания, время их проявления), описать клинику опухоли с указанием консистенции, размера, локализации, состояния кожного покрова (слизистой), состояния зубов (положения, сроков прорезывания, подвижности и т. д.), данные рентгенологического и лабораторного исследования. Больной, при необходимости, с такой выпиской из истории болезни направляется на консультацию или лечение в онкоучреждение. В выписке указывается ранее проведенное лечение, его результаты, заключение морфолога (если проводилось), консультации других специалистов. Стоматолог, направляющий больного, обязан санировать ему полость рта.

Таким образом, диспансерное наблюдение за ребенком с опухолью мягких тканей челюстно-лицевой области должно быть установлено с момента обращения больного за помощью и постановки диагноза.

Вопросы лечения онкостоматологических заболеваний у детей в данном случае мы опускаем, так как они подробно рассмотрены при описании каждой опухоли отдельно.

В дальнейшем, после операции, дети так же подлежат диспансерному наблюдению. Длительность его различна в зависимости от заболевания. Так, при обширных опухолях мягких тканей лица после лечения дети нуждаются в наблюдении до окончания роста костей лицевого скелета, т. е. до 15 лет.

Далее, при отсутствии нормализации клинико-рентгенологической картины и нормализации функций, нарушенных в результате заболевания, детей должны брать под наблюдение взрослые стоматологические поликлиники.

В других случаях, если опухоли были небольшими, длительность диспансерного наблюдения после оперативного или другого лечения должна продолжаться до нормализации клинико-рентгенологической картины и восстановления нарушенных в результате заболевания функций.

Таким образом, диспансеризации подлежат все дети, перенесшие операции или другое лечение по поводу онкозаболеваний мягких тканей челюстно-лицевой области. При этом, при профилактических осмотрах (не реже 1–2 раза в год) оценивается как общее состояние ребенка, так и местная клиническая картина. В частности: состояние опухоли или окружающих тканей после удаления ее, состояние лимфоузлов, наличие или отсутствие признаков рецидива и т. д. При необходимости проводится рентгенологическое обследование и анализируются данные лабораторных исследований, результаты пункционной или инцизионной биопсии. Такое комплексное обследование позволяет своевременно выявить рост опухоли или рецидив и назначить соответствующее лечение.

Кроме того, во время диспансерного наблюдения дети должны в обязательном порядке пройти санацию полости рта. В зависимости от вида и размеров опухоли, а также способа лечения многие дети нуждаются в ортодонтическом лечении.

После оперативного лечения опухолей мягких тканей некоторые дети, помимо вышеуказанного, нуждаются в хирургическом лечении по функциональным, а также по эстетическим (косметическим) показаниям. Необходимость, объем и сроки оперативного вмешательства также определяют во время диспансерного наблюдения.

Таким образом, диспансеризация — систематическое и динамическое наблюдение за ребенком с доброкачественными новообразованиями мягких тканей челюстно-лицевой области и проведение комплекса терапевтических, хирургических и ортодонтических мероприятий с целью удаления опухоли или остановки ее роста, а также восстановления анатомических

и функциональных изменений, возникающих в результате заболевания, осуществляется чаще всего до совершеннолетия ребенка.

Задания для самостоятельной работы студента

Для самостоятельного изучения темы студенту вначале следует ознакомиться с контрольными вопросами по теме занятия, а также внимательно изучить учебно-методическое пособие для того, чтобы ответить на контрольные вопросы по теме занятия. В дальнейшем, для более углубленного изучения темы, студенту необходимо изучить соответствующие разделы основной литературы и, по возможности, ознакомиться (прочитать) с соответствующими разделами дополнительной литературы, указанной в данном издании.

На практическом занятии студент самостоятельно курирует не менее одного больного: собирает жалобы и анамнез заболевания, проводит клиническое обследование ребенка (осмотр, пальпация, перкуссия и др.), анализирует данные лабораторных и других видов обследования (УЗИ, рентген, цитология, биопсия) и формулирует ориентировочный диагноз заболевания. После обсуждения полученных данных с преподавателем, студент формулирует клинический диагноз заболевания и составляет план лечения (или дообследования) курируемого ребенка.

При возможности студент участвует (в качестве ассистента) в проведении оперативных вмешательств, при перевязках прооперированных больных, дает рекомендации родителям по лечению и уходу за ребенком и т. д.

Проведенную работу студент под контролем преподавателя заносит в виде дневника в историю болезни курируемого больного, операционный журнал и др., а также в свою рабочую тетрадь (в виде дневника на день курации) по общепринятой схеме (жалобы, анамнез, клиника и т. д.). Все вышеизложенное позволяет выполнить целевые задачи занятия (овладеть необходимыми практическими навыками).

Самоконтроль усвоения темы: Решение ситуационных задач.

Литература

Основная

Бернадский, Ю. И. Основы челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии / Ю. И. Бернадский. Витебск, 1998.

Стоматология / Е. В. Боровский [и др.] ; под ред. Е. В. Боровского. М. : Медицина, 1987.

Стоматология детского возраста / Т. Ф. Виноградова [и др.]. М. : Медицина, 1987.

Стоматология детского возраста / А. А. Колесов [и др.] ; под ред. А. А. Колесова. 4-е изд., испр. и доп. М. : Медицина, 1991.

Стоматология детского возраста / Л. С. Персин [и др.]. М. : Медицина, 2003
Корсак, А. К. Опухоли челюстно-лицевой области у детей / А. К. Корсак. Минск : БГМУ, 2002.

Лекционный материал.

Дополнительная

Виноградова, Т. Ф. Диспансеризация детей у стоматолога / Т. Ф. Виноградова. М. : Медицина, 1988.

Годорожа, П. Д. Опухоли головы и шеи у детей / П. Д. Годорожа, Н. М. Годорожа. Кишинев, 1983,

Заболевания слизистой оболочки полости рта / Е. В. Боровский [и др.] ; под ред. Е. В. Боровского. М. : Медицина, 1984.

Козлов, В. А. Хирургическая стоматологическая помощь в поликлинике / В. А. Козлов. М. : Медицина, 1985.

Кондрашин, Н. М. Клиника и лечение гемангиом у детей / Н. М. Кондрашин. М. : Медицина, 1973.

Новообразования мягких тканей и костей лица у детей и подростков / А. А. Колесов [и др.]. М. : Медицина, 1989.

Пачес, А. М. Опухоли головы и шеи / А. М. Пачес. М. : Медицина, 1983.

Пигментные невусы и новообразования кожи / Н. И. Трапезников [и др.]. М. : Медицина, 1976.

Руководство по стоматологии детского возраста / под ред. А. И. Евдокимова, Т. Ф. Виноградовой. М. : Медицина, 1976.

Руководство по хирургической стоматологии / под ред. А. И. Евдокимова. М. : Медицина, 1972.

Робустова, Т. Г. Хирургическая стоматология / Т. Г. Робустова. М. : Медицина, 1990.

Солнцев, А. М. Доброкачественные опухоли лица, челюстей и органов полости рта / А. М. Солнцев, В. С. Колесов. Киев.

Хирургическая стоматология / В. А. Дунаевский [и др.] ; под ред. В. А. Дунаевского. Л. : Медицина, 1979.

Тема: Доброкачественные остеогенные и неостеогенные опухоли и опухолеподобные образования костей лицевого скелета у детей.

Клиника, диагностика и лечение

Время занятия — 7 учебных часов.

Мотивационная характеристика темы. Опухоли, опухолеподобные образования и дисплазии костей лицевого скелета составляют около 40 % всех опухолей челюстно-лицевой области у детей. Они в основном встречаются у детей 7–15 лет и значительно реже — у детей младшего возраста.

Все доброкачественные опухоли костей лица относят к первичным, т. е. опухолям, которые возникают непосредственно в самой кости из клеточных элементов, присущих только костной ткани (остеогенные опухоли) и из других соединительнотканых элементов, имеющих в кости: сосудов, нервов, периоста и т. д. (неостеогенные опухоли).

Имеются определенные трудности при диагностике опухолей, обусловленные отсутствием характерных и ранних симптомов заболевания. Как правило, опухоли выявляются лишь при выраженной деформации челюсти. Другие, более ранние признаки опухолевого роста в челюстях (подвижность, смещение зубов и др.) из-за высокой интенсивности и распространенности кариеса зубов у детей, рассматриваются врачом очень часто, как одонтогенное воспалительное заболевание с назначением соответствующего лечения (удаления зуба, физиотерапии и др.), что только способствует усилению роста опухоли.

Таким образом, вопросы ранней диагностики опухолей челюстей в детском возрасте являются чрезвычайно важными, часто определяющими успех лечения. Исходя из этого, каждый осмотр ребенка врачом-стоматологом должен проводиться с позиции онконастороженности. Для постановки диагноза опухоли кости, иногда достаточно клинико-рентгенологического и гистологического (биопсия) исследования. С учетом быстрого роста опухолей костей в детском возрасте оперативное вмешательство должно проводиться сразу же после постановки диагноза.

Цель занятия: изучить клинику, диагностику и лечение доброкачественных остеогенных и неостеогенных опухолей и опухолеподобных новообразований костей лицевого скелета у детей.

Задачи занятия. В результате освоения теоретической части темы студент должен **знать**:

Клинико-рентгенологические признаки и методы диагностики остеогенных и неостеогенных опухолей и опухолеподобных образований костей лицевого скелета у детей.

Схему диспансерного наблюдения за детьми с доброкачественными опухолями костей лицевого скелета.

В ходе практической части занятия студент должен **уметь** (овладеть следующими практическими навыками):

Обследовать ребенка с опухолью челюсти с формулировкой диагноза.

Читать рентгенограммы костей лицевого скелета и оценить данные рентгенологического обследования в виде заключения.

Составить план лечения ребенка с опухолью кости лицевого скелета с определением показаний к хирургическому лечению и объема оперативного вмешательства.

Взять материал для цитологического исследования (мазок, мазок-отпечаток, соскоб и др.).

Провести пункционную биопсию опухоли.

Провести инцизионную биопсию опухоли.

Требования к исходному уровню знаний: Для лучшего усвоения темы занятия студенту необходимо повторить:

из анатомии и морфологии — строение зубов и костей лицевого скелета, мягких тканей лица и органов полости рта, топографическую анатомию челюстно-лицевой области;

патологической анатомии — морфологию и гистологию доброкачественных опухолей костной ткани;

лучевой диагностики — методы лучевой диагностики в челюстно-лицевой области и правила описания рентгенограмм;

челюстно-лицевой хирургии — клинику и диагностику доброкачественных опухолей костей лицевого скелета у взрослых и методы их хирургического лечения.

Контрольные вопросы из смежных дисциплин:

Анатомо-физиологические особенности челюстно-лицевой области у детей.

Общая гистологическая характеристика доброкачественных остеогенных и неостеогенных опухолей костной ткани.

Методы лучевой диагностики в челюстно-лицевой области.

Доброкачественные опухоли костей лицевого скелета у взрослых и методы их лечения.

Контрольные вопросы по теме занятия:

Классификация опухолей костей лица у детей (А. А. Колесова).

Остеобластокластома челюстей. Классификация, клиника, диагностика и лечение центральной остеобластокластомы у детей.

Хондрома челюстей. Классификация, клиника, диагностика и лечение.

Остеома челюстей. Классификация, клиника, диагностика и лечение.

Фиброзная дисплазия костей лица. Херувизм. Классификация, клиника, диагностика и лечение.

Фиброма костей лица. Клиника, диагностика и лечение.

Внутрикостная гемангиома. Миксома костей лица. Клиника, диагностика и лечение.

Диспансеризация и реабилитация детей с доброкачественными опухолями костей лицевого скелета.

УЧЕБНЫЙ МАТЕРИАЛ

На основании литературных данных можно сказать, что опухоли костей лицевого скелета у детей составляют около 40 % всех опухолей челюстно-лицевой области. При этом, если опухоли мягких тканей челюстно-лицевой области диагностируются чаще всего в младшем детском возрасте (до 7 лет), то опухоли лицевых костей — чаще в период полового созревания (10–15 лет). Все доброкачественные опухоли костей лицевого скелета относят к первичным, т. е. образующимся из клеточных элементов костной ткани и из других клеточных элементов соединительной ткани, заложенных в кости.

В 1963 г. А. А. Колесовым была предложена классификация первичных опухолей и опухолеподобных образований челюстных костей (табл.).

Таблица

Опухоли		Опухолеподобные образования
Доброкачественные	Злокачественные	
А. Osteогенная группа		
1. Хондрома 2. Остеобластокластома (центральная и периферическая) 3. Остеоид-остеома 4. Остеома	1. Хондросаркома 2. Остеобластосаркома 3. Osteогенная саркома	1. Фиброзная дисплазия (однокостная, многокостная, херувизм) 2. Деформирующий остеоз
Б. Неosteогенная группа		
1. Миксома 2. Фиброма 3. Гемангиома 4. Неврофиброма 5. Неврилеммома 6. Холестеатома	1. Миксосаркома 2. Фибросаркома 3. Гемангиосаркома 4. Гемангиоэндотелиома 5. Саркома Юинга 6. Миелома	1. Эозинофильная гранулема
В. Одонтогенная группа		
1. Адамантинома 2. Одонтома мягкая 3. Цементома	1. Одонтогенная саркома 2. Одонтогенный рак	1. Одонтогенные кисты 2. Одонтома твердая

Более подробно одонтогенная группа опухолей представлена в классификации И. И. Ермолаева.

Остеобластокластома (гигантоклеточная опухоль, бурая опухоль, остеокластома) — это одна из наиболее часто встречающихся опухолей

челюстей в детском возрасте. Встречается в возрасте 7–12 лет и составляет 10 % от других доброкачественных опухолей челюстных костей. Нижняя челюсть поражается значительно чаще. Опухоль остеогенного происхождения, т. е. исходит из клеток присущих только костной ткани.

Остеобластокластомы подразделяют на центральные и периферические или так называемые гигантоклеточные эпюлисы (эпюлиды). Центральная остеобластокластома на нижней челюсти локализуется чаще всего в области премоляров и моляров, на верхней — в области премоляров.

Гистологически опухоль представлена хорошо васкулизированной тканью, состоящей из остеокластов, между которыми расположены гигантские клетки типа остеобластов. Также наблюдаются кровяные кисты и поля, вследствие эмбрионального типа кровоснабжения, что способствует оседанию и распаду эритроцитов с выделением гемосидерина, придающего опухоли бурую окраску. На основании клинико-рентгенологической картины различают 3 формы остеобластокластом: ячеистую, кистозную и литическую.

Ячеистая форма остеобластокластомы характеризуется медленным ростом. Больные жалуются на утолщение челюсти. Кость в области утолщения челюсти вздута, бугристая, симптом «пергаментного хруста» может отсутствовать. Слизистая оболочка обычно не изменена, пальпация безболезненна. Зубы, находящиеся в области опухоли, могут быть смещены, но, как правило, устойчивы и безболезненны при перкуссии. Болеют чаще дети старшего возраста (8–15 лет) и взрослые.

Рентгенологически отмечается множество мелких полостей или более крупных ячеистых образований, отделенных друг от друга костными перегородками. Возможно истончение кортикального слоя челюсти, челюсть вздута. Реакции со стороны надкостницы не наблюдается. Четкость границ опухоли в большинстве случаев достаточная, но не со всех сторон. Рентгенологическая картина во многом сходна с рентгенологической картиной адамантиномы.

Кистозная форма остеобластокластомы клинически чаще всего проявляется утолщением тела челюсти и жалобами на боли в зубах. Клинически при этом определяется симптом «пергаментного хруста» вследствие вздутия и истончения кортикальной пластинки челюсти. Иногда (при разрушении кортикальной пластинки) определяется «дефект» костной ткани. Зубы, находящиеся в очаге поражения, смещены и подвижны. При распространении опухоли за пределы костной ткани клиническая картина более выражена, т. к. появляются опухолевые разрастания на слизистой альвеолярного отростка. Ткань опухоли бугристая, синюшно-багровая, мягко-эластичная, может травмироваться зубами.

Опухоль на рентгенограмме представлена обширным очагом деструкции в виде кисты гомогенного характера. Однако границы очага деструк-

ции менее четкие, чем при кисте и нет связи с «причинным зубом». Кортикальный слой челюсти истончен. Во многих случаях имеется несколько крупных очагов деструкции костной ткани с наличием истонченных костных перегородок (промежуточная форма). Возможна дивергенция корней зубов, а также их частичная резорбция.

Литическая форма остеобластокластомы развивается очень быстро. Болеют чаще дети младшего возраста. Нередко первыми симптомами являются боли в зубах и челюсти. Клинически, в развившейся стадии, челюсть утолщена, зубы смещены, подвижны, болезненны при перкуссии. Слизистая цианотична. Пальпаторно определяется разрушение кортикальной пластинки челюсти, возможна боль при пальпации. При распространении опухоли за пределы кости она прорастает в полость рта с типичной клинической картиной (см. выше). Рентгенологически литическая форма чаще всего представлена гомогенным очагом деструкции костной ткани с нечеткими границами, кортикальная пластинка вздута, но иногда уже разрушена и не прослеживается. Возможна резорбция корней зубов в очаге поражения. По клинико-рентгенологической картине опухоль напоминает остеолитическую саркому, с чем ее и следует дифференцировать в первую очередь. Окончательный диагноз — остеобластокластома — ставят на основании гистологического исследования опухоли.

Лечение остеобластокластом — хирургическое, с учетом размеров и клинико-рентгенологической формы новообразования. При ячеистой и кистозной формах остеобластокластом возможна экскохлеация (выскабливание) опухоли с тщательным фрезированием граничащих с ней участков кости. При этом подлежат удалению все зубы, находящиеся в очаге поражения. После экскохлеации рана рыхло тампонируется йодоформной марлей и заживает далее вторичным натяжением. В детском возрасте эта операция предпочтительнее, т. к. является щадящим оперативным вмешательством.

Однако, учитывая склонность остеобластокластом к рецидивированию, кроме выскабливания применяют и более радикальные методы лечения: блоковую резекцию челюсти в пределах здоровых тканей, а также резекцию челюсти в пределах здоровых тканей с нарушением непрерывности тела челюсти и одномоментной костной пластикой. Данные операции наиболее целесообразны при литической форме опухоли, т. к. преимуществом их является меньшая вероятность рецидива. После операции дети, как правило, нуждаются в зубопротезировании и ортодонтическом лечении.

Хондрома — доброкачественная опухоль, состоящая из зрелой хрящевой ткани. Это редкая опухоль, наблюдается преимущественно у детей старшего возраста. Их подразделяют на центральные (энхондромы) и периферические (эксхондромы). Опухоль локализуется чаще на верхней че-

люсти в переднем ее отделе по ходу срединного шва (по линии срастания). Эта локализация является одним из диагностических признаков. Растет хондрома медленно.

Экхондрома расположена вне кости и имеет основание. Опухоль обычно округлая, бугристая, плотная, безболезненная при пальпации и покрыта неизменной слизистой. С учетом локализации она может вести к деформации верхней губы и носа.

Рентгенологически на вестибулярной поверхности верхней челюсти определяется образование округлой формы с участками обызвествления (крапчатый рисунок) с нечеткими наружными границами.

Энхондрома, кроме верхней челюсти, может поражать и нижнюю (реже). Локализуясь внутри переднего отдела верхней челюсти, опухоль вызывает подвижность, смещение и болезненность фронтальных зубов, утолщение альвеолярного отростка и нёба. Пальпаторно определяется пергаментный хруст, вздутие кортикальной пластинки. Слизистая оболочка над опухолью не изменена.

Рентгенологически опухоль иногда имеет сходство с кистой, вследствие наличия очага деструкции костной ткани овальной формы с четкими границами, в которой могут быть корни зубов с резорбирующимися верхушками. Иногда в очаге имеются участки петрификации и окостенения. Иногда опухоль рентгенологически представляет собой обызвествленный конгломерат с типичной локализацией.

Лечение хондром исключительно хирургическое. Учитывая склонность опухоли к рецидивированию, а при этом и к малигнизации, показана операция резекции челюсти в пределах здоровых тканей, несколько более щадящая, чем при злокачественных опухолях.

Остеома — медленно растущая (годами и даже десятилетиями) доброкачественная опухоль, состоящая из зрелой костной ткани. Выявляется у детей старшего возраста. Различают губчатые и плотные (компактные) остеомы. Они могут иметь периферическое и центральное расположение. У детей одним из симптомов остеомы может быть задержка прорезывания или нарушение положения зубов.

Центральные остеомы, развиваясь из кости челюсти, вызывают постепенную деформацию ее, ведущую к косметическим и даже функциональным нарушениям (нарушение функции жевания, ограничение подвижности нижней челюсти) и т. д. Даже при больших размерах опухоль не вызывает боли и не малигнизируется. Клиническое течение ее во многом обусловлено локализацией. Так, на верхней челюсти она может привести к экзофтальму, нарушению носового дыхания и т. д.

Рентгенологически центральные остеомы выявляются в виде очагов интенсивного уплотнения, округлой формы с нечеткими контурами. При этом строение губчатой остеомы соответствует строению губчатой кости,

но с беспорядочным расположением костных перекладин. Компактная (плотная) остеома имеет однородное строение в виде плотного образования с резко очерченными границами. В обоих случаях рентгенологически определяется утолщение и деформация челюсти.

При периферическом расположении остеом опухоль представлена в виде образования на поверхности челюсти, покрытого неизменной слизистой или кожей. Рентгенологически опухоль имеет форму выступа, шипа или нароста и интимно соединяется с кортикальной пластинкой челюсти. Контуры опухоли четкие, структура однородная, компактная. К периферическим остеомам близки так называемые экзостозы и остеофиты, локализующиеся, как правило, на альвеолярных отростках челюстей в виде костных выступов. Природа их спорна. Некоторые считают их истинными опухолями, однако нельзя исключить и реакцию надкостницы вследствие ее хронической травмы, воспаления и т. п. Гистологически плотная остеома, в отличие от обычного компактного слоя кости, не имеет типичных остеомных структур. Строение губчатой остеомы соответствует губчатой кости, но при этом отсутствует регулярное расположение костных перекладин.

Лечение остеом хирургическое. Однако операция показана лишь в тех случаях, когда остеома вызывает явные косметические или функциональные нарушения. Оперативное вмешательство заключается в радикальном удалении опухоли в пределах здоровых тканей. Учитывая очень медленный рост и отсутствие малигнизации, оперативное вмешательство в детском возрасте, как правило, не проводят.

Удаление всякого рода костных выступов, экзостозов, остеофитов и т. п. показано в тех случаях, когда они причиняют боль, вызывают косметические или функциональные нарушения или препятствуют ортодонтическому лечению или зубопротезированию.

Фиброма — первичная опухоль костной ткани неостеогенного происхождения, состоящая из соединительнотканых элементов. У детей различают две разновидности неодонтогенных фибром.

Десмопластическая фиброма — обнаруживается у детей до 3–5 лет, чаще у мальчиков и локализуется преимущественно в нижней челюсти. Опухоль растет очень быстро, но рост ее не сопровождается болью. В течение нескольких месяцев опухоль достигает значительных размеров. Появление асимметрии лица свидетельствует о том, что опухоль вышла за пределы кости, разрушив кортикальную пластинку, и распространяется в мягкие ткани. При пальпации опухоль эластичная, с четкими контурами, спаяна с челюстью. Однако в полости рта альвеолярный отросток может быть не изменен, т. к. опухоль растет книзу и кнаружи, окружая челюсть. Кожа над ней в цвете не изменена.

Рентгенологически в начале заболевания опухоль представлена очагом деструкции костной ткани округлой формы, но без четких границ. При разрушении кортикальной пластинки появляются шипообразные костные выросты в области нижнего края нижней челюсти («бахромчатый периостит») как результат реактивного остеогенеза. Иногда имеется рентгенологическая картина периостального козырька. Отличительным признаком опухоли является разрушение челюсти, а не вздутие ее. Опухоль следует дифференцировать от саркомы челюсти, что возможно окончательно только после биопсии.

Лечение только хирургическое — резекция челюсти в пределах здоровых тканей (частичная или блоковая).

Оссифицирующая (петрифицирующая) фиброма или фиброостеома — проявляется исключительно в челюстных костях. Опухоль выявляется только у детей старшего возраста (чаще у мальчиков).

Клинически проявляется утолщением челюсти. При значительной деформации пальпаторно определяется разрушение кортикальной пластинки челюсти, крепитация, однако пальпация безболезненна. Зубы в очаге поражения смещаются.

Рентгенологически определяется очаг деструкции костной ткани с ровными четкими контурами (склеротическая кайма). В очаге деструкции определяются очаги кальцификации в виде «снежной бури». Опухоль вызывает вздутие челюсти и истончение кортикальной пластинки. Реакция надкостницы отсутствует.

Диагностика опухоли затруднительна, т. к. она клинико-рентгенологически почти идентична фиброзной дисплазии. Окончательный диагноз ставят на основании гистологического исследования.

Лечение заключается в радикальном удалении опухоли в пределах здоровых тканей. Некоторые авторы допускают операцию экскохлеации опухоли с последующим фрезированием и химической обработкой костной раны.

Миксома — редкая опухоль костной ткани неостеогенного (мезенхимального) происхождения, наблюдающаяся чаще в юношеском возрасте.

Клинически опухоль проявляется утолщением челюсти. При пальпации челюсть плотная, безболезненная, с гладкой поверхностью. На нижней челюсти возможен симптом Венсана. При значительном размере опухоли наблюдается смещение и расшатанность зубов. У некоторых больных определяется увеличение регионарных лимфатических узлов.

Гистологически опухоль состоит из звездчатых клеток, располагающихся в студнеобразном основном веществе, пронизанном мелкими сосудами.

Рентгенологическая картина миксом неоднородна и представлена чаще всего в виде округлых или овальных очагов деструкции костной

ткани. Возможен моноочаг деструкции кости с бухтообразными углублениями и с наличием костных перекладин, что придает опухоли крупнопетлистый рисунок. Границы опухоли неконтрастны, нередко отсутствуют. Кортикальная пластинка челюсти истончена. Реакция надкостницы отсутствует. Иногда опухоль рентгенологически похожа на кисту челюсти. Диагностика опухоли затруднительна и возможна лишь на основании гистологического исследования.

Лечение миксом только хирургическое — резекция челюсти в пределах здоровой кости. В противном случае, возможен рецидив опухоли.

Костная гемангиома — опухоль костной ткани неостеогенной природы. Встречается у детей в любом возрасте. Она часто сочетается с гемангиомами мягких тканей челюстно-лицевой области. Изолированная гемангиома челюсти встречается реже и часто может протекать бессимптомно, обнаруживаясь при рентгенообследовании во время лечения зубов. При костной гемангиоме больные жалуются на деформацию челюсти, расшатанность зубов, гипертрофию и кровоточивость десневых сосочков. В более поздних стадиях, при разрушении кортикального слоя челюсти и прорастании опухоли в мягкие ткани, на альвеолярном отростке появляются опухолевые разрастания, легко и обильно кровоточащие при травмировании. В некоторых случаях челюсть вовлекается в патологический процесс вторично в результате прорастания гемангиом из окружающих мягких тканей.

Рентгенологически костная структура челюсти приобретает крупноячеистый характер. Иногда видны округлой формы очаги деструкции, окаймленные склеротическим ободком. Иногда вокруг центрального очага разряжения располагается несколько кистеобразных очагов. Возможна дивергенция корней зубов и их рассасывание, иногда зубы как бы «висят» в воздухе. На верхней челюсти рентгенкартина сопровождается затемнением верхнечелюстной пазухи. У детей костная гемангиома может вызвать задержку формирования корней постоянных зубов. Иногда рентгенологически определяется резорбция межзубных перегородок, напоминая резорбцию кости при пародонтозе.

Диагностика гемангиом при сочетанном поражении мягких тканей обычно не представляет трудностей. При изолированном поражении кости — затруднительна. В этом случае доступным методом диагностики является диагностическая пункция опухоли. Появление в шприце большого количества чистой крови свидетельствует о гемангиоме.

Лечение внутрикостных гемангиом хирургическое — резекция челюсти в пределах здоровой кости с одномоментной костной пластикой и (или) биологической тампонадой костных полостей. Имеется очень большой риск оперативного вмешательства при хирургическом лечении гемангиом, вследствие профузных кровотечений. Данная операция требует

предварительной перевязки наружной сонной артерии. В предоперационном периоде обычно требуется ангиография. При высоком риске хирургического вмешательства используют лучевую терапию, хотя некоторые авторы оспаривают лучевой метод лечения внутрикостных гемангиом.

Врачу-стоматологу поликлиники следует помнить, что удаление зубов у детей с признаками гемангиомы мягких тканей челюстно-лицевой области и полости рта часто представляет опасность для жизни ребенка, вследствие профузных кровотечений. Осуществлять эту операцию лучше всего в условиях стационара после тщательного обследования и подготовки больного.

Фиброзная дисплазия (фиброзная остеодисплазия) — опухолеподобное образование, являющееся пороком развития кости в эмбриональном периоде. Заболевание врожденное, но проявляется чаще в возрасте 7–12 лет, т. е. в период интенсивного роста лицевых костей. Заболевание составляет около 22 % от общего количества новообразований лицевого скелета у детей.

По клиническому проявлению выделяют моноссальную и полиоссальную формы фиброзной дисплазии. Кроме того, выделяют особую форму фиброзной дисплазии лицевого скелета, так называемый херувизм. По характеру разрастаний в кости различают очаговую и диффузную формы фиброзной дисплазии.

Клинически ведущим симптомом моноссальной формы фиброзной дисплазии является утолщение челюсти. На нижней челюсти поражаются тело, угол и ветвь челюсти, без нарушения функции жевания. На верхней челюсти часто возникают вторичные деформации ее с нарушением функций: носового дыхания, обоняния, зрения, экзофтальм и т. д. При пальпации челюсть плотная, увеличенная в размерах, вздута, покрыта неизменной слизистой, безболезненна. Клинически увеличение челюсти в размерах (рост опухоли) медленное, но у детей возможен и быстрый рост опухоли, а также цикличность развития заболевания, т. е. чередование периодов быстрого роста с периодами затишья.

Рентгенологическая картина при фиброзной дисплазии многообразна. Характерным является увеличение кости в объеме, истончение кортикального слоя. Характерен мелкосетчатый, пятнистый или «ватный» рисунок. При очаговых формах определяются очаги просветления в кости, имеющие овальную форму, ячеистый рисунок. Рассасывания корней при этом не наблюдается. При поражении верхней челюсти определяется тотальное затемнение верхнечелюстной пазухи.

Рентгенологическая картина при фиброзной дисплазии практически определяется гистологическим строением кости. Микроскопически чаще всего имеются разрастания волокнистой фиброзной ткани, на фоне которых разбросаны костные (остеоидные) образования в виде причудливых

переплетов. Кроме того, наряду с зонами примитивного построения костных балочек имеются зоны, где расположено большое количество остеокластов и остеобластов.

Значительно реже встречается полиоссальная форма фиброзной дисплазии, т. е. поражение нескольких костей, чаще одной анатомической области. Принципиальной разницы в клинико-рентгенологической картине между этими формами нет. Одной из разновидностей полиоссальной формы фиброзной дисплазии является *синдром Олбрайта* — помимо поражения костей имеются пигментные пятна на коже туловища и признаки раннего полового созревания. Синдром описан у девочек. Окончательный диагноз фиброзной дисплазии ставят на основании данных гистологического исследования после биопсии образования.

Лечение фиброзной дисплазии хирургическое. При очаговых формах лечение заключается в экскохлеации (выскабливании) опухоли до здоровой кости с фрезированием (удалением) прилежащих участков костной ткани. При диффузных формах, при отсутствии процессов оссификации, показана резекция челюсти в пределах здоровых тканей, возможно с одномоментной костной пластикой. Однако при выраженной оссификации патологического очага и при отсутствии признаков роста опухоли у детей старшего возраста возможна операция коррекции (моделирования) челюсти.

Херувизм — особая форма фиброзной дисплазии костей лицевого скелета. Это — наследственное заболевание, которое обнаруживается в первые годы жизни ребенка. Для него характерно симметричное утолщение только нижней челюсти в боковых отделах ее или же одновременное симметричное утолщение верхней и нижней челюстей. Наряду с этим наблюдаются множественные пороки развития зубов (ретенция, адентия, дистопия и т. п.). Таким образом, имеется порок развития не только мезодермы, но и эктодермы.

Рентгенологически утолщенная челюсть имеет ячеистый рисунок, кость вздута, кортикальная пластинка истончена. С возрастом количество полостей (ячеек) уменьшается вследствие оссификации. Кроме того, рентгенологически определяются множественные пороки развития зубов и твердых тканей зубов. Болезнь прогрессирует обычно до периода полового созревания, а далее процесс затихает и отмечается тенденция к интенсивному костеобразованию в патологических очагах.

Диагностика херувизма обычно не представляет трудностей из-за типичной клинико-рентгенологической картины.

Лечение больных комплексное. В начале проводится ортодонтическое лечение. В отдельных случаях, при резко выраженной деформации челюсти, показано хирургическое лечение — выскабливание патологических очагов, как и при обычной фиброзной дисплазии. Операция моделирования челюсти проводится, как правило, в старшем возрасте по эстетическим

показаниям и после оссификации патологических очагов. В дальнейшем при потере зубов, аномалиях их формы и т. п. показано зубопротезирование.

В основе оказания помощи онкологическим больным лежит диспансерный метод. Он дает возможность своевременно выявить заболевание, обеспечить своевременное лечение, путем динамического наблюдения помогает рано выявить рецидивы и другие осложнения, обеспечивает нормализацию или компенсацию нарушенных в результате заболевания функций зубочелюстной системы, т. е. является предпосылкой реабилитации больного.

Таким образом, диспансерное наблюдение за больным с доброкачественными опухолями костей лицевого скелета должно быть установлено с момента постановки диагноза или выявления заболевания. На этом этапе чрезвычайно важное значение имеет ранняя диагностика опухоли, т. к. именно от размеров опухоли чаще всего зависит как объем оперативного или другого вмешательства, так и необходимость в дальнейшем ортодонтического и ортопедического лечения. Кроме того, от этого зависит необходимость и объем последующих восстановительных операций в челюстно-лицевой области, а также необходимость операций по эстетическим (косметическим) показаниям. Поздний диагноз, как правило, значительно усугубляет эти проблемы.

Основой ранней диагностики опухолей является *онкологическая настороженность* детских стоматологов, о чем мы уже говорили ранее.

После постановки диагноза следующий этап — лечение детей с доброкачественными опухолями костей лицевого скелета, которое, как правило, является хирургическим.

Далее, после операции, дети должны находиться на диспансерном наблюдении.

Всем детям после хирургического удаления опухолей челюсти, если имеются дефекты костной ткани, необходимо протезирование. После операций резекции челюсти с одномоментной костной пластикой дети нуждаются в ортодонтической помощи до окончания роста костей лицевого скелета.

В задачи послеоперационного диспансерного наблюдения, помимо вышеизложенного, входит контроль за возможностью рецидива опухоли, восстановление нарушенных функций, нормализация анатомических форм различных отделов лица и челюстей, обеспечение нормального роста неповрежденных участков органов и тканей. Таким образом, диспансерное наблюдение при доброкачественных опухолях костей лицевого скелета осуществляется до совершеннолетия ребенка. Немаловажным компонентом в этом периоде является санация полости рта. Существенная роль в диспансерном методе принадлежит и противоопухолевой пропаганде, как важной мере по ранней диагностике опухолей.

Все вышеизложенное, от момента обращения ребенка к врачу, до восстановления нарушенных в результате заболевания анатомических форм органов и тканей и функций зубочелюстной системы, обеспечивает (реализуясь на практике) медицинскую реабилитацию детей с доброкачественными опухолями и опухолеподобными образованиями костей лицевого скелета.

ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТА

Для самостоятельного изучения темы студенту вначале следует ознакомиться с контрольными вопросами по теме занятия, а также внимательно изучить учебно-методическое пособие для того, чтобы ответить на контрольные вопросы по теме занятия. В дальнейшем, для более углубленного изучения темы, студенту необходимо изучить соответствующие разделы основной литературы и, по возможности, ознакомиться (прочсть) с соответствующими разделами дополнительной литературы, указанной в данном издании.

На практическом занятии студент самостоятельно курирует не менее одного больного: собирает жалобы и анамнез заболевания, проводит клиническое обследование ребенка (осмотр, пальпация, перкуссия и др.), анализирует данные лабораторных и других видов обследования (УЗИ, рентген, цитология, биопсия) и формулирует ориентировочный диагноз заболевания. После обсуждения полученных данных с преподавателем, студент формулирует клинический диагноз заболевания и составляет план лечения (или дообследования) курируемого ребенка.

Проведенную работу студент под контролем преподавателя заносит в виде дневника в историю болезни курируемого больного, операционный журнал и др., а также в свою рабочую тетрадь (в виде дневника на день курации) по общепринятой схеме (жалобы, анамнез, клиника и т. д.). Все вышеизложенное позволяет выполнить целевые задачи занятия (овладеть необходимыми практическими навыками).

Самоконтроль усвоения темы: решение ситуационных задач.

ЛИТЕРАТУРА

Основная

Бернадский, Ю. И. Основы челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии / Ю. И. Бернадский. Витебск, 1998.

Стоматология / Е. В. Боровский [и др.] ; под ред. Е. В. Боровского. М. : Медицина, 1987.

Стоматология детского возраста / Т. Ф. Виноградова [и др.]. М. : Медицина, 1987.

Стоматология детского возраста / А. А. Колесов [и др.] ; под ред. А. А. Колесова. 4-е изд., испр. и доп. М. : Медицина, 1991.

Стоматология детского возраста / Л. С. Персин [и др.]. М. : Медицина, 2003
Корсак, А. К. Опухоли челюстно-лицевой области у детей / А. К. Корсак. Минск : БГМУ, 2002.

Лекционный материал.

Дополнительная

Виноградова, Т. Ф. Диспансеризация детей у стоматолога / Т. Ф. Виноградова. М. : Медицина, 1988.

Годорожа, П. Д. Опухоли головы и шеи у детей / П. Д. Годорожа, Н. М. Годорожа. Кишинев, 1983.

Заболевания слизистой оболочки полости рта / Е. В. Боровский [и др.] ; под ред. Е. В. Боровского. М. : Медицина, 1984.

Козлов, В. А. Хирургическая стоматологическая помощь в поликлинике / В. А. Козлов. М. : Медицина, 1985.

Новообразования мягких тканей и костей лица у детей и подростков / А. А. Колесов [и др.]. М. : Медицина, 1989.

Пачес, А. М. Опухоли головы и шеи / А. М. Пачес. М. : Медицина, 1983.

Руководство по стоматологии детского возраста / под ред. А. И. Евдокимова, Т. Ф. Виноградовой. М. : Медицина, 1976.

Руководство по хирургической стоматологии / под ред. А. И. Евдокимова. М. : Медицина, 1972.

Робустова, Т. Г. Хирургическая стоматология / Т. Г. Робустова. М. : Медицина, 1990.

Солнцев, А. М. Доброкачественные опухоли лица, челюстей и органов полости рта / А. М. Солнцев, В. С. Колесов. Киев, 1985.

Хирургическая стоматология / В. А. Дунаевский [и др.] ; под ред. В. А. Дунаевского. Л. : Медицина, 1979.

Тема: Одонтогенные опухоли костей лицевого скелета у детей.
**Доброкачественные опухоли и опухолеподобные образования
слюнных желез у детей. Клиника, диагностика и лечение**

Время занятия — 7 учебных часов.

Мотивационная характеристика темы. Среди новообразований челюстей особое место занимают одонтогенные опухоли, возникновение которых связано с пороком развития тканей, из которых формируется зуб или с наличием зуба в челюсти. Новообразования этой группы относятся к органоспецифическим и встречаются только в челюстных костях. Они составляют свыше 51% от общего количества всех доброкачественных опухолей и опухолеподобных образований челюстных костей. Среди доброкачественных одонтогенных опухолей истинную опухолевую природу имеют лишь некоторые из них (амелобластома, фолликулярная киста, одонтогенная фиброма, цементома). Остальные одонтогенные новообразования часто являются результатом диспластических процессов и пороков развития зубов (твердая одонтома, первичная киста) или хронического одонтогенного воспаления (одонтогенные кисты воспалительной природы), которые встречаются у детей в большинстве случаев.

Опухоли слюнных желез у детей встречаются относительно редко (около 5 % опухолей челюстно-лицевой области). Среди них выделяют опухоли эпителиальной природы (аденома, аденолимфома, смешанная опухоль) и опухоли неэпителиальной природы (ангиомы, фибромы, липомы и др.). Кроме того, отдельно выделяют кисты больших и малых (слизистых) слюнных желез. Эпителиальные опухоли (аденомы) и опухолеподобные образования слюнных желез (кисты) составляют абсолютное большинство новообразований слюнных желез у детей.

Для постановки диагноза опухоли костей лицевого скелета или слюнных желез требуется клинико-рентгенологическое обследование, а также биопсия опухоли. С учетом быстрого роста опухолей у детей чрезвычайно важным является ее ранняя диагностика и своевременно проведенное оперативное лечение.

Цель занятия: изучить клинику, диагностику и лечение одонтогенных опухолей челюстей, а также доброкачественных опухолей и опухолеподобных новообразований слюнных желез у детей.

Задачи занятия. В результате освоения теоретической части темы студент должен **знать**:

Клинико-рентгенологические признаки и методы диагностики одонтогенных опухолей челюстей, а также опухолей и опухолеподобных новообразований слюнных желез у детей.

Схему диспансерного наблюдения за детьми с онкостоматологическими заболеваниями.

Задачи и алгоритм проведения операции цистотомии и цистэктомии при одонтогенных кистах.

В ходе практической части занятия студент должен **уметь** (овладеть следующими практическими навыками):

Обследовать ребенка с одонтогенной опухолью и опухолью слюнной железы с формулировкой диагноза.

Читать рентгенограммы зубов и челюстей, контрастные сиалограммы и цистограммы и оценить результаты обследования в виде заключения.

Провести пункционную биопсию опухоли челюсти или слюнной железы.

Провести инцизионную биопсию опухоли.

Составить план лечения ребенка с одонтогенными опухолями и опухолями слюнных желез с определением показаний и объема хирургического вмешательства.

Взять материал для цитологического исследования (мазок, соскоб, отпечаток и др.).

Требования к исходному уровню знаний. Для лучшего усвоения темы данного занятия студенту необходимо повторить:

из анатомии и морфологии — строение зубов и костей лицевого скелета, слюнных желез, топографическую анатомию челюстно-лицевой области у детей;

патологической анатомии — морфологию и гистологию доброкачественных опухолей костной ткани и слюнных желез;

лучевой диагностики — методы лучевой диагностики в челюстно-лицевой области и правила описания рентгенограмм;

челюстно-лицевой хирургии — клинику и диагностику одонтогенных опухолей челюстей и опухолей слюнных желез у взрослых, а также методы их хирургического лечения.

Контрольные вопросы из смежных дисциплин:

Анатомо-физиологические особенности строения зубов и челюстей у детей.

Анатомия и физиология слюнных желез.

Общая гистологическая характеристика доброкачественных опухолей костной ткани, слюнных желез.

Методы лучевой диагностики в челюстно-лицевой области.

Одонтогенные опухоли челюстей у взрослых и методы их хирургического лечения.

Доброкачественные опухоли слюнных желез у взрослых и методы их хирургического лечения.

Контрольные вопросы по теме занятия:

Классификация одонтогенных опухолей и опухолеподобных образований челюстно-лицевой области (И. И. Ермолаева).

Амелобластома (адамантинома) у детей. Клиника, диагностика и лечение.

Одонтогенные кисты (фолликулярная, первичная или кератокиста, киста прорезывания). Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика и лечение у детей.

Цементома, твердая одонтома у детей. Клиника, диагностика и лечение.

Эпулисы (эпулиды). Классификация, клиника, диагностика и лечение у детей.

Доброкачественные опухоли слюнных желез у детей (аденома, аденолимфома, смешанная опухоль). Клиника, диагностика и лечение.

Кисты слюнных желез у детей. Этиология, клиника, диагностика и лечение.

УЧЕБНЫЙ МАТЕРИАЛ

Среди новообразований челюстей особое место занимают одонтогенные опухоли, образование которых связано с пороком развития тканей, из которых формируется зуб или с наличием зуба в челюсти (серия № 5 МГКО). Новообразования этой группы относятся к органоспецифическим и встречаются только в челюстных костях. Они составляют свыше 51 % от общего количества всех доброкачественных опухолей и опухолеподобных образований челюстных костей (И. И. Ермолаев, 1964). Среди одонтогенных образований истинную опухолевую природу имеют лишь некоторые из них: амелобластома, мягкая одонтома, одонтогенная фиброма, цементома, фолликулярная киста и др.). Остальные одонтогенные новообразования часто являются результатом пороков развития зубов (твердая одонтома) или хронического одонтогенного воспаления (одонтогенные кисты воспалительной природы) и встречаются в детском возрасте в большинстве случаев.

Классификацию одонтогенных опухолей и опухолеподобных образований предложил И. И. Ермолаев (1964 г.).

I. Одонтогенные образования эпителиальной природы: адамантиномы (амелобластомы) — все морфологические разновидности;

одонтогенные кисты воспалительного происхождения:

а) корневая;

б) зубосодержащая;

в) парадентальная (условно);

одонтогенные кисты, являющиеся пороком развития зубообразовательного эпителия:

- а) первичные;
 - б) фолликулярные;
 - в) прорезывания (условно);
- одонтогенные раки.

II. Одонтогенные образования соединительнотканной природы:

- одонтогенная фиброма;
- цементома (все морфологические разновидности);
- одонтогенная саркома.

III. Одонтогенные образования эпителиальной и соединительнотканной (смешанной) природы:

- мягкие одонтомы;
- твердые обызвествленные одонтомы (все морфологические разновидности).

Адамантинома или амелобластома — доброкачественная одонтогенная опухоль эпителиальной природы. Обнаруживается у детей в основном после 10 лет, но может встречаться и в более раннем возрасте. Чаще локализуется на нижней челюсти (93,4 %).

Опухоль развивается в результате разрастания клеток эмалевого органа в костной ткани челюсти в виде центрального новообразования. Излюбленная локализация — угол и ветвь нижней челюсти. Морфологически различают 9 вариантов опухоли (И. И. Ермолаев).

Рентгенологически выделяют 2 вида амелобластом: плотную (солидную) и кистозную (поли- и монокистозную) формы.

Опухоль обладает инфильтративным ростом. Растет медленно. Клинически угол, тело и ветвь нижней челюсти утолщены, безболезненны при пальпации. Кожа в цвете не изменена. Кортикальная пластинка челюсти истончается, а местами исчезает вовсе. Происходит атрофия костной ткани. Ввиду разрушения кортикальной пластинки может появиться крепитация (симптом «пергаментного хруста»). Опухоль растет преимущественно наружу, возможно ее распространение и в язычную сторону. На верхней челюсти прорастает в гайморову пазуху. Адамантинномы растут безболезненно. При нагноенности опухоли появляются признаки воспалительного процесса (отечность и инфильтрация мягких тканей, образование свищей с серозно-гнойным отделяемым. По мере роста опухоли могут смещаться и расшатываться интактные зубы.

На рентгенограмме отмечается наличие округлых полостей (или полостей), отделенных друг от друга костными перегородками. Полости могут соприкасаться, накладываться и сливаться друг с другом. Тень опухоли (прозрачность) неоднородна (в центре большая прозрачность, по перифе-

рии меньшая). Контур очага поражения волнистый («фестончатый») — симптом «мыльных пузырей».

Адамантиномы следует дифференцировать с одонтогенными кистами, остеобластокластомой, злокачественными опухолями и др. Дифференциальная диагностика проводится на основании данных рентгенологического и морфологического исследований. В 4–5 % случаев возможно озлакачествление адамантиномы (метастазирование в регионарные лимфоузлы, в кости черепа, легкие).

Лечение адамантином хирургическое. Объем операции зависит от размера опухоли, ее локализации и возраста ребенка. При расположении опухоли в костном массиве производят частичную резекцию челюсти с сохранением ее непрерывности. При обширных опухолях, распространяющихся на край нижней челюсти, производят резекцию в пределах здоровых тканей с нарушением ее непрерывности, а при значительном разрушении ветви проводят резекцию челюсти в пределах здоровых тканей с экзартикуляцией (вычленением в суставе).

Удаление опухоли сопровождается образованием дефекта челюсти (частичном или полным). Частичный дефект челюсти может быть замещен протезом. Протезирование должно быть ранним и, как правило, проводится в стационаре. Дальнейшее наблюдение за ребенком осуществляет ортодонт по месту жительства.

Резекция челюсти по поводу опухоли с нарушением ее непрерывности почти всегда должна сопровождаться первичной (реже отсроченной) костной пластикой. Если в силу определенных причин провести первичную костную пластику невозможно, необходимо организовать послеоперационное ортодонтическое лечение, направленное на восстановление нарушенных анатомо-функциональных взаимоотношений различных отделов лица, обеспечение гармоничного роста и развития челюстей. Диспансерное наблюдение осуществляется до окончания формирования челюстно-лицевой области и восстановления всех функций, нарушенных в результате оперативного вмешательства.

При неправильно выбранном методе удаления опухоли (например, выскабливание вместо частичной резекции челюсти, удаление опухоли не в пределах здоровых тканей и т. д.) возможны рецидивы адамантином. Поэтому хирургическое лечение их должно быть радикальным с последующим обязательным диспансерным наблюдением.

Одонтогенные кисты — доброкачественные опухолеподобные образования, состоящие из зрелых клеточных элементов. По генезу различают одонтогенные кисты воспалительного характера (корневая, зубосодержащая, парадентальная) и кисты, образовавшиеся в результате порока развития зубообразовательного эпителия (фолликулярная, первичная или кератокиста, киста прорезывания).

У детей одонтогенные кисты обычно обнаруживаются в возрасте 7–12 лет, причем у мальчиков чаще, чем у девочек. Примерно у 90 % больных детей одонтогенные кисты локализуются в области молочных моляров (зубосодержащая киста). На нижней челюсти кисты развиваются в 3–4 раза чаще, чем на верхней. Киста представляет собой полое образование, выстланное соединительнотканной оболочкой и заполненное жидкостью желтого цвета, содержащей холестерин.

Одонтогенные кисты составляют более половины (а у детей и того более) от общего числа всех доброкачественных опухолей челюстных костей. Одонтогенная киста — это опухоль, развитие которой связано с зубами и их зачатками, зубообразовательным эпителием и т. д.

Фолликулярная киста развивается вследствие порока развития зубообразовательного эпителия и у детей обнаруживается редко. Источником развития кисты является зачаток сверхкомплектного зуба или сформировавшийся ретинированный зуб (чаще клыки верхней челюсти и зубы мудрости). Возможно бессимптомное течение кисты. В этих случаях она случайно обнаруживается на рентгенограмме. В других случаях киста характеризуется различными симптомами.

Первичный клинический признак фолликулярной кисты — медленное и безболезненное увеличение кости в объеме либо задержка прорезывания постоянного зуба, отсутствие резорбции корней временного зуба. Деформированный участок кости покрыт неизменной по цвету слизистой оболочкой. При больших размерах кисты костная стенка челюсти истончается и при пальпации появляется симптом «пергаментного хруста». У детей иногда этот симптом отсутствует, что можно объяснить эластичностью костной ткани растущих челюстей. Если киста расположена в области верхней челюсти, то она может прорасти в гайморову пазуху. При нагноении кисты развивается клиника острого гнойного периостита. На верхней челюсти нагноение кисты может сопровождаться клинико-рентгенологическими симптомами острого или хронического гайморита или остеомиелита.

На рентгенограмме очаг деструкции костной ткани округлой формы, с четкими, ровными контурами, содержащий зуб или зачаток зуба. Контур очага склерозированы. Характерной особенностью является отсутствие компактной пластинки фолликула зуба, а также дистопия, смещение и поворот зуба. При остром воспалении и нагноении кисты участок разрушения кости округлой формы и контуры его теряют четкость. При прорастании фолликулярной кисты в гайморову пазуху выявление ее возможно с помощью рентгенографии гайморовых пазух либо при помощи контрастной рентгенографии. У детей контрастируют полость кисты.

Диагноз фолликулярной кисты основывается на сопоставлении данных клинического и рентгенологического обследований. В отдельных случаях производят пункцию кисты с морфологическими исследованиями

пунктата. Фолликулярную кисту необходимо дифференцировать с другими кистами (зубосодержащей, корневой и др.), доброкачественными опухолями (адамантиномой), другими опухолеподобными образованиями челюстей на основании клинико-рентгенологического и морфологического исследования пунктата образования.

Поскольку фолликулярную кисту рассматривают как истинную опухоль, то лечение ее радикальное: цистэктомия (полное удаление оболочки кисты) вместе с содержимым (зубом или фолликулом). Если фолликулярная киста прорастает в верхнечелюстную пазуху, проводят цистэктомию в сочетании с гайморотомией. Операцию проводят в любом возрасте.

Этапы цистэктомии:

Обезболивание (местное или общее).

Выкраивание и отслойка слизисто-надкостничного лоскута.

Удаление кортикальной пластинки челюсти над полостью кисты.

Полное удаление оболочки кисты с содержимым и зубом.

Укладывание лоскута на место и ушивание раны наглухо.

Оболочку кисты обязательно исследуют морфологически для исключения опухолевого процесса другого происхождения.

Ребенок находится на диспансерном наблюдении до нормализации рентгенологической картины. При наличии дефекта зубного ряда необходимо проводить ортодонтическое лечение и зубопротезирование.

К одонтогенным кистам, как порокам развития, относятся **первичные кисты или кератокисты** (синоним — примордиальная киста). Киста образуется из элементов эпителия сверхкомплектного зубного зачатка, еще не имеющего твердых тканей, т. к. эпителий и клетчатка зачатка расходуются на образование стенок кисты. В этой кисте зуба нет. Кисты локализуются чаще всего на нижней челюсти в области моляров, иногда позади третьего моляра с тенденцией распространения на ветвь челюсти. На рентгенограмме выявляется кистозное образование с четкими фестончатыми контурами в виде одиночной полости или поликистозного образования. Киста может прилегать к корню зуба, но зубы эти могут быть интактными. В отличие от корневой кисты гистологически стенка кератокисты состоит из соединительной ткани, выстланной многослойным плоским эпителием с явлениями кератинизации. Полость кисты заполнена кератиновыми массами. Лечение — цистэктомия с тщательной обработкой полости, т. к. эти кисты склонны к рецидивам.

Киста прорезывания (синоним — гематома прорезывания). Патология проявляется исключительно в детском возрасте. Появление кисты связано с прорезыванием зуба. Ребенок жалуется на наличие образования на альвеолярном отростке на месте отсутствующего молочного или постоянного зуба. Клинически — образование округлой формы, мягкое, безболезненное, синюшного цвета, покрытое неизменной слизистой оболочкой.

Может пальпироваться прорезывающийся зуб. Рентгенологически — очаг деструкции костной ткани с четкими границами вокруг коронки прорезывающегося зуба.

Лечение — цистотомия. При этом в полости кисты имеется жидкость желтого цвета с примесью крови. Иногда (при травме кисты) полость кисты заполнена кровяным сгустком (гематома). В дальнейшем необходимо наблюдение до полного прорезывания зуба.

Одонтома — одонтогенная опухоль, состоящая из тканей зуба и пародонта. Основной тканью, из которой состоит одонтома, является дентиноподобное вещество, поэтому чаще распространены твердые одонтомы. Если преобладает цементоподобная ткань, опухоль называют *цементомой*. Одонтомы подразделяют на простые и сложные. Простая одонтома возникает из тканей одного зубного зачатка (в ней нарушено топографическое соотношение эмали, дентина и цемента). Они бывают полные и неполные.

Сложные одонтомы состоят из тканевых элементов нескольких зубов или зачатков. Одонтома покрыта соединительнотканной капсулой. Рост опухоли очень медленный, безболезненный. Постепенно нарушается целостность кости и мягких тканей, образуются патологические карманы, в результате чего возникает воспалительный процесс, напоминающий затрудненное прорезывание зуба (это диагностический признак опухоли). Клинически при этом имеются пороки развития зубов (ретенция, адентия и т. д.).

На рентгенограмме очаг затемнения в костной ткани с четкими границами. Контуры опухоли напоминают «тутовую ягоду». Тень негетерогенная, окруженная полосой просветления. В очаге имеется сформированный зуб или зубоподобные образования. Образное название опухоли — «зуб в зубе».

Рентгенологически **цементома** выявляется в виде округлой или овальной, однородной плотной ткани, связанной с корнем зуба. Корни зуба недоразвиты, несформированы. Периодонтальная щель отсутствует. Обязательно наличие очаговых обызвествлений. Лечение одонтом и цементом хирургическое. Твердую одонтому удаляют вместе с капсулой. Цементому удаляют вместе с зубом, ставшим источником роста опухоли. Чаще всего проводится резекция челюсти.

Эпулис или эпюлид (наддесневик) — доброкачественное образование, располагающееся на альвеолярном отростке челюсти (десне). Эпулисы исходят из тканей пародонта. К группе истинных эпулисов относят только 2 формы: гигантоклеточный и ангиоматозный. Фиброматозный эпулис не всегда является истинной опухолью, т. к. возникает в результате воспалительного процесса, травмы и т. д.

Гигантоклеточный эпулис или периферическая остеобластокластома исходит из глубоких интраальвеолярных частей пародонта, а нередко из губчатого вещества кости. Эпулис располагается чаще в области фронтальной группы зубов, на гребне альвеолярного отростка с вестибулярной,

реже с язычной стороны. Состоит из ножки и более широкой верхушки. Поверхность его гладкая, темно-красного цвета, чаще с буроватым оттенком. Консистенция эпюлиса мягкая либо упруго-эластичная. С ростом эпюлиса зубы могут смещаться, располагаясь неправильно, иногда появляется их подвижность.

Кость в месте прилегания эпюлиса подвергается резорбции. Растет эпюлис медленно, развивается чаще в период прорезывания зубов. На рентгенограмме: очаги деструкции или резорбции кости, распространяющиеся от периферии в глубину кости.

Ангиоматозные эпюлисы возникают у детей 5–10 лет с преимущественной локализацией в области боковых отделов челюсти. Разрастание мягких тканей десен ярко-красного цвета с цианотичным оттенком, мягко-эластической консистенции. Поверхность опухоли мелкобугристая. Характерной особенностью эпюлиса является кровотечение, возникающее от малейшей травмы. Растет очень быстро, склонен к рецидивам.

Гигантоклеточный и ангиоматозный эпюлисы необходимо дифференцировать между собой: с фиброматозным эпюлисом, появление которого связывают с хроническим раздражением десны на фоне наличия разрушенного зуба, давление протеза и т. д.: экхондромой (опухолью хрящевой ткани, располагающейся в области срединного шва на нёбе); фибромой, фиброматозом, гемангиомой. Диагноз ставят на основании данных рентгенологического и морфологического исследований.

Лечение эпюлисов оперативное. Опухоль удаляют в пределах здоровых тканей с удалением ростковой зоны опухоли (десна, кость). При резорбции костной ткани и подвижности зубов прибегают к иссечению пораженного участка челюсти с зубами. При неполном удалении эпюлиса наблюдаются рецидивы. При проведении склерозирующей терапии ангиоматозного эпюлиса также возможны рецидивы. При сохранении зубов в зоне резорбции костной ткани при эпюлисах также возможен рецидив. Рецидивы при лечении эпюлисов объясняются неадекватностью выбранного метода лечения и его нерадикальностью.

Фиброзный эпюлис часто не является истинной опухолью. Чаще встречается у детей 11–15 лет. Предрасполагающие факторы: изменение реактивности организма (в период прорезывания постоянных зубов), эндокринные сдвиги в препубертатном периоде. Возникает на фоне воспалительного процесса либо травмы тканей пародонта пломбой и т. п.

Клиника: бугристое, плотное образование фиброзной ткани, иногда захватывающее значительные участки альвеолярного отростка. Возможна деформация альвеолярного отростка. Зубы в очаге поражения могут быть подвижными.

Рентгенологически определяется резорбция межзубной перегородки.

Лечение начинается с устранения возможных причин либо предрасполагающих факторов. Хирургически производят удаление образования в пределах здоровых тканей. При лечении данного вида эпюлиса зубы, прилежащие к образованию, как правило, сохраняют, а удаляют лишь только при упорном рецидивировании эпюлиса.

ОПУХОЛИ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ

Опухоли слюнных желез отличаются большим разнообразием. Чаще поражаются большие слюнные железы. Встречаются чаще у более старших детей. По гистогенезу делятся на эпителиальные и неэпителиальные. Эпителиальные опухоли составляют большинство среди новообразований слюнных желез.

Классификация опухолей слюнных желез (В. В. Паникаровский).

Доброкачественные (зрелые) и злокачественные (незрелые):

I. Эпителиальные доброкачественные:

Аденомы, аденолимфомы, «смешанные» опухоли.

Эпителиальные злокачественные: раки, карциномы, мукоэпидермоидные опухоли.

Неэпителиальные доброкачественные опухоли: ангиомы, невриномы, липомы, фибромы и др.

Кисты слюнных желез (малых и больших).

Аденома слюнных желез встречается крайне редко. Поражаются, главным образом, околоушные слюнные железы. Отличается медленным ростом, упруго-эластичной консистенцией, относительно ровной поверхностью. При пальпации опухоль смещается по отношению к окружающим тканям. Отграничена от окружающих тканей фиброзной капсулой. Жалоб на боли ребенок не предъявляет. Кожа над опухолью обычного цвета. Из протока слюнной железы выделяется обычная слюна. Диагноз устанавливают на основании морфологического исследования (цитологического — до и гистологического — после операции). Дифференцировать необходимо со «смешанной опухолью», сосудистыми опухолями слюнных желез (на основании клинических и морфологических данных), от злокачественных опухолей (быстрый их рост, боль, инфильтрирующий рост, раннее метастазирование, рецидивирование, данные морфологического исследования).

Лечение — хирургическое. Опухоль удаляют с капсулой. Рецидивы крайне редки.

«Смешанная опухоль» (плеоморфная аденома) встречается чаще в околоушных и мелких железах мягкого и твердого неба. Выявляется у более старших детей. Обычно развивается в виде одного узла, растет медленно, не прорастает в окружающие ткани, имеет фиброзную капсулу (имеющую сетчатое строение и отроги), не дает метастазов. Склонна к ре-

цидивам после удаления и к злокачественному перерождению. Клинически образование эластичной консистенции. Поверхность образования несколько бугристая, кожа или слизистая над ним в цвете не изменены. Образование подвижное, безболезненное. При рецидиве опухоли появляются дополнительные дочерние образования.

Дифференциальный диагноз проводят с кистами, аденомой, мукоэпидермоидными опухолями, сосудистыми опухолями, цилиндромой, злокачественными опухолями желез на основании морфологического исследования, клиники и рентгенологического исследования.

Лечение при расположении опухоли в малой слюнной железе — удаление опухоли с капсулой. При расположении в большой слюнной железе показано удаление опухоли с частичной резекцией участка окружающей железистой ткани (с целью полного удаления образования — субтотальная резекция железы). Ветви лицевого нерва сохраняют.

КИСТЫ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ

Кисты больших и малых слюнных желез довольно часто встречаются у детей. Они образуются в результате полной задержки или затрудненного слюноотделения. Этому способствуют рубцы (воспалительного или травматического характера), врожденные пороки развития желез и их выводных протоков. Чаще всего у детей встречаются кисты подъязычной слюнной железы или ранулы. Предполагают, что кисты развиваются в результате травмы или воспаления, которые приводят к закупорке желез, расположенных вблизи устья слюнного протока, что ведет к закрытию выводимого протока подъязычной железы с образованием ретенционной кисты — ранулы («лягушечья опухоль»). Киста располагается сбоку от подъязычного валика, иногда занимает всю подъязычную область. Покрыта тонким слоем слизистой оболочки и растягивая ее, киста приобретает голубоватый оттенок. Проявляется киста в виде мягкого безболезненного выбухания округлой формы, с гладкой поверхностью, синюшно-голубого цвета. Растет медленно. По мере роста кисты, движения языка затруднены, что приводит к нарушению речи.

Маленьким детям киста мешает сосать и глотать, а иногда затрудняет дыхание. Киста заполнена вязкой, тягучей, густой, бесцветной жидкостью. Иногда кисты в результате травматизации вскрываются самостоятельно. Увеличиваясь в размерах, киста может спускаться в сторону дна полости рта (подподбородочная ранула) и далее под шейную фасцию (подчелюстная ранула), располагаясь ниже диафрагмы дна полости рта. Среди кист дна полости рта встречаются как ретенционные кисты слюнных желез, так и кисты, возникшие на почве пороков развития (дермоидные, эпидермоидные). Реже встречаются опухолевые (железистые, сосудистые, травматические) и крайне редко — паразитарные кисты.

Кисты и кистозное расширение протоков поднижнечелюстных желез возникают в результате травмы или воспаления в этой области. Иногда кистозное расширение носит врожденный характер. Эти образования слегка приподнимают подъязычный валик, не придавая слизистой синюшного оттенка. Для проведения дифференциальной диагностики с другими кистами проводят сиалографию, цистографию и морфологическое исследование (гисто- и цитологическое).

У детей гораздо чаще встречаются *ретенционные кисты* малых слюнных желез — слизистой оболочки губ, щек. Чаще всего эти кисты возникают в результате закрытия выводных протоков малых слюнных желез слизистой оболочки полости рта (травма, воспаление) и задержки секрета либо в результате врожденного порока развития.

Клинически киста выглядит в виде синеватого, упругого образования округлой формы, диаметром приблизительно до 1 см, с четко очерченными границами. Эти кисты часто вскрываются самостоятельно, а потом появляются вновь. Лечение ретенционных кист слизистой оболочки полости рта хирургическое — цистэктомия вместе с железой во избежание рецидива.

Лечение кист малых и больших слюнных желез (ранул) хирургическое. Методом выбора являются: 1) полное вылушивание небольших кист; 2) цистотомия (резекция выступающей части оболочки кисты). Если цистэктомия показана при лечении малых кист (до 1,5 см в диаметре), то цистотомия — при лечении кист среднего размера. Ранулы больших размеров, если они проросли ниже диафрагмы дна полости рта, лечат путем экстрипации железы вместе с кистой. Возможно проведение двухэтапной операции: вначале наружным доступом удаляют часть кисты ниже диафрагмы дна полости рта, а далее через 2–3 недели проводится цистотомия со стороны полости рта (это более щадящий метод лечения).

Киста околоушной слюнной железы встречается крайне редко. Киста растет медленно. Клинически она мало чем отличается от других опухолей этой локализации. Дифференциальный диагноз проводят на основании данных сиалографии, цистографии и результатов гистологического исследования. Лечение хирургическое (цистэктомия). Удаление кисты представляет большие трудности из-за опасности повреждения ветвей лицевого нерва.

ЗАДАНИЕ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТА

Для самостоятельного изучения темы студенту вначале следует ознакомиться с контрольными вопросами по теме занятия, а также внимательно изучить учебно-методическое пособие для того, чтобы дать предварительные ответы на контрольные вопросы по теме занятия. В дальнейшем, для более углубленного изучения темы, студенту необходимо изучить

соответствующие разделы основной литературы и, по возможности, ознакомиться (прочсть) с соответствующими разделами дополнительной литературы, указанной в данном издании.

На практическом занятии студент самостоятельно курирует не менее одного больного: собирает жалобы и анамнез заболевания, проводит клиническое обследование ребенка (осмотр, пальпация, перкуссия и др.), описывает имеющиеся рентгенограммы, анализирует данные лабораторных, в том числе гистологических (цитологических) исследований и формулирует ориентировочный диагноз заболевания. После обсуждения полученных данных с преподавателем, студент формулирует клинический диагноз заболевания и составляет план лечения курируемого ребенка. При возможности студент участвует (в качестве ассистента) в проведении оперативных вмешательств, перевязок прооперированных больных и др., дает рекомендации родителям по лечению и уходу за ребенком и т. д.

Проведенную работу студент, под контролем преподавателя, заносит в виде дневника в историю болезни курируемого больного, а также в свою рабочую тетрадь (в виде дневника на день курации) по общепринятой схеме (жалобы, анамнез, клиника и т. д.). Все вышеизложенное позволяет выполнить целевые задачи занятия (овладеть необходимыми практически-ми навыками).

Самоконтроль усвоения темы: решение ситуационных задач.

ЛИТЕРАТУРА

Основная

Бернадский, Ю. И. Основы челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии / Ю. И. Бернадский. Витебск, 1998.

Стоматология / Е. В. Боровский [и др.] ; под ред. Е. В. Боровского. М. : Медицина, 1987.

Стоматология детского возраста / Т. Ф. Виноградова [и др.]. М. : Медицина, 1987.

Стоматология детского возраста / А. А. Колесов [и др.] ; под ред. А. А. Колесова. 4-е изд., испр. и доп. М. : Медицина, 1991.

Стоматология детского возраста / Л. С. Персин [и др.]. М. : Медицина, 2003

Корсак, А. К. Опухоли челюстно-лицевой области у детей / А. К. Корсак. Минск : БГМУ, 2002.

Лекционный материал.

Дополнительная

Виноградова, Т. Ф. Диспансеризация детей у стоматолога / Т. Ф. Виноградова. М. : Медицина, 1988.

Годорожа, П. Д. Опухоли головы и шеи у детей / П. Д. Годорожа, Н. М. Годорожа. Кишинев, 1983.

Заболевания и повреждения слюнных желез / И. Ф. Ромачева [и др.]. М. : Медицина, 1987.

Клиническая оперативная челюстно-лицевая хирургия / под ред. Н. М. Александрова. М. : Медицина, 1985.

Козлов, В. А. Хирургическая стоматологическая помощь в поликлинике / В. А. Козлов. М. : Медицина, 1985.

Новообразования мягких тканей и костей лица у детей и подростков / А. А. Колесов [и др.]. М. : Медицина, 1989.

Пачес, А. М. Опухоли головы и шеи / А. М. Пачес. М. : Медицина, 1983.

Руководство по стоматологии детского возраста / под ред. А. И. Евдокимова, Т. Ф. Виноградовой. М. : Медицина, 1976.

Руководство по хирургической стоматологии / под ред. А. И. Евдокимова. М. : Медицина, 1972.

Робустова, Т. Г. Хирургическая стоматология / Т. Г. Робустова. М. : Медицина, 1990.

Солнцев, А. М. Доброкачественные опухоли лица, челюстей и органов полости рта / А. М. Солнцев, В. С. Колесов. Киев, 1985.

Хирургическая стоматология / В. А. Дунаевский [и др.] ; под ред. В. А. Дунаевского. Л. : Медицина, 1979.

Шехтер, А. И. Атлас рентгенограмм зубов и челюстей в норме и патологии / И. И. Шехтер, Ю. И. Воробьев, М. В. Котельников. М. : Медицина, 1968.

Тема: Злокачественные опухоли челюстно-лицевой области и шеи у детей. Клиника, ранняя диагностика и методы лечения.

Онконастороженность и диспансеризация

Время занятия — 7 учебных часов.

Мотивационная характеристика темы. Злокачественные опухоли челюстно-лицевой области у детей встречаются значительно реже, чем доброкачественные. Преобладают опухоли соединительнотканной природы (саркомы) и опухоли лимфатических узлов (лимфогранулематоз и др.). Ранняя диагностика злокачественных опухолей у детей представляет значительные трудности из-за ряда причин. Симптоматика их на ранних стадиях развития бедна (дискомфорт, парестезия и др.), что ребенком обычно не фиксируется, а боль возникает в случае значительного распространения опухоли. Часто первыми симптомами злокачественной опухоли у ребенка бывают припухлость, повышение температуры, подвижность зубов и др. Все это обычно напоминает симптомы воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области (периостит, остеомиелит). Нередко по этой причине стоматолог принимает опухоль за воспалительный процесс и назначает терапию (удаление зубов, рассечение тканей, физиотерапия), которая усугубляет течение онкологического заболевания. Злокачественные опухоли у детей растут быстро и почти всегда метастазируют, что требует ранней диагностики, своевременного и радикального лечения.

Основа ранней диагностики опухолей — *онкологическая настороженность* детских стоматологов, основным положением которой является то, что всякое увеличение объема мягких тканей и костей лицевого скелета должно рассматриваться на предмет исключения опухоли. Врач-стоматолог, впервые заподозривший или выявивший онкозаболевание у ребенка, обязан направить его на консультацию в онкодиспансер или стоматологический стационар.

Цель занятия: изучить особенности клиники, диагностики и лечения наиболее часто встречающихся злокачественных новообразований челюстно-лицевой области и шеи у детей, а также особенности диспансеризации детей с этой патологией.

Задачи занятия. В результате освоения теоретической части темы студент должен **знать:**

Основные принципы онконастороженности.

Клинические признаки злокачественных опухолей и признаки малигнизации доброкачественных опухолей челюстно-лицевой области.

Схему диспансеризации детей с онкологическими заболеваниями челюстно-лицевой области.

В ходе практической части занятия студент должен **уметь** (овладеть следующими практическими навыками):

Обследовать ребенка с опухолью челюстно-лицевой области с формулировкой диагноза.

Читать рентгенограммы при онкостоматологических заболеваниях.

Взять материал для цитологического исследования (соскоб, мазок, отпечаток и др.).

Провести диагностическую пункцию опухоли (пункционную биопсию).

Провести инцизионную биопсию опухоли кожи лица или слизистой оболочки рта.

Составить примерный план лечения ребенка со злокачественной опухолью челюстно-лицевой области.

Требования к исходному уровню знаний. Для лучшего усвоения темы данного занятия студенту необходимо повторить:

из анатомии и морфологии — строение зубов, костей лицевого скелета, мягких тканей лица и органов полости рта, а также топографическую анатомию челюстно-лицевой области у детей;

патологической анатомии — морфологию и гистологию злокачественных опухолей мягких тканей, лимфоузлов, слюнных желез и костной системы;

лучевой диагностики — методы лучевой диагностики в челюстно-лицевой области, а также методы лучевой терапии злокачественных новообразований;

челюстно-лицевой хирургии — клинику, диагностику и лечение злокачественных опухолей челюстно-лицевой области у взрослых.

Контрольные вопросы из смежных дисциплин:

Анатомо-физиологические особенности строения зубов, челюстей и мягких тканей лица у детей.

Общая гистологическая характеристика злокачественных опухолей мягких тканей и костной ткани.

Методы лучевой диагностики в челюстно-лицевой области.

Злокачественные опухоли мягких тканей лица, слюнных желез и костей лицевого скелета у взрослых и методы их лечения.

Контрольные вопросы по теме занятия:

Классификация злокачественных опухолей челюстно-лицевой области и шеи у детей.

Злокачественная меланома. Клиника, ранняя диагностика и схема лечения.

Лимфогранулематоз, лимфосаркома. Клиника, методы диагностики, дифференциальная диагностика и схема лечения.

Аденокистозная карцинома (цилиндрома), мукоэпидермоидная опухоль слюнных желез. Клиника, ранняя диагностика и схема лечения.

Остеогенная саркома и хондросаркома челюстей у детей. Клиника, ранняя диагностика и схема лечения.

Саркома Юинга и ретикулярная саркома костей лицевого скелета у детей. Клиника, ранняя диагностика и схема лечения.

Онконастороженность и диспансеризация детей со злокачественными опухолями челюстно-лицевой области.

УЧЕБНЫЙ МАТЕРИАЛ

Злокачественные опухоли челюстно-лицевой области у детей встречаются значительно реже, чем доброкачественные. Преобладают опухоли соединительнотканной природы, т. е. саркомы и как исключение — эпителиальные, т. е. раки (всего 1,04 %). Злокачественные опухоли часто диагностируются с большим опозданием, т. к. ранняя диагностика злокачественных соединительнотканых опухолей у детей представляет значительные трудности вследствие ряда причин. Симптоматика их, особенно на ранних стадиях развития, крайне бедна: жалоб пациент почти не предъявляет, т. к. явления дискомфорта, парестезии и т. д. ребенком обычно не фиксируются и не сообщаются родителям, а боли возникают в случаях значительного распространения опухоли. Зачастую первым симптомом злокачественной опухоли челюстно-лицевой области бывает припухлость, повышение температуры, подвижность зубов и т. д. Все это настолько обычные симптомы различных (чаще воспалительных) заболеваний данной области, что ни родители, ни врач часто своевременно правильно их не оценивают. Нередко стоматолог ошибочно принимает опухоль за воспаление и назначает, помимо противовоспалительного лечения, еще и физиотерапевтические процедуры, что усугубляет течение заболевания.

Частота выявления отдельных нозологических форм заболевания зависит от возраста ребенка. Так, ретикулярные саркомы чаще обнаруживаются в возрасте от 2 до 5 лет. У детей старшего возраста чаще выявляют опухоль Юинга и остеогенную саркому. Возрастной пик развития опухолей приходится на 7–16 лет. Это связано с периодом наиболее активного роста костей и повышенной эндокринной активностью организма ребенка.

Злокачественные опухоли у детей растут быстро и почти всегда метастазируют, а течение злокачественного процесса чаще отличается стадийностью. Так же как и у взрослых у детей быстро нарастает кахексия, развивается анемия, характерен землистый цвет лица.

Классификации злокачественных опухолей челюстно-лицевой области у детей не существует. Поэтому в детской практике пользуются классификацией, предложенной Международным опухолевым комитетом при

ВОЗ (МГКО) и классификациями отечественных ученых. В приведенных ниже классификациях представлены лишь злокачественные опухоли.

I. Злокачественные опухоли мягких тканей челюстно-лицевой области и кожи:

А. Эпителиальной природы:

Базалиома (все разновидности).

Плоскоклеточный рак (все разновидности).

Другие разновидности рака кожи (карциномы сальных и потовых желез и др.).

Б. Соединительнотканной природы (мезенхимальные) — саркомы:

Фибросаркома.

Липосаркома.

Лейомиосаркома.

Рабдомиосаркома.

Гемангиосаркома.

Лимфангиосаркома и др.

В. Пигментные опухоли:

1. Злокачественная меланома.

Г. Опухоли периферических нервов:

1. Злокачественная шваннома и др.

II. Злокачественные опухоли лимфатических узлов шеи:

Лимфогранулематоз.

Лимфосаркома, ретикулосаркома и др.

Метастатические опухоли.

III. Злокачественные опухоли слюнных желез (В. В. Паникаровский):

А. Эпителиальные:

Мукоэпидермоидная опухоль.

Цилиндрома.

Карциномы (аденокарцинома и др.).

Б. Неэпителиальные:

1. Саркомы.

IV. Злокачественные опухоли челюстных костей:

А. Остеогенная группа:

Остеогенная саркома.

Хондросаркома.

Остеобласто(класто)саркома.

Б. Неостеогенная группа:

Ретикулярная саркома.

Фибросаркома.

Саркома Юинга.

Миксосаркома.

Гемангиосаркома.

Гемангиоэндотелиома.

Миелома.

В. Одонтогенная группа:

1. Одонтогенная саркома.

Г. Метастатические опухоли.

Поскольку многие из вышеназванных злокачественных опухолей в детской практике встречаются крайне редко, то мы рассмотрим лишь некоторые злокачественные опухоли, имеющие наибольший практический интерес.

Злокачественная меланома — опухоль из пигментообразующих клеток. Чрезвычайно злокачественная опухоль, обладающая исключительной способностью к раннему метастазированию. Меланомы наблюдаются преимущественно в возрасте 30–35 лет, но встречаются также и у детей. Меланомы кожи головы и шеи составляют до 50 % всех меланом, причем среди них наиболее часто встречаются меланомы кожи лица. Нередко поражаются слизистые оболочки полости рта.

Источником опухоли чаще всего является невус. При этом установлено, что врожденные пигментные невусы озлокачествляются крайне редко, а приобретенные невусы, появляющиеся во внеутробном периоде развития ребенка, имеют значительно большую тенденцию к злокачественному перерождению. Опыт показывает, что травматизация невуса опасна в плане возникновения злокачественной меланомы. Кроме того, нельзя исключить значение климатических факторов (солнечная инсоляция), а также влияние гормональных (беременность, половое созревание) и генетических (семейные меланомы) факторов. В равной степени опасна механическая травматизация уже существующей меланомы, что резко ухудшает прогноз заболевания (раннее и быстрое метастазирование). Вследствие этого диагностика меланом путем инцизионной биопсии категорически противопоказана.

Клиническими признаками малигнизации невуса являются: быстрое увеличение размеров невуса; уплотнение и инфильтрация подлежащих мягких тканей; усиление окраски невуса до черной, а иногда и уменьшение пигментации; появление на поверхности плотных узелков; зуд и изъязвление опухоли; появление пигментных пятен (сателлитов) вокруг опухоли; наличие венчика гиперемии вокруг опухоли; увеличение региональных лимфатических узлов.

Первичная злокачественная меланома — это постепенно увеличивающаяся одиночная пигментированная, узловидная опухоль, окруженная эритематозным венчиком. Постепенно образование приобретает грибовидную форму, и около очага появляются дочерние элементы. В большинстве случаев первичные меланомы не достигают больших размеров, т. к. рано

возникают метастазы, и болезнь быстро прогрессирует. Метастазы возникают первоначально в регионарных лимфатических узлах (лимфогенно), а также имеет место гематогенное метастазирование в легкие, печень, мозг, кость и др. Для диагностики меланом дополнительно используют радиоизотопное исследование P^{32} , определение меланурии и т. д.

Лечение меланом хирургическое и (или) комбинированное. Так, хирургически опухоль удаляют как можно шире, отступив от нее не менее 3 см, отсекая при этом подкожную клетчатку и фасцию. Возможна предоперационная лучевая терапия, как и облучение послеоперационного ложа. Удаляют также регионарные лимфоузлы. Для лечения меланом некоторые авторы с успехом пользовались криодеструкцией опухоли. Химиотерапия опухоли не дает ощутимых результатов.

Лимфогранулематоз (болезнь Ходжкина) относится к злокачественным лимфомам и составляет около 15 % всех злокачественных новообразований у детей. Поражение шейных лимфоузлов наблюдается в 80 % случаев. В отдельных случаях у детей наряду с поражениями шейных, поражаются и лимфоузлы околоушной области. Лимфатические узлы подвижны, безболезненны, мягко эластичной консистенции. Характерным является сохранение подвижности лимфоузлов даже при значительном их увеличении. В дальнейшем несколько узлов сливаются в единые конгломераты. Процесс может быть локальным и генерализованным. При этом поражение шейных лимфоузлов сочетается с поражением других групп лимфоузлов, селезенки и др. Характерным является двустороннее поражение лимфоузлов, а также неспаянность их с кожей и подлежащими тканями.

Различают 4 стадии лимфогранулематоза:

I стадия (локальные формы) — поражение одной или двух смежных групп лимфатических узлов.

II стадия (регионарные формы) — поражение двух или более несмежных групп лимфатических узлов.

III стадия (генерализованные формы) — генерализованное поражение лимфоузлов и вовлечение в процесс селезенки.

IV стадия (диссеминирование формы) — поражение лимфоузлов и внутренних органов: легких, печени, а также кости и др.

Каждую стадию подразделяют в зависимости от отсутствия (А) или наличия (Б) общих симптомов интоксикации: повышения температуры выше 38° , проливного ночного пота, уменьшения массы тела и т. д.

При исследовании крови при лимфогранулематозе выявляется лейкоцитоз (лимфоцитоз) и ускорение СОЭ. Следует отметить, что общие симптомы (кожный зуд, потливость, повышение температуры и др.) в начальной стадии заболевания наблюдаются редко. В течении заболевания отмечаются периоды ремиссии и обострения, во время которых в процесс вовлекаются новые группы лимфоузлов или внутренние органы. Генерали-

зация лимфогранулематоза происходит лимфогенным и гематогенным путями с вовлечением медиастинальных, забрюшинных, брыжеечных и паховых лимфоузлов, внутренних органов (селезенки, печени и легких), костного мозга.

При поражении небной миндалины происходит ее увеличение, вызывающее ощущение инородного тела и затруднения при глотании. Боли возникают редко, лишь при изъязвлении опухоли.

Поражение язычной миндалины установлено в 15 % случаев. Больные жалуются на дисфагию, голос приобретает гортанный оттенок. Опухоль мягкой консистенции и покрыта неизменной слизистой оболочкой.

Показателем поражения костного мозга является развитие острого или хронического лимфолейкоза. При этом ухудшается общее состояние больных, повышается температура, появляется геморрагический синдром (кровотечение, геморрагии на коже, темный стул). В периферической крови обнаруживаются патологические клетки, анемия, тромбоцитопения, в миелограмме — метаплазия бластными клетками.

Диагностика лимфогранулематоза основывается на всем комплексе клинических и морфологических данных. Ведущая роль принадлежит морфологическому исследованию — цитологическому изучению пунктата первичного очага в лимфатическом узле. Диагноз лимфогранулематоза считается доказанным при обнаружении в гистологическом препарате гигантских клеток Березовского–Штернберга.

Диагностика лимфогранулематоза у детей затруднена, т. к. болезнь в начальных стадиях часто напоминает хронический лимфаденит. Среди больных с лимфаденитами очень трудно выявить начальные формы опухолей лимфатических узлов. Это обусловлено также и тем, что в педиатрической практике совершенно недостаточно используются методы пункционной биопсии лимфоузлов. Таким образом, симметричное или системное увеличение лимфоузлов челюстно-лицевой области и шеи у детей, а также отсутствие очевидных причин для воспалительного процесса в лимфоузлах требует более широкого обследования ребенка (лабораторные анализы крови и др.), в том числе и биопсии лимфоузла.

Лечение лимфогранулематоза проводится в онкологических больницах, для чего используют химиотерапевтические средства и лучевую терапию. В некоторых случаях применяется хирургическое лечение. При своевременной диагностике прогноз лечения может быть благоприятным.

Лимфосаркома начинается с увеличения какой-либо группы лимфатических узлов, чаще всего шейных и надключичных. В дальнейшем опухоль инфильтрирует окружающие ткани и распространяется метастатически по лимфатическим путям. Лимфоузлы увеличены, плотны и часто образуют конгломераты. В периферической крови при этом в значительном количестве встречаются лимфоциты (лимфоцитоз) или лейкомицетоз.

тина крови. Клиническая картина во многом зависит от места локализации опухоли. Общие симптомы (повышение температуры, слабость, потливость) наблюдаются реже, чем при лимфогранулематозе. Лимфосаркоматоз тянется 1–2 года и, несмотря на периодические улучшения вследствие терапии, может вести к летальному исходу.

При дифференциальной диагностике надо иметь в виду лимфогранулематоз и хронический гиперпластический лимфадент. В начальных стадиях вопрос решается не столько клинически, сколько на основании пункционной биопсии, которую следует проводить во всех сомнительных случаях.

Лечение: рентгентерапия дает быстрый положительный эффект и ведет к исчезновению опухоли и длительной ремиссии, но не всегда предупреждает рецидив заболевания. Проводится также химиотерапия. При ранней диагностике эффективно хирургическое вмешательство (удаление лимфоузлов) с последующей рентгентерапией и химиотерапией.

ОПУХОЛИ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ

Злокачественные опухоли слюнных желез у детей встречаются редко. В основном они имеют эпителиальную природу. Опухоли у детей развиваются преимущественно в больших слюнных железах (чаще в околоушных) и реже — в малых слюнных железах (в основном на нёбе).

Мукоэпидермоидная опухоль клинически в начальных стадиях обычно мало чем отличается от «смешанной опухоли». Однако ограничение подвижности, отсутствие четких границ, фиксация кожи над опухолью и др. являются признаками злокачественности. Появление боли, болезненность при пальпации и вовлечение в процесс лицевого нерва свидетельствуют о наличии злокачественной опухоли околоушной слюнной железы. Клинико-морфологически она делится на две подгруппы: высокодифференцированную и низко дифференцированную. Последняя быстро метастазирует и прорастает в окружающие ткани. В некоторых случаях на коже над опухолью открываются свищи с отделяемым, напоминающим гной.

Микроскопически опухоль представлена эпидермоидными и слизееобразующими клетками в разном соотношении: чем больше эпидермоидных клеток, тем ниже дифференцировка опухоли.

Лечение мукоэпидермоидной опухоли комбинированное, хирургическое и лучевое. Чем ниже степень дифференциации опухоли, тем выше радиочувствительность мукоэпидермоидной опухоли (чаще используют гамма-терапию).

Цилиндрома (аденокистозная карцинома) чаще развивается в малых слюнных железах на границе мягкого и твердого неба (54%). Может локализоваться в больших слюнных железах (околоушной), в области корня языка. Основным симптомом новообразования являются боли локальные

либо иррадиирующие. Цилиндрома имеет тенденцию к многократным рецидивам после удаления. Метастазирует, как правило, на поздних этапах развития, преимущественно гематогенно.

Опухоль имеет мягкоэластическую или плотную консистенцию, гладкую или слегка бугристую поверхность. Сначала опухолевый узел хорошо отграничен от окружающих тканей, подвижен. В дальнейшем новообразование сливается с окружающими тканями, границы его становятся нечеткими. Могут наблюдаться симптомы поражения ветвей лицевого нерва, если опухоль локализуется в околоушной слюнной железе. При локализации опухоли на нёбе она может прорасти в гайморову пазуху, полость носа, носоглотку.

Однако во многих случаях клиническая картина цилиндромы напоминает «смешанную опухоль», т. к. цилиндрома имеет плотную капсулу, спаянную с окружающими тканями. Метастазирование в лимфоузлы в 8–9 % случаев. Чаще цилиндромы метастазируют гематогенно. Для диагностики опухоли необходимо проводить пункционную биопсию. В некоторых случаях проводится контрастная сиалография.

Лечение цилиндром хирургическое. В предоперационном периоде проводится гамма-терапия. Операция заключается в паротидэктомии. При доброкачественном течении возможно сохранение ветвей лицевого нерва, при злокачественном — паротидэктомия в пределах здоровых тканей единым блоком с регионарными лимфатическими узлами. Химиотерапевтический метод лечения цилиндром малоэффективен.

Аденокарцинома. Поражаются преимущественно околоушные, реже — поднижнечелюстные, совсем редко — подъязычные слюнные железы. Характеризуются быстрым ростом. В начальной стадии определяется четко отграниченный от окружающих тканей узел, не спаянный с кожей, безболезненный при пальпации, твердый, ограниченно подвижный. При прогрессировании процесса опухоль быстро увеличивается, спаивается с кожей, теряет четкость контуров, становится неподвижной. Появляются постепенно нарастающие постоянные боли. Болевой фактор является ведущим и ранним симптомом. Иногда он предшествует клиническому проявлению карциномы. Он обусловлен прорастанием опухоли по ходу ветвей лицевого нерва.

В дальнейшем в регионарных лимфоузлах поднижнечелюстной области и шеи появляются метастазы, которые по мере увеличения опухоли становятся неподвижными, спаянными с окружающими тканями. Отмечается снижение секреции слюны. Определяются изменения в периферической крови: увеличивается содержание гамма-глобулина, выражена гиперкоагуляция и снижено количество альбуминов.

Диагностика злокачественных опухолей слюнных желез основана на клинических признаках (быстрый рост, неподвижность опухолевого узла,

боль, парез лицевого нерва, метастазирование). Диагноз подтверждает контрастная сиалогамма, на которой выявляется дефект наполнения протоков и их деформация на границе с опухолью, а также их фрагментация и обрыв.

Для лечения аденокарцином используют комбинированный метод, включающий гамма-терапию, хирургическое лечение и химиотерапию.

ОПУХОЛИ КОСТЕЙ ЛИЦЕВОГО СКЕЛЕТА

Среди злокачественных новообразований челюстных костей у детей обычно выделяют три группы опухолей: остеогенные, неостеогенные и одонтогенные. У детей встречаются исключительно саркомы костей лицевого скелета в отличие от взрослых, у которых преобладает рак.

Злокачественные опухоли челюстей встречаются, по данным А. И. Пачеса, в 10 раз реже, чем доброкачественные. В действительности же они встречаются, вероятнее всего, значительно реже. Так, по данным клиники детской челюстно-лицевой хирургии БГМУ, за 10 лет работы были *первично* диагностированы саркомы челюстей у детей всего в 5 случаях. При этом удельный вес больных с онкопатологией в стационаре составил 13,4 %.

Хондросаркома челюсти — злокачественная опухоль остеогенной группы из хрящевой ткани, которая может располагаться в центральном и периферическом отделах кости. Хондросаркомы довольно редко поражают челюсти, значительно чаще они наблюдаются в костях таза, ребрах. Хондросаркоме чаще всего предшествует хондрома. В челюстно-лицевой области опухоль наиболее часто локализуется на верхней челюсти.

На верхней челюсти хондросаркомы локализуются в области резцов, клыка и на твердом нёбе, т. е. в ее переднем отделе. На нижней челюсти чаще поражается область премоляров и моляров. При локализации на нижней челюсти опухоль проявляется в виде утолщения челюсти, симптома Венсана, расшатывания и выпадения зубов. При локализации на верхней челюсти, помимо припухлости и расшатанности зубов, наблюдается затрудненное носовое дыхание, носовые кровотечения, экзофтальм. При прорастании опухоли в крылонёбную ямку появляется тризм. Поражение височно-нижнечелюстного сустава приводит к ограничению подвижности челюсти, смещению подбородка в здоровую сторону, болям при жевании. Около 50 % больных жалуются на головные и зубные боли. При пальпации определяется твердая, бугристая опухоль. Над опухолью выражен сосудистый рисунок слизистой. Метастазирование происходит в основном гематогенно, чаще в легкие. У детей хондросаркома клинически по существу ничем не отличается от остеогенной саркомы.

Рентгенологически хондросаркома выявляется в виде очага деструкции костной ткани с нечеткими контурами и очагами кальцификации. При периферической хондросаркоме обнаруживается деструкция корти-

кального слоя с участками обызвествления, реакция в форме спикул. Иногда выявляется резорбция корней зубов, расположенных в области опухоли. Отличительной чертой рентгенологической картины хондросаркомы являются мелкоочаговые (точечные, пятнистые) или крупные неизвестковые включения неправильной формы. Гистологическим подтверждением хондросаркомы является наличие крупных круглых гигантских клеток с 2 или несколькими гиперхромными ядрами.

Лечение хондросаркомы — резекция челюсти в пределах здоровых тканей единым блоком с окружающими мягкими тканями. Для профилактики рецидивов наиболее оптимальна электрорезекция. Хондросаркомы не чувствительны к лучевой терапии, хотя в некоторых случаях лучевая предоперационная терапия проводится.

Остеогенная саркома — чрезвычайно злокачественная первичная опухоль кости. Клинические признаки остеогенной саркомы весьма разнообразны. В одних случаях первым проявлением заболевания бывает боль в интактном зубе, зуд в области десневого края, расшатанность зуба, парестезия в районе разветвления подглазничного или подбородочного нервов. При локализации опухоли на верхней челюсти боли могут отсутствовать даже при значительных размерах опухоли, что ведет, как правило, к поздней диагностике заболевания. Поражается, как правило, одна кость.

Пальпаторно определяется припухлость различной величины и плотности, умеренно болезненная при пальпации. При больших опухолях возникает отечность мягких тканей, расширяются подкожные и подслизистые вены, кожа над опухолью истончается. В этот период возникают боли, которые быстро усиливаются и становятся стреляющими и исключительно жесткими. В поздних стадиях болезни у больных ухудшается общее состояние: повышается температура тела, увеличивается СОЭ и количество лейкоцитов, появляется прогрессирующая анемия. При быстротекущей форме длительность заболевания не превышает 6 месяцев. Метастазирование остеогенных сарком гематогенное, чаще всего в легкие.

Рентгенологически остеогенные саркомы подразделяют на остеолитические и остеобластические. При остеолитической форме, которая чаще встречается у взрослых, на рентгенограмме выявляется очаг деструкции костной ткани неправильной формы с нечеткими контурами. Опухоль вызывает отслаивание и смещение надкостницы с образованием «симптома козырька». Периодонтальные щели корней зубов в зоне опухоли расширены, корни резорбированы. Наружная граница дефекта кости отсутствует и сливается с окружающими мягкими тканями.

При остеопластической остеогенной саркоме, которая наблюдается чаще у лиц молодого возраста и у детей, преобладают явления патологического костеобразования. При этом на рентгенограмме преобладают участ-

ки бесструктурного уплотнения костной ткани с выраженной реакцией со стороны надкостницы в виде игольчатого периостита (спикулы).

Лечение больного с остеогенной саркомой комплексное: химиотерапия, лучевая терапия и оперативное вмешательство. Хирургическое лечение состоит в резекции пораженной челюсти в пределах здоровых тканей вместе с блоком прилежащих мягких тканей.

Фибросаркома — злокачественная опухоль челюсти, развивающаяся из соединительной ткани. Может наблюдаться у детей разного возраста. Опухоль может быть центральной и периферической — исходящей из надкостницы. Локализуется фибросаркома чаще всего в области верхней челюсти.

Клиническая картина фибросаркомы мало чем отличается от клиники других видов сарком в челюстно-лицевой области, однако опухоль обладает более доброкачественным течением и благоприятным прогнозом по сравнению с остеогенной саркомой. Преобладающим в клинике являются жалобы на постоянное увеличение челюсти в объеме, боли присоединяются значительно позже и не носят такого жесткого характера как при остеогенной саркоме. Периферические фибросаркомы более злокачественные, чем центральные.

Рентгенологические изменения при центральной фибросаркоме многообразны и характеризуются деструкцией кости. Периферическая фибросаркома обнаруживается в виде однородного образования округлой формы, расположенной на кости. В подлежащей кости имеется дефект дугообразной формы, иногда спикулы. Учитывая вариабельность рентгенологической картины и некоторую однотипность клинической картины сарком, окончательный диагноз фибросаркомы устанавливают на основании биопсии.

Лечение фибросаркомы хирургическое — радикальная операция. Лучевая терапия проводится в предоперационном периоде. Возможна химиотерапия опухоли.

Саркома Юинга — заболевание выявляется в основном у молодых лиц, наиболее часто в возрасте 13 лет. Заболевание может начинаться с приступа ноющих, тупых болей в пораженной области, ощущений жжения и жара, к которым вскоре присоединяется расшатывание зубов, припухлость мягких тканей, окружающих челюсть. Кожа и слизистая оболочка в области опухоли умеренно гиперемированы, горячи на ощупь, напряжены.

Изменяется общее состояние — наряду с нарастающей слабостью определяется лихорадочное состояние. Повышается СОЭ и количество лейкоцитов, иногда обнаруживается вторичная анемия. Характерным для саркомы Юинга является волнообразное течение: по истечении некоторого времени боли стихают, припухлость становится менее выраженной, подвижность зубов несколько уменьшается. Через некоторое время болезнь

обостряется с новой силой. Для саркомы Юинга иногда характерна травма в анамнезе.

Рентгенологическая картина при саркоме Юинга не типична. В начале заболевания появляются один или несколько очагов деструкции костной ткани с нечеткими контурами в губчатом веществе, а затем и в корковом алое. При саркоме Юинга челюстных костей периостальное костеобразование отсутствует.

Таким образом, в начале заболевания клиника саркомы Юинга мало чем отличается от клиники острого остеомиелита челюсти. Ошибки при диагностике характерны для саркомы Юинга. Для дифференциальной диагностики тщательно собирается анамнез заболевания («причинный» зуб), проводится клинико-рентгенологическое обследование. Так, для острого остеомиелита не характерны деструктивные изменения в кости.

Саркома Юинга метастазирует в регионарные и другие лимфоузлы, чем отличается от истинной остеосаркомы. Характерны также множественные гематогенные метастазы в другие кости. Вопрос об истинной природе опухоли не может быть решен без биопсии.

Лечение саркомы Юинга комплексное: сочетание лучевой и полихимиотерапии. Опухоль, в отличие от других злокачественных опухолей челюстей, высокочувствительна к лучевому лечению и противоопухолевым химиопрепаратам. Комплексное лечение иногда позволяет добиться стойкого излечения ребенка. Хирургическое лечение применяют в редких случаях.

Ретикулярная саркома — злокачественная опухоль соединительнотканной неостеогенной природы, достаточно часто встречающаяся у детей, чаще младшего возраста. Рост опухоли относительно медленный. Заболевание начинается с появления припухлости и болей, интенсивность которых редко приобретает острый характер. Периодически, как и при саркоме Юинга, могут наблюдаться местные воспалительные явления (отек, гиперемия, боль, подвижность зубов) с повышением температуры тела, повышением СОЭ и умеренным лейкоцитозом. У младших детей течение болезни более бурное. При присоединении вторичного воспалительного процесса повышается температура тела, увеличивается СОЭ, отмечается лейкоцитоз. Однако общее состояние детей даже при обширных опухолях остается удовлетворительным. Такое несоответствие между общим удовлетворительным состоянием больного и большим размером опухоли с выраженными изменениями в кости считается характерным для ретикулярной саркомы.

При поражении верхней челюсти опухоль прорастает в носовую и ротовую полости, глазницу. При этом носовое дыхание затруднено, наблюдаются сукровичные выделения из носа, возможны слезотечение, диплопия. При вовлечении в патологический процесс альвеолярного отростка челюсти возникает подвижность интактных зубов, гиперемия слизистой,

которая подвержена изъязвлению, местами некротизирована. Опухоль метастазирует гематогенно в легкие, кости и др., а также лимфогенно в лимфатические узлы.

Рентгенологически для ретикулярной саркомы характерна деструкция костной ткани в виде большого количества округлых или овальных очагов (соты) с нечеткими контурами. С течением болезни очаги деструкции увеличиваются с разрушением кортикальной пластинки челюсти и образованием массивных апериостальных наслоений. При локализации опухоли на верхней челюсти, наряду с деструкцией костной ткани, может наблюдаться смещение и истончение стенок верхнечелюстной пазухи, затемнение и увеличение ее в размерах.

Дифференциальная диагностика ретикулярной саркомы в начале заболевания затруднена, т. к. опухоль имитирует воспалительный процесс (остеомиелит). Около 70 % детей с ретикулярной саркомой поступают в клинику с диагнозом воспалительного процесса. В связи с этим проведение биопсии является необходимым для постановки правильного диагноза. Радиочувствительность ретикулосаркомы обуславливает широкое применение лучевой терапии в качестве самостоятельного метода лечения. Возможно и комбинированное лечение: лучевая терапия плюс химиотерапия. Хирургическое лечение применяется редко.

Основным методом лечения первичных злокачественных опухолей челюстно-лицевой области у детей является комбинированный — сочетание оперативного вмешательства с лучевой и химиотерапией. Последовательность их проведения определяется характером опухоли, ее гистологическим строением, размерами, степенью распространения основного очага и наличием метастазов. В случае, когда первичный очаг опухолевого роста распространяется на верхнюю или нижнюю челюсть, целесообразнее провести предоперационную лучевую терапию с последующим иссечением зоны поражения. Иногда лучевая терапия может дополняться химиотерапией. Послеоперационная, преимущественно внутритканевая лучевая терапия, бывает показанной при условии недостаточной радикальности операции, а также при удалении малодифференцированных опухолей. В ряде случаев после лучевой терапии, когда распространенность опухоли уменьшается, становится возможным оперативное вмешательство. Кроме того, под влиянием предоперационного облучения облитерируются мелкие кровеносные и лимфатические сосуды, в результате чего уменьшается опасность возникновения послеоперационных рецидивов и метастазов. Назначая лучевую терапию ребенку, следует помнить, что наиболее выраженные лучевые повреждения возникают в растущих и развивающихся системах, органах и тканях.

Все дети, получившие курс лечения по поводу злокачественного новообразования, должны находиться на постоянном диспансерном наблю-

дении врача-онколога и участкового детского стоматолога. Диспансерное наблюдение за ребенком осуществляется со дня выявления опухоли челюстно-лицевой области до 15 лет, после чего больной переводится во взрослую сеть. В задачи диспансерного наблюдения входят контроль за возможностью рецидива опухоли, восстановление нарушенных в результате заболевания и последующего оперативного и др. лечения функций и анатомической целостности органов и тканей, обеспечение адекватного роста и развития челюстей. Всем детям, оперированным по поводу опухолей челюстей, после которых остались дефекты, необходимо изготавливать протезы. Протезирование должно проводиться в стационаре через 2–3 недели после операции. Дальнейшее наблюдение за ребенком осуществляет врач-ортодонт по месту жительства.

Дети, оперированные по поводу злокачественных опухолей, наблюдаются с интервалом в 1, 3, 6 месяцев и далее 2 раза в год. При осмотрах оценивается общее и местное состояние ребенка (слабость, температура, боли, состояние лимфатических узлов, цвет кожи и слизистой, состояние зубов и т. п.), производится полный клинический анализ крови. Периодически проводится контрольное рентгенообследование.

Через 2–3 месяца после выписки из специализированного онкоучреждения и при условии стойкой ремиссии заболевания, дети могут посещать детский сад или школу. Ограничения режима касаются освобождения этих детей от прививок, физических упражнений с большой нагрузкой, соревновании и т. п.

Повторные курсы терапии цистостатиками и лучевой терапии, общеукрепляющая терапия, диета с ограничением солей натрия и т. п. проводятся по рекомендации врача-онколога в специализированном учреждении.

Задача врача-стоматолога на поликлиническом приеме в период диспансерного наблюдения за больным со злокачественным новообразованием челюстно-лицевой области после выписки его из специализированного учреждения заключается в тщательной санации полости рта ребенка в широком смысле этого слова, за исключением хирургической санации (удаления зубов), которая может проводиться только по согласованию с лечащим врачом-онкологом. Необходимость санации полости рта определяется тем, что у детей после лучевой или химиотерапии, а тем более после оперативных вмешательств и зубопротезирования, нарушается гигиена полости рта, имеются выраженные явления стоматита, гингивита, заболеваний тканей пародонта, дефекты и изъяны костных и мягких тканей и др., обусловленные проведенным лечением. Все вышеизложенное требует соответствующего как общего, так и местного лечения в условиях поликлиники за исключением методов физиотерапии.

Таким образом, диспансерное наблюдение за детьми этой группы врачами-стоматологами (хирург, терапевт, ортодонт) совместно с врачом-

онкологом позволят предупредить прогрессирование основного заболевания, облегчить общее и местное состояние больного, максимально продлить период ремиссии заболевания, а значит и жизнь больного.

ЗАДАНИЕ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТА

Для самостоятельного изучения темы студенту вначале следует ознакомиться с контрольными вопросами по теме занятия, а также внимательно изучить учебно-методическое пособие для того, чтобы ответить на контрольные вопросы по теме занятия. В дальнейшем, для более углубленного изучения темы, студенту необходимо изучить соответствующие разделы основной литературы и, по возможности, ознакомиться (прочсть) с соответствующими разделами дополнительной литературы, указанной в данном издании.

На практическом занятии студент самостоятельно курирует не менее одного больного: собирает жалобы и анамнез заболевания, проводит клиническое обследование ребенка (осмотр, пальпация, перкуссия и др.), анализирует данные лабораторных и других видов обследования (УЗИ, рентген, цитология, биопсия) и формулирует ориентировочный диагноз заболевания. После обсуждения полученных данных с преподавателем, студент формулирует клинический диагноз заболевания и составляет план лечения (или дообследования) курируемого ребенка.

При возможности студент участвует (в качестве ассистента) в проведении оперативных вмешательств, при перевязках прооперированных больных, дает рекомендации родителям по лечению и уходу за ребенком и т. д.

Проведенную работу студент под контролем преподавателя заносит в виде дневника в историю болезни курируемого больного, операционный журнал и др., а также в свою рабочую тетрадь (в виде дневника на день курации) по общепринятой схеме (жалобы, анамнез, клиника и т. д.). Все вышеизложенное позволяет выполнить целевые задачи занятия (овладеть необходимыми практическими навыками).

Самоконтроль усвоения темы: решение ситуационных задач.

Формы контроля: Опрос на практических занятиях, решение ситуационных задач, тестовый входной и выходной контроль, курсовой экзамен, государственный экзамен.

ЛИТЕРАТУРА

Основная

Бернадский, Ю. И. Основы челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии / Ю. И. Бернадский. Витебск, 1998.

Стоматология / Е. В. Боровский [и др.] ; под ред. Е. В. Боровского. М. : Медицина, 1987.

Стоматология детского возраста / Т. Ф. Виноградова [и др.]. М. : Медицина, 1987.

Стоматология детского возраста / А. А. Колесов [и др.] ; под ред. А. А. Колесова. 4-е изд., испр. и доп. М. : Медицина, 1991.

Стоматология детского возраста / Л. С. Персин [и др.]. М. : Медицина, 2003

Корсак, А. К. Опухоли челюстно-лицевой области у детей / А. К. Корсак. Минск : БГМУ, 2002.

Лекционный материал.

Дополнительная

Виноградова, Т. Ф. Диспансеризация детей у стоматолога / Т. Ф. Виноградова. М. : Медицина, 1988.

Годорожа, П. Д. Опухоли головы и шеи у детей / П. Д. Годорожа, Н. М. Годорожа. Кишинев, 1983.

Дурнов, Л. А. Злокачественные опухоли у детей раннего возраста / Л. А. Дурнов. М. : Медицина, 1984.

Заболевания и повреждения слюнных желез / И. Ф. Ромачева [и др.]. М. : Медицина, 1987.

Козлов, В. А. Хирургическая стоматологическая помощь в поликлинике / В. А. Козлов. М. : Медицина, 1985.

Новообразования мягких тканей и костей лица у детей и подростков / А. А. Колесов [и др.]. М. : Медицина, 1989.

Пачес, А. М. Опухоли головы и шеи / А. М. Пачес. М. : Медицина, 1983.

Руководство по стоматологии детского возраста / под ред. А. И. Евдокимова, Т. Ф. Виноградовой. М. : Медицина, 1976.

Руководство по хирургической стоматологии / под ред. А. И. Евдокимова. М. : Медицина, 1972.

Робустова, Т. Г. Хирургическая стоматология / Т. Г. Робустова. М. : Медицина, 1990.

Соловьев, М. М. Онкологические аспекты в стоматологии / М. М. Соловьев. М. : Медицина, 1983.

Солнцев, А. М. Доброкачественные опухоли лица, челюстей и органов полости рта / А. М. Солнцев, В. С. Колесов. Киев, 1985.

Хирургическая стоматология / В. А. Дунаевский [и др.] ; под ред. В. А. Дунаевского. Л. : Медицина, 1979.

Шехтер, А. И. Атлас рентгенограмм зубов и челюстей в норме и патологии / А. И. Шехтер, Ю. И. Воробьев, М. В. Котельников. М. : Медицина, 1968.

Ситуационные задачи
к практическим занятиям на X семестр по теме:
«Новообразования челюстно-лицевой области у детей»

№ 1

Ребенку 10 лет. Жалобы на наличие образований в полости рта. Со слов родителей, ребенок ранее не жаловался и недавно сказал, что первые образования появились около года тому назад. Количество их увеличивается.

Объективно: на коже рук имеются вульгарные бородавки. На слизистой щек имеется множество мелких образований на ножке в виде цветной капусты, белесоватого и розового цвета. При пальпации болезненности нет. По линии смыкания зубов признаки травматизации. Подчелюстные лимфоузлы не пальпируются.

Сформулируйте диагноз.

Составьте план лечения.

№ 2

Ребенку 3 года. Жалобы на деформацию языка. Заметили с рождения. Ранее не лечились.

Объективно: кожные покровы лица чистые. Слизистая полости рта бледно-розовая. Слева на боковой поверхности языка имеется несколько округлых, мягко-эластичных образований до 1 см в диаметре, интимно спаянных с тканями языка, покрытых неизменной гладкой без сосочков слизистой оболочкой. Пальпация безболезненна. Со слов родителей, «опухоль» растет вместе с ребенком.

Сформулируйте диагноз.

Составьте план лечения ребенка.

№ 3

Ребенку 8 месяцев. Жалобы на наличие опухоли верхней губы. Родился с красным пятном на красной кайме губы, которое, постепенно увеличиваясь по площади, стало выступать над поверхностью кожи слизистой.

Объективно: на коже и слизистой верхней губы имеется синюшно-красное образование с четкими границами, бугристое, мягкое и безболезненное при пальпации. Губа утолщена. Во время плача — увеличивается в объеме.

Сформулируйте диагноз.

Составьте план лечения ребенка.

№ 4

Ребенку 2 недели. Родился с новообразованием в полости рта, которое мешает сосать грудь. Образование не растет.

Объективно: на альвеолярном отростке верхней челюсти слева на уровне 63 зуба имеется образование на ножке до 1,0 см в диаметре круглое, плотно-эластичное, синюшно-красного цвета, покрытое гладкой слизистой оболочкой, безболезненное при пальпации.

Сформулируйте диагноз.

Составьте план лечения ребенка.

№ 5

Ребенку 7 лет. Жалобы на деформацию языка и его необычный цвет. Патологию заметили с 4 лет, когда ребенок перенес пневмонию. С тех пор размеры языка увеличиваются при простуде и уменьшаются после выздоровления. Лечение не проводилось.

Объективно: язык увеличен, кончик его бугристый. Пальпация безболезненна. На слизистой языка имеется множество бугорков, сосочков, заполненных желто-красной жидкостью. На кончике языка признаки травматизации элементов поражения — явления кровоизлияния. Прикус открытый. Нарушение гигиены полости рта — неприятный запах изо рта.

1. Сформулируйте диагноз.

2. Составьте план лечения ребенка.

№ 6

Ребенку 8 лет. Жалобы на наличие образования под языком в полости рта. Заметили 3 недели тому назад, образование медленно увеличивается.

Объективно: слева в подъязычной области по ходу подъязычного валика имеется образование овальной формы около 1,0 × 2,5 см в диаметре, покрытая гладкой слизистой. Пальпация его безболезненна. Образование мягко-эластичной консистенции, язык несколько приподнят и смещен вправо. Подчелюстные лимфоузлы слева не пальпируются, но при надавливании в этой области образование под языком увеличивается.

1. Сформулируйте диагноз.

2. Составьте план лечения ребенка.

№ 7

Ребенку 13 лет. Жалобы на наличие образования в области 23 зуба, которое появилось около 2 месяцев тому назад. Увеличивается, иногда сильно кровоточит.

Объективно: на десне между 23 имеется ярко-красное образование, рыхлое, кровоточащее при дотрагивании размером 0,5 × 0,8 см. Зубы

интактные, устойчивые. Перкуссия их безболезненна. На R-грамме патологии со стороны костной ткани в области 23 не выявлено.

1. Сформулируйте диагноз.

2. Составьте план лечения ребенка.

№ 8

Ребенку 11 лет. Жалобы на подвижность 37 зуба, который периодически беспокоит. В анамнезе: врожденный сосудистый невус кожи левой щеки с переходом на подчелюстную область слева.

Объективно: кожа лица в области щеки слева красноватого цвета в виде «винного пятна». В полости рта 37 интактный, прорезался на $\frac{3}{4}$, несколько подвижен и слабо болезненный при перкуссии. Десневые сосочки у 37 рыхлые, гиперемированы, при дотрагивании легко кровоточат. На слизистой щеки слева и альвеолярном отростке выраженный сосудистый рисунок. Прикус ортогнатический.

1. Сформулируйте диагноз.

2. Составьте план обследования и лечения ребенка.

№ 9

Ребенку 8 лет. Жалоб нет. Во время профосмотра в школе стоматолог заметил утолщение челюсти и направил ребенка к хирургу-стоматологу.

Объективно: конфигурация лица не изменена. В полости рта: 75 под пломбой (запломбирован более 2 лет тому назад) розоватого цвета. Перкуссия его безболезненна. Утолщение альвеолярного отростка нижней челюсти слева и вестибулярной стороны в области 74, 75, 36 зубов. Слизистая бледно-розовая. Пальпация безболезненна. Пальпаторно определяется симптом «пластмассовой игрушки».

1. Сформулируйте диагноз.

2. Составьте план обследования и лечения ребенка.

№ 10

Ребенку 10 лет. Жалобы на наличие разрастания тканей из лунки удаленного 3 недели тому назад 85 зуба. Зуб был интактный, но подвижный. Удалили под аппликационной анестезией.

Объективно: асимметрия лица за счет утолщения тела нижней челюсти справа. Кожа в цвете не изменена, регионарные лимфоузлы не увеличены. Пальпация тела челюсти безболезненна. В полости рта: утолщение альвеолярного отростка нижней челюсти справа. В области лунки 85 образование бугристое, синюшного цвета с элементами травмы от зубов верхней челюсти, эластичное и безболезненное при пальпации. Слизистая бледно-розовая. При пальпации альвеолярного отростка определяется дефект кортикальной пластинки кости с вестибулярной стороны и опухоль,

растущая из дефекта. 46, 44 умеренно подвижны. R-логически определяются очаги деструкции костной ткани челюсти овальной формы с умеренно четкими границами, распространяющимися от 47 до 43. Кортикальная пластинка по краю челюсти не нарушена. Челюсть не деформирована. Реакции надкостницы не выявлено.

1. Сформулируйте клинический диагноз.

2. Составьте план обследования и лечения ребенка.

№ 11

Ребенку 12 лет. Жалобы на утолщение нижней челюсти. Заметили около 2 недель тому назад.

Объективно: Асимметрия лица за счет утолщения угла и ветви нижней челюсти справа. Пальпация безболезненна. Кожа в цвете не изменена, в складку собирается свободно. Регионарные лимфоузлы несколько увеличены. Рот открывает хорошо. 47, 46, 45 интактные, но 47 несколько подвижен, перкуссия его глухая. 47, 46, 45 слизистая бледно-розовая. При пальпации определяется утолщение костной ткани в области альвеолярного отростка у 47, 46 и в ретромолярной области. Пальпация безболезненна.

На R-грамме: вздутие тела угла и ветви нижней челюсти справа, истончение кортикальной пластинки челюсти, симптом «малых пузырей».

1. Сформулируйте клинический диагноз.

2. Составьте план обследования и лечения ребенка.

№ 12

Ребенку 14 лет. Жалобы на утолщение нижней губы. Заметили 3 недели тому назад. Образование медленно увеличивается.

Объективно: на коже нижней губы слева небольшой рубец после травмы. На слизистой нижней губы слева определяется образование до 1,5 см в диаметре, покрытое неизменной слизистой голубоватого цвета. Образование в толще губы эластичное и безболезненное при пальпации.

1. Сформулируйте клинический диагноз.

2. Составьте план обследования и лечения ребенка.

№ 13

Девочка 3 лет поступила в больницу с диагнозом «лимфаденит околоушных лимфатических узлов слева». Заболевание выявлено 6 месяцев тому назад. По месту жительства проводилось противовоспалительная терапия, которая давала кратковременные улучшения.

Объективно: в левой околоушной области, а также на шее по ходу жевательной мышцы пальпируется увеличение, подвижные, эластичные, безболезненные лимфоузлы. Температура тела — 37,6 °С.

Гемограмма: тромбоцитопения, эозинофелиз (11 %), СОЭ — 28 мм/ч. Кроме того, пальпируются единичные лимфорузлы в околоушной области и на шее справа. Учитывая давность заболевания, было решено взять биопсию лимфатических узлов.

Заключение гистолога: обнаружены гигантские клетки Березовского–Штернберга.

- 1. Поставьте и обоснуйте диагноз.**
- 2. Проведите диф. диагностику заболевания.**
- 3. Составьте схему лечения.**

№ 14

Ребенку 12 лет, поступил в клинику с жалобами на ноющие боли и припухлость в области нижней челюсти справа, повышенную температуру тела — 39,5 °С. Болен около 1 месяца. В поликлинике по месту жительства ранее был удален интактный, но подвижный 46, назначалась медикаментозная противовоспалительная терапия. Однако после курса УВЧ припухлость стала быстро увеличиваться, появилась гиперемия кожи.

Объективно: конфигурация лица изменена за счет болезненной диффузной припухлости, занимающей всю околоушно-жевательную область и область нижней челюсти справа. Кожа над припухлостью умеренно гиперемирована, плохая, горячая, плохо собирается в складку. Определяется подвижность 45, 44. Слизистая оболочка в ретромолярной области несколько гиперемирована.

Гемограмма: лейкоцитов — 19,8 × 19,9/л; СОЭ — 27 мм/ч.

На R-грамме: определяется обширный очаг деструкции костной ткани с нечеткими и неровными контурами, захватывающий угол и ветвь челюсти. Периостальные разрастания отсутствуют.

- 1. Поставьте диагноз.**
- 2. Определите схему лечения.**

№ 15

В консультативный кабинет обратилась девочка 14 лет с жалобами на боли во фронтальном участке верхней челюсти. Со слов девочки, месяц тому назад в 12, 11, 21, 22, 23 появились боли при надкусывании, затем зубы стали подвижными. Спустя неделю из-за болей в поликлинике был удален 22, который был плохо запломбирован, после чего опухоль начала быстро увеличиваться.

Объективно: конфигурация лица изменена за счет припухлости в области верхней губы. В области 12, 11, 21, 22, 23 с вестибулярной и небной сторон альвеолярного отростка располагается опухоль, покрытая цианотичной слизистой оболочкой и слабо болезненная при пальпации. Зубы,

расположенные в этой области, подвижны и смещены. Альвеолярный отросток и небо в переднем отделе утолщены.

На R-грамме: во фронтальном участке верхней челюсти определяются очаги деструкции с нечеткими границами с мелкопетливой структурой кости и небольшим количеством плотных включений. Корни 11 и 21 резорбированы на $\frac{1}{3}$ длины.

1. Поставьте диагноз.

2. Определите схему обследования и лечения ребенка.

№ 16

Больная, 14 лет, обратилась в поликлинику с жалобами на боли, увеличение левой половины лица, повышенную температуру тела — 39 °С с диагнозом: «Флегмона подчелюстной области слева». Направлена в стационар.

Объективно: общее состояние средней тяжести, температура тела — 38,5 °С. Конфигурация лица нарушена за счет припухлости в щечной и поднижнечелюстной области слева. Кожа в области припухлости растянута, в складку не собирается, теплая на ощупь, резко выражена венозная сеть сосудов. Рот открывает несколько ограничено. Зубы 33, 34, 35, 36, 37 интактны, но подвижны и болезненны при перкуссии. В 36 зубе пломба.

На основании клиники поставлен диагноз: «Флегмона поднижнечелюстной области слева». Произведено вскрытие флегмоны, но гноя не получено. Назначено противовоспалительное лечение. После этого опухоль несколько уменьшилась и уплотнилась. Рентгенообследование проведено на следующий день.

На R-генограмме: определяется увеличение объема нижней челюсти, уплотнение костной ткани, спиккулярные выросты, выходящие за пределы челюсти, резорбция корней 36, 37 на $\frac{1}{3}$.

1. Поставьте диагноз.

2. Определите схему лечения ребенка.

**Тема: Травматические повреждения мягких тканей и зубов у детей.
Клиника, диагностика, неотложная помощь и лечение**

Время занятия — 7 учебных часов.

Мотивационная характеристика темы. Повреждения мягких тканей лица и полости рта у детей встречаются чаще всего и преобладают у ребят младшего возраста. Повреждения мягких тканей в большинстве случаев связаны с травмой в быту, реже — с уличной и транспортной травмами. У детей чаще всего встречается механическая неогнестрельная травма мягких тканей. Термические и химические ожоги мягких тканей лица и слизистой полости рта, а также отморожения у детей встречаются значительно реже и, в основном, у детей до 3 лет.

Следует отметить, что изолированное повреждение зубов и челюстей у детей встречается достаточно редко. Чаще всего повреждение зубов и особенно челюстей сопровождается повреждением мягких тканей лица и полости рта. Тенденции к росту детского травматизма в челюстно-лицевой области за последние 12 лет не выявлено.

Цель занятия: изучить клинику, диагностику и методы лечения травмы мягких тканей и зубов ЧЛО у детей, а также профилактику осложнений этих заболеваний.

Задачи занятия. В результате освоения теоретической части темы студент должен **знать**:

1. Особенности повреждений мягких тканей ЧЛО у детей.
2. Клинические признаки повреждений мягких тканей ЧЛО у детей.
3. Основные принципы лечения повреждений мягких тканей ЧЛО у детей.
4. Особенности повреждений временных и постоянных зубов у детей.
5. Клинические признаки повреждений временных и постоянных зубов у детей.
6. Основные принципы лечения повреждений временных и постоянных зубов у детей.

В ходе практической части занятия студент должен **уметь** (овладеть следующими практическими навыками):

1. Обследовать ребенка с повреждениями мягких тканей и зубов с формулировкой диагноза.
2. Читать рентгенограммы с целью диагностики повреждений зубов.
3. Оказать неотложную помощь ребенку с повреждениями мягких тканей и зубов.
4. Провести ПХО небольших ран челюстно-лицевой области у детей.
5. Наложить некоторые назубные шины.

Требования к исходному уровню знаний. Для лучшего усвоения темы данного занятия студенту необходимо повторить:

- из *анатомии* — строение и сроки формирования временных и постоянных зубов;
- *общей хирургии* — принципы ПХО ран;
- *лучевой диагностики* — рентгенологическое обследование в челюстно-лицевой области;
- *челюстно-лицевой хирургии* — клинику, диагностику и лечение повреждений мягких тканей и зубов у взрослых;
- *комбустиологии* — местное лечение ожогов.

Контрольные вопросы из смежных дисциплин:

1. Назовите особенности строения зубов у детей.
2. Перечислите особенности ПХО ран лица.
3. Назовите методы лучевой диагностики переломов зубов.
4. Перечислите клинические проявления, методы диагностики и лечения повреждений мягких тканей и зубов у взрослых.

Контрольные вопросы по теме занятия:

1. Классификация и особенности повреждений мягких тканей ЧЛО у детей.
2. Закрытые механические повреждения мягких тканей ЧЛО у детей. Клиника, диагностика и лечение.
3. Открытые механические повреждения мягких тканей ЧЛО у детей (раны). Особенности клиники, диагностики и лечения.
4. Ожоги и отморожения ЧЛО у детей. Клиника, диагностика и лечение.
5. Классификация и особенности повреждений зубов у детей.
6. Ушибы и вывихи зубов у детей. Клиника, диагностика и лечение.
7. Переломы зубов у детей. Клиника, диагностика и лечение.

УЧЕБНЫЙ МАТЕРИАЛ

Механические повреждения мягких тканей ЧЛО могут быть закрытыми (ушибы, гематомы, кровоизлияния, ссадины) и открытыми (раны).

Ушибом (*contusio*) называется механическое повреждение тканей или органов без нарушения анатомической целостности кожи или слизистой, возникшее путем прямого действия тупого предмета на той или иной участок тела. Несмотря на то, что дети младшего возраста (до 5 лет) часто падают, благодаря эластичности кожи лица, обилия подкожно-жировой клетчатки, наличия жирового комка Биша, а также малого роста и веса, они чаще всего получают ушибы мягких тканей лица.

При ушибе мягких тканей лица у детей клинически определяется отек, размер которого зависит от силы и места приложения травмирующего

фактора. Обширные отеки на лице у детей обусловлены обилием рыхлой подкожно-жировой клетчатки, гидрофильностью мягких тканей и др. Отеки мягких тканей лица могут маскировать повреждения костей лицевого скелета, что следует исключать клинико-рентгенологически. Помимо отеков, ушиб мягких тканей распознают по образованию кровоизлияний, кожа над которыми имеет синюшную окраску. Пальпация области повреждения болезненна. Посттравматические отеки мягких тканей иногда переходят в воспалительные инфильтраты.

При ушибе мягких тканей рекомендуют холод (пузырь со льдом), который применяют в течение первых 2–3 суток после травмы. Для этого пузырь со льдом через салфетку прикладывают к поврежденному месту на 30 мин, с перерывами на 40–60 мин, и с перерывом на время сна. Это позволяет уменьшить отек мягких тканей, снижает болевую чувствительность, препятствует кровоизлиянию в мягкие ткани. Через 3–4 дня после травмы назначают тепловые процедуры, УВЧ-терапию и др.

Ушибы мягких тканей лица у детей часто сопровождаются *ссадинами*, т. е. поверхностными повреждениями кожи. Лечение больного с такими повреждениями кожи заключается в ее антисептической обработке и обработке настойкой йода, раствором бриллиантовой зелени и др. Возможно применение УФО-терапии.

Ушибы мягких тканей челюстно-лицевой области лица могут сопровождаться образованием гематом и/или внутритканевых кровоизлияний.

Гематома возникает из-за повреждения кровеносных сосудов и расщепления мягких тканей с образованием полости. Наиболее характерным признаком образования гематомы мягких тканей является симптом флюктуации или зыбления. Кожа над гематомой имеет синюшно-красный цвет, пальпация тканей болезненна. Для подтверждения диагноза возможна диагностическая пункция. Гематомы мягких тканей челюстно-лицевой области в зависимости от различных обстоятельств могут самостоятельно рассосаться, организоваться с образованием внутритканевого рубца или нагноиться.

При лечении свежих гематом мягких тканей средних и больших размеров, в первую очередь, необходимо при помощи шприца отсосать кровь из полости образования с последующим применением давящей повязки и холода (пузырь со льдом) на поврежденную область. Через 3–4 дня после травмы при лечении гематом применяют физиотерапевтические процедуры. В случае нагноения гематомы следует вскрыть и дренировать с дальнейшим проведением терапии, как при лечении любого гнойно-воспалительного процесса мягких тканей.

Кровоизлияние — это пропитывание (имбибиция) кровью мягких тканей (подкожно-жировой клетчатки, мышц лица и др.), поврежденных во время травмы. Лечение их практически ничем не отличается от лечения ушибов мягких тканей.

Рана — это повреждение мягких тканей с нарушением целостности покровов тела (кожи или слизистой).

По характеру повреждения тканей различают раны: колотые, резаные, рубленые, ушибленные, рваные, укушенные, огнестрельные и др.

По отношению к полостям тела различают раны **проникающие** и **непроникающие**. В челюстно-лицевой области раны могут проникать в полость рта, полость носа, в верхнечелюстную пазуху и т. д. Кроме того, раны мягких тканей лица могут быть с повреждением и без повреждения костей лицевого скелета.

Клиническая картина ран лица определяется ее локализацией, характером повреждения и т. д. Однако у детей раны мягких тканей лица и полости рта имеют свои особенности, обусловленные анатомо-физиологическим и возрастным строением тканей челюстно-лицевой области.

Мягкие ткани челюстно-лицевой области имеют хорошее кровоснабжение и иннервацию, что способствует высокой регенеративной способности тканей. Раны на лице у детей всегда широко зияют, вследствие сокращения мимической мускулатуры, высокой эластичности кожи и наличия толстого слоя подкожно-жировой клетчатки. Этот клинический симптом особенно выражен при повреждении губ. Поскольку лицо является открытой частью тела, то раны на лице инфицированы и загрязнены инородными телами, что может явиться причиной нагноения. Повреждения тканей челюстно-лицевой области у детей часто сочетаются с повреждением ЛОР-органов, глаз, черепно-мозговой травмой и др., что требует участия смежных специалистов.

У детей младшего возраста частыми повреждениями мягких тканей полости рта является прикусывание языка, а также раны мягкого нёба, иногда проникающие в полость носа. Эти раны возникают вследствие игры детей с острыми колющими предметами, которые они держат во рту во время падения.

ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ОБРАБОТКИ РАН НА ЛИЦЕ

Раны на лице могут быть ушиты наглухо через 48 ч, а при применении антибиотиков — через 72 ч после травмы.

При первичной хирургической обработке ран лица щадяще относятся к мягким тканям и иссекают только размозженные и явно нежизнеспособные ткани.

При ранах челюстно-лицевой области, проникающих в полость рта, носа и др., в первую очередь следует ушить рану со стороны слизистой оболочки с целью предотвращения дальнейшего инфицирования тканей. Раны на лице, для получения хороших косметических результатов, всегда следует ушивать послойно с обязательным ушиванием мимической мускулатуры и подкожно-жировой клетчатки.

Во время первичной хирургической обработки ран на лице особо тщательно следует сопоставлять края раны в области естественных отверстий (красная кайма губ, крыло носа и т. п.).

При одновременном повреждении мягких тканей лица и переломах костей лицевого скелета (или зубов) в первую очередь проводят первичную хирургическую обработку костной раны с фиксацией отломков кости. Во вторую — ПХО ран мягких тканей.

Для ушивания ран кожи лица следует применять тонкий (6/0 или 5/0) монофиламентный шовный материал с атравматической иглой (этилон, мирален и др.), что позволяет получить хороший косметический результат. При лечении детей с травмой, помимо первичной хирургической обработки раны, часто используется противовоспалительная терапия. Использование антибактериальных препаратов показано при наличии обширных повреждений мягких тканей, для профилактики нагноения раны. С этой же целью, в течение нескольких суток после операции, применяют УФО раны, лазеротерапию и др.

В дальнейшем, после снятия швов, для получения хороших косметических результатов, на область послеоперационных рубцов назначают физиотерапевтическое лечение: массаж, парафинотерапию, электрофорез лидазы или ронидазы, фонофорез гидрокортизона, лазеротерапию, магнитотерапию и др.

Среди всех видов повреждений тканей челюстно-лицевой области **ожоги** лица составляют примерно 2 %, т. е. встречаются относительно редко. Они в основном преобладают у детей младшего возраста. В зависимости от причин, вызвавших ожог, их подразделяют:

- на термические;
- химические;
- лучевые.

К термическим ожогам (ТО) относят также электротравму.

Большинство ожогов лица вызывают *термические* факторы. Несколько реже наблюдаются *химические* ожоги лица. *Лучевые* поражения тканей лица у детей в мирное время возникают исключительно после лучевой терапии опухолей челюстно-лицевой области. Ожоги слизистой оболочки полости рта и глотки вызывают чаще всего химические факторы, в основном, кислоты и щелочи. Химические ожоги кожи лица встречаются значительно реже.

По глубине поражения тканей ТО подразделяют на 4 степени. Глубина повреждения определяется температурой поражающего фактора, длительностью его воздействия и особенностями строения кожи в области поражения.

Ожоги I степени характеризуются гиперемией кожи, отеком тканей и болью. При ожогах I степени поражается только эпидермис кожи. После

них заметных рубцов не остается, лишь иногда изменяется пигментация пораженных участков кожи.

Ожоги II степени характеризуются более глубокими поражениями кожи, но с сохранением сосочкового слоя. Помимо симптомов, характерных для ожогов I степени, отмечается образование пузырей, заполненных серозной жидкостью. Если при ожогах II степени рана не инфицируется, то поверхность ожога через 14–16 дней эпителизируется.

Ожоги III А степени характеризуются некрозом верхушек или всего сосочкового слоя кожи, но с сохранением сальных и потовых желез, а также волосяных фолликулов.

Ожоги III Б степени сопровождаются некрозом всех слоев кожи. Эти ожоги заживают вторичным натяжением через стадию гранулирования раны и эпителизации ее с краев, что приводит к образованию грубых, деформирующих рубцов.

Ожоги IV степени сопровождаются обугливанием кожи и некрозом более глубоко расположенных тканей (мышцы, кости и др.). После ожогов III Б – IV степени образуются грубые рубцы гипертрофического или келоидного характера.

Большое значение для определения тяжести ожоговой травмы (помимо глубины ожога) имеет измерение площади обожженной поверхности кожи. Так, правило «ладони» основано на том, что площадь ладони больного составляет около 1 % от общей площади его кожи. Для измерения площади ожога существует правило «девятки». При значительных по площади и глубине ожогах кожи у больных развивается ожоговая болезнь с периодами: ожогового шока, острой ожоговой токсемии, ожоговой септикопиемии и реконвалесценции. Больные с признаками ожоговой болезни лечатся в ожоговых центрах.

В связи с неровным рельефом лица, на разных его участках возникают разные по глубине ожоговые поражения кожи (от I до IV степени). Наиболее глубоко поражаются выступающие участки лица: нос, губы, надбровные дуги, область скуловых костей, ушные раковины, подбородок.

Лечение детей с термическими ожогами лица начинается с устранения травмирующего фактора и проведения противошоковых мероприятий, которые заключаются в назначении обезболивающих препаратов и наложении асептической повязки. Для борьбы с инфекцией при ожогах II–IV степени проводят антибактериальную терапию.

Как уже указывалось, лечение детей с ожогами, в том числе и лица, проводится в ожоговых центрах и только больные с изолированными, неглубокими и небольшими по площади ожогами лица могут быть госпитализированы в отделение челюстно-лицевой хирургии. После первичной обработки ожоговой раны на лице дальнейшее лечение ее в стационаре целесообразнее всего вести открытым способом, т. к. повязки на лице

быстро пропитываются слюной, загрязняются при приеме пищи, инфицируются и, тем самым, препятствуют быстрейшему заживлению раны. Однако у детей возможен и закрытый метод лечения ожоговых ран с применением мазовых повязок.

Химические ожоги (ХО) возникают от действия химических веществ, способных вызвать местную воспалительную реакцию или некроз тканей (кислоты, щелочи и др.). В зависимости от вида и концентрации химического вещества, а также времени его воздействия на ткани, химические ожоги (как и термические) подразделяют на **4 степени**. Однако степень глубины химических ожогов очень тяжело определить в первые часы и даже дни после травмы.

Воздействие на ткани крепких кислот и солей тяжелых металлов приводит к коагуляции белков, т. е. к коагуляционному некрозу тканей. Щелочи вызывают колликвационный, а значит, более глубокий некроз тканей.

ХО кожи лица (губ, подбородка и др.) и слизистой оболочки полости рта наблюдаются главным образом у детей младшего возраста (до 3 лет) при попадании в полость рта ребенка употребляемых в быту агрессивных химических веществ. При проглатывании этих химических веществ дополнительно возникают ХО слизистой оболочки глотки и пищевода.

Тяжесть клинической картины ХО кожи и слизистой у детей оценивается также, как и при ТО, т. е. с учетом общих и местных (глубины и площади поражения) симптомов. При этом следует учитывать, что некоторые химические вещества из-за резорбтивного действия могут дополнительно вызывать общее отравление организма. Оценивая общее состояние больного можно отметить, что болевой синдром при ХО проявляется с запозданием и не так сильно выражен как при термических.

Местная клиническая картина ХО во многом зависит от вида химического вещества, вызвавшего ожог. Так, при ожогах слизистой оболочки полости рта щелочами поверхностные слои слизистой как бы растворяются.

При ожогах слизистой оболочки полости рта соляной кислотой она приобретает зеленоватый цвет; азотной кислотой — буро-коричневый; серной кислотой — черный. При попадании на слизистую оболочку полости рта кристаллов марганцево-кислого калия она приобретает черно-коричневый цвет. При попадании в полость рта концентрированной уксусной кислоты (30%-ной) или нашатырного спирта имеет место специфический запах изо рта больного. Знание этих симптомов очень важно для оказания ребенку рациональной медицинской помощи. Местно, вне зависимости от вида химического вещества, слизистая оболочка при химических ожогах отекает и гиперемирована. Участки некроза слизистой (при глубоких ожогах) быстро покрываются толстой фибриной пленкой, под которой происходит эпителизация и (или) рубцевание раны. При отторжении некротических тканей или их удалении открывается эрозивно-язвенная поверхность.

При наличии у ребенка вышеуказанных признаков химического ожога корня языка, мягкого нёба и ротоглотки, а также при подозрении на ожог слизистой пищевода, что бывает при проглатывании больным агрессивной жидкости, дети должны быть срочно госпитализированы в стационар для промывания желудка и проведения соответствующей терапии.

Следует отметить, что дети младшего возраста достаточно редко проглатывают попавшие им в рот концентрированные химические вещества. Они успевают быстро их выплюнуть. По этой причине у маленьких детей чаще наблюдаются химические ожоги слизистой передних отделов полости рта (кончика языка, подъязычной области, преддверия полости рта, слизистой губ) и кожи губ и подбородка.

Лечение химических ожогов кожи лица и слизистой оболочки полости рта начинается с обильного (струей) промывания кожи лица и полости рта холодной водой. При выяснении природы повреждающего фактора производят его химическую нейтрализацию. Так, при ожогах кислотами для этого используют 1–2%-ный раствор пищевой соды. При ожогах щелочами используют слабые (1–2%-ные) растворы лимонной или уксусной кислот. Далее, для уменьшения боли полость рта обрабатывают (прополаскивают) 1%-ным раствором новокаина или другого местного анестетика. Если у больного имеются признаки ожога пищевода, то его следует направить в специализированное отделение.

Дальнейшее местное лечение химического ожога кожи лица и слизистой полости рта в стационаре, в принципе, ничем не отличается от лечения ТО. Для обработки слизистой оболочки полости рта применяют местные анестетики, слабые антисептики, кератопластики и др.

При глубоких химических ожогах некротизированные участки слизистой отторгаются достаточно быстро с формированием грубых и плотных рубцов, нередко вызывающих функциональные изменения, что требует хирургического лечения. После заживления глубоких ХО кожи лица также образуются грубые малоподвижные рубцы, требующие длительного лечения.

Отморожением называется повреждение тканей, вызванное длительным воздействием низкой температуры. Развитию отморожения способствуют повышенная влажность воздуха, ветер, а также местные и общие расстройства кровообращения. Выделяют **4 степени** отморожения.

Степень (глубина) отморожения зависит в основном от времени действия низкой температуры и определяется не сразу, а в динамике, в процессе лечения больного. Действие холода вызывает спазм сосудов, в результате чего наступает их тромбоз с нарушением трофики тканей.

Отморожение кожи лица у детей встречается сравнительно редко. Страдают обычно выступающие части лица: нос, ушные раковины, щеки, скуловые области и подбородок.

Клиническая картина отморожения зависит от глубины поражения тканей и периода болезни. В начальном (*дореактивном*) периоде отмечается побледнение кожи, анестезия или ее парестезия, незначительные боли или покалывание в области поражения. Ткани холодные, плотные на ощупь. После согревания отмороженных тканей наступает *реактивный* период, когда появляется боль, отечность и цианотичность тканей. Кожа имеет темно синий или багрово-красный цвет. При отморожении II степени дополнительно отслаивается эпидермис с образованием пузырей. При отсутствии нагноения эти воспалительные изменения в течение 2–3 недель исчезают. При повреждении пузырей раневая поверхность может инфицироваться.

При отморожении III–IV степени наступает сухая или влажная гангрена тканей. При влажной гангрене, как правило, происходит присоединение гнойной инфекции с соответствующей общей и местной симптоматикой. Следует, однако, отметить, что отморожения на лице III–IV степени у детей встречаются крайне редко.

Отморожение кожи лица, особенно у детей, может наступить и при температуре выше 0 °С, при высокой влажности воздуха и сильном ветре. Так, у детей грудного возраста после длительного пребывания на воздухе, даже при температуре выше 0 °С, в холодное время года может появляться ознобление на щеках в виде ограниченных подкожных инфильтратов, кожа над которыми имеет синюшную окраску и шелушиться.

Лечение отморожения начинается с устранения низкой температуры. В дальнейшем проводят мероприятия, направленные на быстрое восстановление кровообращения в пораженных тканях. Для этого производят отогревание и массаж (растирания) кожи лица ладонью или мягкой материей от периферии к центру.

После восстановления кровообращения отмороженный участок обрабатывают спиртом, рыбьим жиром, синтомициновой эмульсией и другими мазями. Возможно применение масляно-жировых асептических повязок. Параллельно проводят общие мероприятия для согревания тела больного (укутывание, горячее питье и пища и др.).

При отморожении 1 степени в дальнейшем применяют физиотерапевтические процедуры (УФО, УВЧ и др.).

При отморожении 2 степени кожу лица обрабатывают спиртом и вскрывают пузыри. На рану накладывают асептическую мазевую повязку с антибиотиками, антисептиками, кератопластиками и др. Из физиотерапевтических методов лечения используют УФО раны, УВЧ-терапию и др. Возможен также и открытый (без повязок) метод лечения.

При отморожении 3–4 степени (на лице встречается крайне редко), лечение направлено на профилактику инфицирования и влажной гангрены тканей, а также на быстрое отторжение некротических тканей (некрэк-

томия, некротомия, УФО, сухое тепло и др.). После отторжения некротических тканей проводится лечение, как и при обычной гнойной ране. Всем больным при отморожении вводят противостолбнячный анатоксин.

Для профилактики ознобления кожи лица у грудных детей перед прогулкой в морозные дни их щеки следует смазывать тонким слоем жира.

ПОВРЕЖДЕНИЯ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ

Повреждение зуба — это нарушение анатомической целостности зуба или окружающих его тканей, с возможным изменением положения зуба в зубном ряду. Наиболее часто травма зубов встречается именно в детском возрасте, что можно объяснить особенностями поведения детей. Травма временных зубов чаще всего происходит в возрасте 2–3 лет, а травма постоянных зубов — в 8–10 лет. У мальчиков травма зубов встречается в среднем в 2 раза чаще, чем у девочек. Причем в 15 лет соотношение травмы зубов у мальчиков и девочек составляет 6:1, что объясняется большей физической активностью мальчиков, а также занятиями некоторыми видами спорта.

Чаще всего острой травме зубов подвержены резцы, преимущественно на верхней челюсти. Значительно реже повреждаются клыки. Изолированные повреждения премоляров и моляров у детей встречаются крайне редко. Повреждение этих зубов, как правило, сочетается с переломом челюсти.

В клинической практике врачи-стоматологи-терапевты широко пользуются классификацией острой травмы зубов, предложенной Н. М. Чупрыниной (1985):

1. Ушиб зуба:
 - 1.1) с разрывом сосудисто-нервного пучка (СНП);
 - 1.2) без разрыва СНП.
2. Вывих зуба:
 - 2.1) неполный вывих:
 - 2.1.1) с разрывом СНП;
 - 2.1.2) без разрыва СНП;
 - 2.2) полный вывих;
 - 2.3) вколоченный вывих.
3. Перелом зуба:
 - 3.1) перелом коронки зуба:
 - 3.1.1) в пределах эмали (с повреждением СНП, без повреждения СНП);
 - 3.1.2) в пределах дентина (со вскрытием полости зуба, без вскрытия полости зуба);
 - 3.1.3) отлом коронки зуба.

3.2) перелом корня зуба (продольный, поперечный, косой, со смещением, без смещения).

4. Травма зачатка зуба.

5. Сочетанная травма зуба (вывих + перелом и др.).

Ушиб — наиболее легкий вид травмы зуба. Диагностируется в клинике достаточно редко — в 1,5–2,5 % от общего количества травмы. Однако реальная частота этого вида травмы значительно выше, т. к. из-за скудной клинической картины больные часто не обращаются к врачу-стоматологу. При ушибе зуба в первую очередь повреждается периодонт в виде разрыва части волокон, повреждения мелких кровеносных сосудов и нервов. При ушибах зубов с несформированными корнями разрыв сосудисто-нервного пучка происходит значительно реже, чем в зубах со сформированными корнями.

При ушибе зуба в первые часы после травмы возникают симптомы острого травматического периодонтита: боль в зубе, усиливающаяся при накусывании, боль при перкуссии зуба, определяется умеренная подвижность. При ушибе зуба на рентгенограмме можно выявить умеренное расширение периодонтальной щели.

Лечение ушиба зуба начинается с создания покоя поврежденному зубу в течение 3–4 недель. Это достигается, прежде всего, исключением из рациона твердой пищи. Во временном прикусе для создания покоя поврежденному зубу можно несколько сошлифовать режущие края зубов-антагонистов. Однако это противопоказано в постоянном прикусе. В последнем с этой целью можно временно разобщить прикус, используя капу или разобщающую пластинку.

Важнейшей задачей врача-стоматолога при лечении больного с ушибом зубов является определение жизнеспособности пульпы поврежденного зуба. В постоянном прикусе для этого используют данные клинического обследования, электроодонтодиагностику (ЭОД) или термоодонтодиагностику (ТОД) в динамике. ЭОД следует проводить в динамике, начиная со 2–3 суток после травмы и далее 1–2 раза в неделю в течение 4 недель или даже до 3 месяцев после травмы. В том случае, если в указанный срок электровозбудимость пульпы поврежденного зуба нормализуется, то пациент может быть снят с диспансерного учета. Если же при проведении ЭОД в динамике в течение 3–4 недель выявлены признаки гибели пульпы зуба, а также, если имеются клинические признаки (потемнение коронки зуба, боль при перкуссии, появление свища на десне и др.), постоянный зуб следует трепанировать и запломбировать под контролем рентгенограммы.

Вывих зуба — это повреждение связочного аппарата зуба, а в некоторых случаях и тканей периодонта, приводящее к смещению зуба из лунки и зубного ряда в том или ином направлении. Вывих зуба возникает чаще всего в результате удара по коронке зуба. Чаще других вывиху подверга-

ются фронтальные зубы на верхней челюсти и реже — на нижней. Различают неполный, полный и вколоченный вывих зуба. Вид вывиха зависит от направления и силы удара, возрастных особенностей строения зуба и костной ткани, вида прикуса и др. При неполном вывихе зуб частично теряет связь с лункой зуба, становится подвижным и смещается из-за разрыва периодонтальных волокон и нарушения целостности кортикальной пластинки альвеолы зуба. При полном вывихе зуб теряет связь с лункой зуба из-за разрыва всех тканей периодонта. При вколоченном вывихе зуб внедряется в губчатое вещество костной ткани альвеолярного отростка челюсти (погружение зуба в лунку).

При **неполном вывихе** зуба больные жалуются на боль, подвижность зуба, изменение положения его в зубном ряду, нарушение функции жевания и др. Клинически при осмотре полости рта неполный вывих зуба характеризуется изменением положения коронки травмированного зуба в различном направлении. Зуб подвижен и резко болезнен при перкуссии.

После травмы зубов для постановки диагноза в обязательном порядке требуется проведение рентгенологического обследования, которое позволяет уточнить вид вывиха, определить состояние корня зуба, выявить повреждения кортикальной пластинки лунки зуба и др. Во временном прикусе рентгенологическое обследование дополнительно позволяет оценить состояние зачатка постоянного зуба и его кортикальной пластинки. При неполном вывихе зуба рентгенологически чаще всего определяется расширение периодонтальной щели и некоторое «укорочение» корня зуба, если он смещен орально или вестибулярно.

Лечение вывихов зубов у детей проводится чаще всего хирургом-стоматологом с привлечением, при необходимости, стоматолога-терапевта и ортодонта. Во временном прикусе подлежат удалению все вывихнутые молочные зубы. В ряде случаев неполные вывихи временных интактных зубов со сформированными корнями лечат так же, как и вывихи постоянных зубов.

В постоянном прикусе, при неполном вывихе зубов, лечение всегда направлено на сохранение зубов. Лечение начинается с репозиции и иммобилизации (фиксации) вывихнутых зубов, как правило, под местным обезболиванием.

При выборе способа иммобилизации зубов учитывают возраст ребенка, вид прикуса (временный или постоянный), характер смещения зуба и др. Иммобилизация или фиксация зубов в детском возрасте может осуществляться следующими способами:

1. Шина-скоба (проволочная или ленточная). Это широко распространенный, достаточно надежный и простой способ шинирования зубов, который, однако, имеет и недостатки — травматичность, трудоемкость и ограниченное применение во временном прикусе. Показана в постоянном прикусе при наличии устойчивых опорных зубов.

2. Шина-каппа. В детском возрасте изготавливается, как правило, из пластмассы. Используется для фиксации зубов во временном, смешанном и постоянном прикусе при недостаточном количестве опорных зубов.

3. Шина из композиционных материалов с использованием стекловолокна и др. Показана в постоянном прикусе.

4. Назубонадесневая шина. Показана в молочном, смешанном и постоянном прикусе при недостаточном количестве опорных зубов.

5. Лигатурное связывание зубов. Показано в постоянном прикусе.

Иммобилизация вывихнутых зубов осуществляется обычно в течение 1-го месяца (4 недели), а иногда, при наличии показаний, и дольше — до 4–6 недель.

Основной задачей врача-стоматолога после шинирования вывихнутых зубов является определение жизнеспособности пульпы травмированного зуба. Для этого используется как клинические, так и функциональные методы исследования. В постоянном прикусе с этой целью определяют электровозбудимость пульпы зуба (ЭОД) через 2–3 дня после репозиции и фиксации зуба и далее, в динамике (1–2 раза в неделю), в течение 3–4 недель, а при наличии показаний — в течение нескольких месяцев.

В случае, если пульпа вывихнутого зуба погибла, о чем свидетельствуют данные ЭОД и клиническая картина (боль, отек, потемнение коронки зуба и др.), зуб следует трепанировать и запломбировать с последующим рентгенологическим контролем.

Полный вывих зуба (травматическая экстракция) происходит после полного разрыва тканей периодонта и круговой связки зуба в результате удара по коронке зуба. При полном вывихе зуб теряет связь с лункой, выпадает или удерживается только круговой связкой. Страдают чаще всего фронтальные зубы на верхней челюсти (преимущественно центральные резцы) и реже — на нижней челюсти.

При осмотре полости рта в зубном ряду отсутствует зуб и имеется кровоточащая или заполненная свежим сгустком крови лунка вывихнутого зуба. Часто имеются сопутствующие повреждения мягких тканей губ (ушибы, раны слизистой и др.). При обращении к врачу-стоматологу вывихнутые зубы часто приносят в «кармане». Для составления плана лечения следует оценить состояние вывихнутого зуба (целостность коронки и корня, наличие кариозных полостей, временный зуб или постоянный и др.). Дополнительно так же необходимо обследовать лунку зуба и оценить ее целостность как клинически, так и рентгенологически. Рентгенологическое обследование так же показано, если вывихнутых зубов нет, особенно в сменном прикусе. Оно позволяет определить, какой зуб (временный или постоянный) вывихнут и утерян. Кроме того, рентгенологическое обследование позволяет дифференцировать полный вывих зуба

от вколоченного вывиха и вывиха зуба с переломом корня его, дистальная часть которого может оставаться в лунке вывихнутого зуба.

Лечение полного вывиха начинается с определения показаний и противопоказаний к реплантации зуба. Это зависит от возраста больного, его общего состояния, состояния самого зуба и лунки, от того временный зуб или постоянный, сформирован корень зуба или нет и др.

Противопоказания к реплантации зубов:

1. Временные зубы.
2. Постоянные зубы с переломами корней.
3. Разрушение лунки зуба.
4. Развитие в лунке гнойного воспаления.

Реплантация зуба — это возвращение зуба в его же собственную лунку. При реплантации в одно посещение готовят зуб к реплантации, пломбируют канал корня и проводят собственно реплантацию с последующим шинированием. При отсроченной реплантации вывихнутый зуб промывают, погружают в физиологический раствор с антибиотиком и помещают временно (до реплантации) в холодильник. Через несколько часов или суток зуб трепанируют, пломбируют и проводят реплантацию. Принято считать, что, если с момента травмы прошло не более 1,5 ч, то результаты реплантации зуба наиболее благоприятны. Желательно, чтобы реплантация зуба была проведена не позднее 3 суток после травмы. Реплантации, как правило, подлежат постоянные, чаще однокорневые, интактные зубы с неповрежденными корнями.

В послеоперационном периоде после шинирования больные нуждаются в антибактериальной и симптоматической терапии. Кроме того, они должны тщательно соблюдать гигиену полости рта и прополаскивать после еды полость рта растворами антисептиков (фурациллин, хлоргексидин и др.). Шину следует сохранить в течение 4 недель.

Через 1–1,5 месяца после операции реплантации зуба возможны следующие типы приживления зуба:

1. По типу первичного натяжения через периодонт (синдесмоз).
2. По типу синостоза или костного сращения корня зуба и стенки лунки.
3. По смешанному (периодонтально-костному) типу сращения корня зуба и стенки альвеолы.

В отдаленном периоде (через несколько лет) после реплантации зуба может возникнуть резорбция (рассасывание) корня реплантированного зуба. Доказано, что, чем раньше проведена реплантация зуба, тем позднее возникает резорбция корня реплантированного зуба.

Исходя из вышеизложенного, все дети после реплантации зубов должны находиться на диспансерном наблюдении до 15 лет.

Вколоченный вывих (интрузия зуба) — это частичное или полное погружение коронки зуба в альвеолу, а корня зуба — в губчатое вещество костной ткани челюсти в результате травмы. Страдают, как правило, фронтальные зубы на верхней челюсти.

При поступлении больные жалуются, что после травмы зуб стал короче рядом стоящих зубов или вообще не виден. Клинически определяется уменьшение высоты видимой части коронки зуба, зуб расположен выше (ниже) окклюзионной плоскости. Зуб устойчив, перкуссия болезненна. Иногда коронка травмированного зуба вообще не видна, т. к. она полностью погружена в лунку зуба. В этом случае при обследовании лунки обнаруживается режущий край зуба.

На рентгенограмме при вколоченном вывихе определяется зуб, внедренный в костную ткань. Периодонтальная щель не просматривается. При травме временных зубов рентгенологически следует оценить целостность кортикальной пластинки фолликулов постоянных зубов. При нарушении целостности кортикальной пластинки можно говорить о травме зачатка постоянного зуба. У детей вколоченные молочные зубы чаще всего подлежат удалению. Можно сохранять лишь временные зубы с несформированными корнями при неглубокой интрузии.

При выборе метода лечения вколоченного вывиха **постоянного зуба** исходят из того, что постоянный зуб чаще всего следует сохранять. В настоящее время существуют две основных точки зрения по поводу тактики врача-стоматолога при выборе метода лечения вколоченного вывиха постоянного зуба.

1. Выжидательная тактика, которая заключается в том, что репозиция зуба после травмы не производится в надежде, что со временем возможно самостоятельное выдвигание зуба в зубной ряд и нормализация его положения.

2. Одномоментная репозиция вколоченного зуба с последующей фиксацией его в правильном положении (шинированием) и проведением лечения в дальнейшем, как при неполном вывихе.

Выдвижение вколоченных зубов начинается через 3–4 недели после травмы и заканчивается обычно в течение 6–12 месяцев. При этом зубы с несформировавшимися корнями выдвигаются значительно быстрее, чем зубы со сформировавшимися корнями. Если в указанные сроки (до 1 года) зуб самостоятельно не выдвинулся, то требуется ортодонтическое лечение, т. е. вытяжение вколоченного зуба с помощью ортодонтических аппаратов.

Травма зачатка постоянного зуба, с последующим присоединением гнойно-воспалительного процесса, может привести к гибели зачатка. Клинически при этом на десне и альвеолярном отростке в области травмы формируются свищи с выбухающими грануляциями и гнойным отделяе-

мым. Рентгенологически определяется разрушение кортикальной пластинки фолликула постоянного зуба, остеопороз окружающей костной ткани.

Перелом зуба — это травматическое повреждение зуба с нарушением целостности твердых тканей. Страдает чаще всего фронтальная группа зубов на верхней челюсти и реже — на нижней. Постоянные зубы повреждаются значительно чаще временных. Перелом зуба может локализоваться в области коронки, шейки и корня зуба. Очень редко встречаются коронкокорневые переломы зубов.

Переломы коронок зубов:

1. Перелом коронки зуба в пределах эмали.
2. Перелом коронки зуба в пределах дентина (со вскрытием и без вскрытия полости зуба).
3. Отлом коронки зуба.

Клинически перелом коронки зуба чаще всего происходит по косой линии, т. е. под углом к режущему краю. Перелому коронок зубов способствуют аномалии положения зубов и прикуса, а также некоторые пороки развития твердых тканей зуба (флюороз, гипоплазия эмали и др.).

Перелом коронки зуба. Характеризуется тем, что больные могут жаловаться на боль в зубе от температурных раздражителей или при приеме сладкой пищи. Однако чаще всего имеются жалобы на эстетический недостаток или на травмирование мягких тканей острыми краями дефекта коронки зуба. Нередко имеются признаки острого травматического пульпита или периодонтита. Так как перелом коронки может сочетаться с переломом корня, то для постановки диагноза требуется рентгенологическое обследование ребенка.

Лечение этих видов травм зуба проводится у врача-терапевта-стоматолога.

Перелом корня зуба. Наиболее часто страдают постоянные центральные резцы на верхней челюсти у детей старшего возраста. Переломы корней временных зубов встречаются достаточно редко.

В зависимости от направления линии перелома, переломы корней зубов подразделяют на косые, продольные, поперечные и оскольчатые. В зависимости от локализации различают переломы корня в нижней (ближе к шейке зуба), средней и верхней (ближе к апексу) трети.

Диагноз перелома корня зуба ставят на основании клинорентгенологических данных. Все временные зубы со сломанными корнями подлежат удалению, вне зависимости от вида перелома, состояния зуба и др. При этом не следует стремиться обязательно удалять верхушку корня сломанного зуба, т. к. это чревато повреждением зачатка постоянного зуба.

При переломах корней постоянных зубов тактика врача-стоматолога зависит от локализации и направления перелома. Постоянные однокорневые зубы с продольными, косыми и оскольчатыми переломами корня,

а также с поперечными переломами корня в средней и нижней трети со смещением, как правило, подлежат удалению. В этих случаях пульпа зуба обычно погибает, а сопоставить смещенные отломки корня в правильное положение и надежно зафиксировать их с помощью штифта, как правило, не удается.

Таким образом, подлежат сохранению постоянные однокорневые зубы с поперечными переломами корня без смещения отломков при переломе корня в верхней трети.

При поперечном переломе корня постоянного зуба в нижней (ближе к шейке зуба) и средней трети и при сохранении жизнеспособности пульпы необходимо шинирование зубов на 4 недели с последующим диспансерным наблюдением. Со временем возможно сращение отломков корня зуба, особенно, если корень не сформирован. Иногда наблюдается облитерация канала корня зуба вблизи линии перелома при сохранении жизнеспособности пульпы. Если же пульпа зуба погибла, то зуб следует трепанировать и запломбировать канал зуба со штифтом.

При поперечном переломе корня постоянного зуба в верхней трети его в первую очередь определяют жизнеспособность пульпы. Если пульпа живая, то создают покой зубу в течение 4 недель. В дальнейшем ребенок нуждается в диспансерном наблюдении. Если же пульпа зуба погибла, то зуб следует трепанировать и запломбировать канал корня до линии перелома. В дальнейшем отломанную верхушку корня следует удалить хирургическим путем в плановом порядке.

ЗАДАНИЕ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТА

Для самостоятельного изучения темы студенту вначале следует ознакомиться с контрольными вопросами по теме занятия, а также внимательно изучить учебно-методическое пособие (учебный материал) для того, чтобы ответить на контрольные вопросы по теме занятия. Затем, для более углубленного изучения темы, студенту необходимо изучить соответствующие разделы основной литературы и, по возможности, ознакомиться с соответствующими разделами дополнительной литературы, указанной в данном издании.

На практическом занятии студент самостоятельно курирует не менее одного больного: собирает жалобы и анамнез заболевания, проводит клиническое обследование ребенка (осмотр, пальпация, перкуссия и др.), описывает имеющиеся рентгенограммы и формулирует ориентировочный диагноз заболевания. После обсуждения полученных данных с преподавателем, студент формулирует клинический диагноз заболевания и составляет план лечения курируемого пациента. При возможности студент участвует (в качестве ассистента) в проведении оперативных вмешательств,

перевязок прооперированных больных и др., дает рекомендации родителям по лечению и уходу за ребенком и т. д.

Проведенную работу, под контролем преподавателя, заносят в виде дневника в историю болезни (амбулаторную карту) курируемого больного, а также в свою рабочую тетрадь (в виде дневника на день курации) по общепринятой схеме (жалобы, анамнез, клиника и т. д.). Все вышеизложенное позволяет выполнить целевые задачи занятия (овладеть необходимыми практическими навыками).

Самоконтроль усвоения темы. Решение ситуационных задач. Решение вопросов входного и выходного тестового контроля.

ЛИТЕРАТУРА

Основная

1. *Виноградова, Т. Ф.* Стоматология детского возраста / Т. Ф. Виноградова. М. : Медицина, 1987.
2. *Колесов, А. А.* Стоматология детского возраста / А. А. Колесов. М. : Медицина, 1991.
3. *Корсак, А. К.* Травма челюстно-лицевой области у детей : учеб. пособие / А. К. Корсак. 2-е изд. Минск : БГМУ, 2007.
4. *Стоматология* детского возраста / Л. С. Персин [и др.]. М. : Медицина, 2003
5. *Лекционный материал.*

Дополнительная

1. *Бернадский, Ю. И.* Основы челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии / Ю. И. Бернадский. 3-е изд., испр. и доп. Витебск : Белмедкніга, 1998.
2. *Галмош, Ю.* Травматология челюстно-лицевого скелета / Ю. Галмош. Братислава, 1975. 360 с.
3. *Козлов, В. А.* Хирургическая стоматологическая помощь в поликлинике / В. А. Козлов. М. : Медицина, 1986. 272 с.
4. *Козлов, В. А.* Неотложная стационарная стоматологическая помощь / В. А. Козлов. Л. : Медицина, 1987. 288 с.
5. *Травмы головы и шеи : справочник.* Минск : Беларусь, 1999. 295 с.

**Тема: Аномалии уздечек губ и языка у детей.
Мелкое преддверие полости рта. Аномалии количества и
прорезывания зубов. Клиника, диагностика и лечение**

Время занятия — 7 учебных часов.

Мотивационная характеристика темы. Диастема, низкое прикрепление уздечки верхней губы, короткая уздечка языка, нижней губы, мелкое преддверие полости рта, а также некоторые пороки развития зубов — все эти аномалии могут передаваться по наследству. Существует определенная взаимосвязь между этими аномалиями и зубочелюстной системой. Так, низко прикрепленная уздечка верхней губы может стать причиной диастемы. Вследствие короткой уздечки языка, нарушается речь, может развиваться открытый или мезиальный прикус. Мелкое преддверие полости рта и короткая уздечка нижней губы приводят к обнажению шеек нижних резцов и возникновению маргинального периодонтита и т. д.

В практике врача-стоматолога поликлинического приема данная патология у детей встречается очень часто, поэтому знание данной патологии, определение показаний к оперативному вмешательству и методов оперативного лечения является важным и необходимым для каждого врача-стоматолога.

Цель занятия: изучить этиологию, клинику, диагностику, принципы лечения детей с аномалиями прорезывания и количества зубов, короткими уздечками губ и языка, мелким преддверием полости рта

Задачи занятия. В результате освоения теоретической части темы занятия студент должен **знать**:

1. Этиологию, клинику и методы обследования детей с короткой уздечкой верхней губы, нижней губы, языка, мелким преддверием полости рта и аномалиями количества и прорезывания зубов.

2. Организацию лечебной помощи детям с короткой уздечкой верхней губы, нижней губы, языка, мелким преддверием полости рта и аномалиями количества и прорезывания зубов.

3. Систему диспансеризации и реабилитации детей с данной патологией.

В ходе практической части занятия студент должен **уметь** (овладеть следующими практическими навыками):

1. Провести обследование ребенка с короткой уздечкой верхней губы, нижней губы, языка, мелким преддверием полости рта и аномалиями количества и прорезывания зубов.

2. Сформулировать диагноз заболевания.

3. Составить индивидуальный план комплексного лечения и реабилитации детей с данной патологией.

Требования к исходному уровню знаний. Для лучшего усвоения темы данного занятия студенту необходимо повторить:

- *из нормальной анатомии* — анатомию челюстно-лицевой области;
- *гистологии, цитологии, эмбриологии* — развитие лица и ротовой полости;
- *лучевой диагностики и лучевой терапии* — методы рентгенологического обследования в челюстно-лицевой области;
- *общественного здоровья и здравоохранения* — принципы организации лечебно-профилактической помощи детям;
- *медицинской реабилитации и физиотерапии* — методы физиотерапевтического лечения в челюстно-лицевой области.

Контрольные вопросы из смежных дисциплин:

1. Анатомо-физиологические особенности челюстно-лицевой области у детей.
2. Топографическая анатомия лица и шеи.
3. Методы лучевой диагностики челюстно-лицевой области у детей.

Контрольные вопросы по теме занятия:

1. Короткая уздечка верхней губы. Клиника, показания к операции. Сроки и способы хирургического лечения.
2. Короткая уздечка нижней губы. Клиника, показания к операции и техника оперативного вмешательства.
3. Мелкое преддверие полости рта. Клиника, показания к операции, техника вестибулопластики.
4. Короткая уздечка языка. Клиника, показания к операции. Сроки и методы оперативного вмешательства.
5. Аномалии количества зубов у детей. Этиология, клиника, диагностика и лечение.
6. Аномалии прорезывания зубов у детей. Этиология, клиника, диагностика и лечение.

УЧЕБНЫЙ МАТЕРИАЛ

Аномалии уздечек губ и языка относятся к врожденным порокам развития челюстно-лицевой области, которые могут привести к хронической травме, нарушению трофики тканей периодонта, некоторым функциональным нарушениям (сосания, глотания, речеобразования) у детей.

Короткая уздечка верхней губы — частая патология у детей, которая приводит к эстетическому недостатку — диастеме между центральными резцами на верхней челюсти.

Дети с короткой уздечкой верхней губы жалуются на эстетический недостаток (наличие «щели» между центральными резцами на верхней че-

люсти), иногда — на кровоточивость десны. Уздечка верхней губы может быть толстой, мощной и короткой либо короткой, тонкой, иногда прозрачной. При осмотре детей с короткой уздечкой верхней губы следует обращать внимание на ширину и вид диастемы, а также другие аномалии со стороны центральных резцов.

Диастемой называют промежуток (от 1 до 6 мм и более) между центральными резцами, наблюдающийся чаще на верхней и реже на нижней челюсти. При этом нарушается внешний вид, а иногда и речь больного. Часто диастема сопровождается сильно развитой уздечкой верхней губы, прикрепляющейся к гребню альвеолярной части, где она соединяется с резцовым сосочком. Корни центральных верхних резцов бывают покрыты достаточной толщины костью или четко очерчиваются (как бы отделены друг от друга), образуя бороздку между собой, в которую вплетается уздечка верхней губы. На рентгенограмме: в области центральных резцов обычно наблюдается широкий плотный нёбный шов. Иногда в переднем участке нёбный шов расщеплен и туда проникают волокна соединительной ткани уздечки верхней губы. Такая диастема чаще всего наблюдается в интактном зубном ряду. Некоторые авторы утверждают, что подобная диастема передается по наследству.

Диастемой является также промежуток между центральными резцами, образующийся вследствие частичной адентии (чаще всего боковых резцов), аномалии формы и величины зубов, ретенции сверхкомплектных зубов и их расположения между корнями центральных резцов, широкого нёбного срединного шва в переднем отделе с включением в него связок низко опущенного основания уздечки верхней губы.

Показанием к операции пластики короткой уздечки верхней губы является наличие диастемы и воспалительных изменений в области центральных резцов. Оперативное вмешательство проводится в 7–8 лет после прорезывания постоянных центральных резцов. Имеется несколько способов пластики уздечки верхней губы. Если уздечка верхней губы толстая, мощная и короткая, проводится пластика уздечки треугольными лоскутами по Лимбергу (Z-пластика) с углами не менее 60°. При этом показано рассечение соединительнотканного тяжа в глубине раны по ходу уздечки. Если уздечка верхней губы тонкая, короткая и низко прикреплена, проводят отсечение ее от гребня альвеолярного отростка V-образным разрезом между зубами 11 и 21 и после оттягивания верхней губы, перемещают ее выше на 1–1,5 см. При этом соединительнотканый тяж в глубине раны под уздечкой рассредотачивают. Рану на слизистой верхней губы ушивают, а на альвеолярном отростке укрывают йодоформной марлей. В некоторых случаях (при короткой, тонкой и прозрачной уздечке) проводится операция «френулэктомии» или полного иссечения уздечки верхней губы с ушиванием раны на губе в вертикальном направлении.

Детям старше 12 лет с короткой уздечкой верхней губы при ширине диастемы больше 4 мм, с целью ослабления плотного нёбного шва и ускорения сроков ортодонтического лечения, а также при лечении диастемы с корпусным латеральным смещением центральных резцов от средней линии и диастемы с дивергенцией корней центральных резцов от средней линии, показана компактостеотомия, которая проводится во время операции пластики уздечки верхней губы.

Короткая уздечка нижней губы может сочетаться с мелким преддверием полости рта. Дети жалуются на кровоточивость десны, усиливающуюся при чистке зубов, и обнажение шеек центральных резцов на нижней челюсти, чаще возникающее в постоянном прикусе. Клинически при отведении нижней губы до горизонтального положения отмечается побледнение десневого сосочка, а в некоторых случаях — отслаивание его от шеек зубов, обнажение шеек или корней 31, 41 зубов, а также атрофия или рецессия десны. У большинства детей при укорочении уздечки нижней губы отмечается повышенная кровоточивость десневого сосочка, его воспаление, наличие мягкого и твердого зубного налета, в некоторых случаях — патологическая подвижность зубов, наличие зубодесневых карманов. В этих случаях на рентгенограмме выявляются деструктивные изменения костной ткани с резорбцией межзубной перегородки.

Операция пластики короткой уздечки нижней губы проводится не ранее 7–8 лет при наличии диастемы между нижними центральными резцами, а также воспалительных или воспалительно-дистрофических изменений в области маргинального периодонта после проведения консервативного лечения у терапевта-стоматолога.

Основной задачей операции пластики уздечки нижней губы является устранение натяжения ее путем удлинения тканей в передне-заднем направлении. Малоэффективными и ведущими к рецидиву способами пластики короткой уздечки нижней губы является отсечение ее от альвеолярного отростка, пересечение или отсечение от нижней губы. Детям с данной патологией следует проводить пластику уздечки встречными треугольными лоскутами по Лимбергу: (Z-пластика) с углами не менее 60°. При этом срединный разрез проводят по гребню короткой уздечки нижней губы, а фиброзный тяж, фиксирующий уздечку к альвеолярному отростку челюсти, рассредотачивают до переходной складки. В послеоперационном периоде назначают массаж, физиолечение, а также применяют пластинки с вестибулярным пелотом.

Мелкое преддверие полости рта встречается у детей в возрасте от 6 до 14 лет в 7 % случаев. Преддверие полости рта считается мелким, если расстояние от основания десневых сосочков фронтальных зубов до переходной складки составляет менее 5 мм. Клинически, при аномально высоком прикреплении мягких тканей к альвеолярному отростку нижней

челюсти во фронтальном отделе определяется выраженное натяжение десны в области фронтальных зубов, что вследствие хронической травмы может привести к воспалению десневых сосочков, обнажению шеек или корней фронтальных зубов на нижней челюсти, к глубоким зубодесневым карманам. Мелкое преддверие полости рта в 58,9 % случаев (А. К. Корсак, 1995) может сочетаться с аномалией положения отдельных зубов, тесным положением фронтальных зубов на нижней челюсти, глубоким прикусом.

Детям с мелким преддверием полости рта при наличии очагового гингивита, рецессии десны или маргинального периодонтита показана вестибулопластика, которая проводится после прорезывания постоянных фронтальных зубов и формирования их корней.

Перед оперативным вмешательством (вестибулопластикой) детям с аномалиями положения зубов и прикуса необходимо проконсультироваться с врачом-ортодонтом. При мелком преддверии полости рта (3–4 мм) и нормальном состоянии тканей периодонта, отсутствии патологии со стороны положения зубов и прикуса вестибулопластика не проводится, т. к. глубина преддверия и прикрепленной десны с возрастом увеличиваются за счет роста альвеолярного отростка нижней челюсти в высоту.

Существует множество методик проведения вестибулопластики и их модификаций «открытого» и «закрытого» типа. Недостатком «открытой» вестибулопластики в большинстве случаев является высокая вероятность рецидива заболевания, вследствие грубого рубцевания мягких тканей.

Детям чаще применяются методики вестибулопластики «закрытого» типа, при которых раны после углубления преддверия полости рта закрываются местными тканями: вестибулопластика с использованием встречных треугольных лоскутов по Лимбергу, Y-пластика преддверия, вестибулопластика по Кручинскому–Артюшкевичу (1985) и др.

Сущность вестибулопластики с применением встречных треугольных лоскутов по Лимбергу (А. С. Артюшкевич, 1981) заключается в выкраивании двух больших встречных треугольных лоскутов на слизистой нижней губы. Основной разрез делают по ходу уздечки нижней губы от альвеолярного отростка, не доходя 0,5 см до красной каймы нижней губы. Дополнительные боковые разрезы проводят под углом 70–80°, лоскуты мобилизуют и взаимно перемещают, мягкие ткани и мышцы подбородка смещают книзу не менее, чем на 10 мм, рану наглухо ушивают.

При проведении вестибулопластики «открытого» типа, после углубления преддверия полости рта, на слизистой нижней губы или на альвеолярном отростке нижней челюсти остаются открытые раневые поверхности, которые заживают вторичным натяжением. Слизистую оболочку нижней губы при этом рассекают полуовальным или трапециевидным разрезом от 43 до 33 зубов, отступив от переходной складки в области центральных резцов на 10–15 мм. Отслаивают фартукообразный лоскут с ос-

нованием у переходной складки и смещают высоко прикрепленные ткани подбородка книзу на требуемую глубину. Затем слизистый лоскут укладывают на альвеолярный отросток нижней челюсти и фиксируют швами, тампоном или ортодонтическим пелотом. Рана на слизистой нижней губы частично ушивается, а частично заживает вторичным натяжением.

Перед проведением вестибулопластики, для формирования преддверия полости рта и профилактики рецидива заболевания, больным заранее изготавливается пластинка с вестибулярным пелотом из мягкой пластмассы, которая используется после операции в течение 2–3 месяцев. Также в дооперационном периоде необходимо обучить детей гигиене полости рта, санировать им полость рта, провести местное противовоспалительное лечение.

В послеоперационном периоде детям, имеющим аномалии положения зубов и прикуса, в обязательном порядке проводится ортодонтическое лечение. После снятия швов на область рубцов показано физиолечение и массаж с целью профилактики рецидива заболевания вследствие грубого рубцевания мягких тканей в области преддверия.

Короткая уздечка языка — это порок развития, ограничивающий движения языка и приводящий к выраженным функциональным изменениям в зубочелюстной системе.

Ф. Я. Хорошилкина (1965) выделяет 5 видов уздечек, ограничивающих подвижность языка:

1) тонкие, прозрачные уздечки, ограничивающие подвижность языка, в связи с незначительной их протяженностью;

2) тонкие, полупрозрачные уздечки, прикрепленные близко к кончику языка и имеющие незначительную протяженность (при поднятии кончика языка в его центре образуется желобок);

3) уздечки, представляющие собой плотный, короткий тяж, прикрепленный близко к кончику языка (при выдвигении языка его кончик подворачивается, а спинка выбухает, при этом затруднительно или невозможно выполнить облизывание верхней губы, т. к. ограничение подвижности языка обусловлено фиксацией его кончика соединительнотканым тяжем, под которым располагается тонкая дубликатура слизистой оболочки);

4) тяж уздечки выделяется, но сращен с мышцами языка (наблюдается у детей при врожденной расщелине губы и нёба);

5) тяж уздечки малозаметен и его волокна переплетаются с мышцами, ограничивая подвижность языка.

Клинически в детском возрасте в ЧЛХ, на наш взгляд (А. К. Корсак, 2000) целесообразно выделять 2 типа короткой уздечки языка:

1) уздечка языка короткая, тонкая, прозрачная в виде дубликатуры слизистой без включения крупных сосудов и соединительнотканых тяжей

(при выдвигании язык раздвоен, ребенок не может достать кончиком нёбо, облизать губы);

2) уздечка языка короткая, толстая, мощная, непрозрачная, в толще ее имеются соединительнотканые тяжи, сосуды (кончик языка раздвоен во время функции, подвижность его ограничена).

У грудных детей с короткой уздечкой языка затрудняется акт сосания. Мама жалуется на быструю утомляемость ребенка во время сосания груди, щелканье языком, беспокойное поведение, что вынуждает в некоторых случаях прибегать к искусственному вскармливанию ребенка.

Недостаточная подвижность языка в более позднем возрасте может нарушить процесс глотания и произношение звуков («р», «с», «л», шипящих и др.), а также привести к возникновению аномалий прикуса (открытый, мезиальный прикус).

Показанием к проведению оперативного вмешательства у детей в периоде новорожденности являются жалобы на нарушение функций сосания и глотания, что затрудняет процесс вскармливания ребенка. При отсутствии жалоб в данном возрасте оперативное вмешательство следует отложить. Рассечение короткой уздечки языка до пределов нормальных границ ее прикрепления у новорожденных детей проводится под местной аппликационной анестезией с помощью ножниц. Если уздечка языка тонкая, то оперативное вмешательство можно проводить в роддоме или амбулаторно в условиях поликлиники, хотя после подобных операций в более старшем возрасте может выявляться рецидив заболевания. Если уздечка языка толстая и мощная, то оперативное вмешательство необходимо проводить в стационаре под общим обезболиванием во избежание сильного кровотечения или повреждения выводных протоков слюнных желез.

Существует несколько способов пластики короткой уздечки языка, которые зависят от ее вида. Поперечное рассечение уздечки языка в средней трети или отсечение уздечки языка от его нижней поверхности до полного освобождения кончика языка производят, если уздечка короткая, тонкая, в виде дубликатуры слизистой. Затем, с помощью лигатуры язык максимально выдвигают кверху и кпереди, горизонтальную рану переводят в вертикальную и ушивают наглухо в переднезаднем направлении.

Если уздечка языка короткая, толстая, мощная, а кончик языка фиксирован к тканям дна полости рта и малоподвижен, то в таком случае показана операция пластики короткой уздечки языка встречными треугольными лоскутами по Лимбергу (Z-пластика).

С целью восстановления подвижности кончика языка и нормализации нарушенных функций всем детям после оперативного вмешательства показана миогимнастика для мышц языка и логопедическое обучение. При нарушениях прикуса — ортопедическое лечение.

ПОРОКИ РАЗВИТИЯ ЗУБОВ

Различают аномалии формы зубов, количества зубов, их размеров, аномалии структуры твердых тканей зубов, аномалии положения зубов и сроков их прорезывания.

Аномалии зубов возникают от начала закладки зачатков зубов до полного их прорезывания и установления в зубном ряду. К аномалиям количества зубов относят их увеличение (гипердентия), уменьшение (гиподентия) и отсутствие зубов (адентия).

Сверхкомплектными называются зубы, прорезавшиеся сверх нормального количества, что во временном прикусе наблюдается крайне редко.

Причины появления сверхкомплектных зубов изучены недостаточно. Некоторые связывают их происхождение с явлениями атавизма, возможностью расщепления эмбриональной зубной пластинки на большее, чем обычно, количество зубных зачатков, наследственностью. Локализуются сверхкомплектные зубы в 95 % случаев в области центральных и боковых резцов верхней челюсти. Данная патология клинически проявляется в сменном прикусе. Так как сверхкомплектных зубов у одного больного может быть несколько, необходимо рентгенологическое обследование.

Сверхкомплектные зубы нарушают правильность построения зубных рядов и процесс прорезывания зубов. Поэтому их следует удалять как можно раньше. Если по своей анатомической форме сверхкомплектный зуб не отличается от комплектного, то удаляется тот зуб, который менее благоприятно расположен в зубном ряду. В тех случаях, когда сверхкомплектный зуб располагается в зубном ряду без нарушения формы последнего и эстетических норм, его оставляют.

Гипердентия выявляется при осмотре полости рта. Сверхкомплектные зубы в основном прорезываются вне зубного ряда, вызывая различные смещения рядом расположенных зубов. Оставаясь в толще костной ткани челюсти сверхкомплектные зубы, как правило, занимают атипичное положение. Коронковая и корневая части зуба имеют неправильную форму, их размеры не соответствуют размерам комплектных зубов.

При осмотре полости рта пальпаторно определяется утолщение альвеолярного отростка в соответствующем участке, иногда с четким рельефом коронковой части зуба. Ортопантомография дает возможность диагностировать сверхкомплектные зубы отдельно на верхней и нижней челюстях.

Гиподентия диагностируется при осмотре полости рта, при этом выявляется локальный дефект в зубном ряду. Отсутствие каких-либо зубов в зубном ряду по истечении сроков прорезывания может указывать на их полное отсутствие. Для диагностики заболевания проводится рентгенологическое обследование.

Полная первичная адентия встречается редко. При этой тяжелой аномалии отсутствуют зачатки зубов, а также имеются симптомы, выявляемые

при осмотре лица, связанные с нарушением развития лицевого скелета в целом.

Причинами адентии является нарушение минерального обмена во внутриутробном периоде и после рождения ребенка вследствие заболевания беременной матери и болезней раннего детского возраста, нарушения функции желез внутренней секреции, наследственность, нарушение развития эктодермы, ведущие к гибели зубных зачатков.

Диагноз адентии устанавливают на основании анамнестических данных и клинического обследования, подтвержденных рентгенографией челюстей.

Причиной полной первичной адентии чаще является ангидротическая эктодермальная дисплазия, при которой отмечается сухая, бледная, морщинистая кожа, отсутствие волос или их малое количество в виде своеобразного пуха. В полости рта отмечается сухость и бледность слизистой оболочки, отсутствие зубов и резко выраженное недоразвитие альвеолярных отростков челюстей. Частичная первичная адентия в связи с отсутствием зачатков зубов встречается чаще в периоде постоянного прикуса. При отсутствии передней группы зубов происходит западение губы. В полости рта: отсутствие зубов в зубном ряду, недоразвитие альвеолярного отростка в соответствующем участке челюсти и смещение в область дефекта рядом расположенных зубов. Вторичная частичная адентия отличается тем, что развитие альвеолярных отростков в соответствующем участке нормальное.

Различают раннее и позднее прорезывания зубов, а также ретенцию их. Позднее прорезывание зубов отмечается в тех случаях, когда зубы задерживаются в челюсти или альвеолярном отростке. Причинами позднего прорезывания молочных зубов могут быть заболевания матери во время беременности, токсикозы, а также в постнатальном периоде — болезни ребенка. Указанные факторы часто сказываются на сроках прорезывания молочных зубов и в меньшей степени эти факторы обуславливают позднее прорезывание постоянных зубов.

Клинически определяется наличие места в зубном ряду для запаздывающих в прорезывании зубов, а при изменении положения зачатка зуба с вестибулярной или оральной сторон обнаруживается твердая на ощупь выпуклость. Для уточнения степени развития зуба проводится рентгенография.

Причиной ускоренного прорезывания постоянных зубов может являться преждевременное удаление соответствующих молочных зубов, а также опережающее развитие ребенка, т. к. развитие и прорезывание зубов связано с состоянием организма в целом. По данным литературы, диапазон сроков прорезывания молочных зубов составляет 2–4 месяца, постоянных — 2–3 года.

Ускоренное прорезывание зубов диагностируется при осмотре полости рта, при этом необходимо проводить дифференциальную диагностику с ускоренным прорезыванием сверхкомплектных зубов.

Ретенными называются зубы, остановившиеся в своем прорезывании в челюсти. Ретенными могут быть молочные зубы, постоянные и сверхкомплектные.

Причинами ретенции отдельных зубов могут быть неправильная закладка зачатков, недостаток места в зубном ряду, воспалительные процессы в области корней молочных зубов, преждевременное удаление молочных зубов, сверхкомплектные зубы и др.

Множественная ретенция зубов может быть следствием различных заболеваний, эндокринных нарушений, приводящих к нарушению роста челюстей и их деформации.

Ретенцию постоянных зубов можно диагностировать при осмотре полости рта, при этом под слизистой оболочкой пальпаторно определяются выпуклости, воспринимаемые как коронковые части зубов. Во всех случаях задержки прорезывания необходимо рентгенологическое обследование.

Лечение ретенционных постоянных зубов зависит от причины аномалии, положения зуба в челюсти и степени формирования корня. Если ретенция отдельного зуба не ведет к развитию патологических состояний у ребенка, тогда проводится клинико-рентгенологическое наблюдение в динамике и лечение не проводится.

В тех случаях, когда ретенционный зуб имеет неправильную анатомическую форму, занимает горизонтальное положение, расположен под острым углом к окклюзионной плоскости или развернут на 180° , при отсутствии места в зубном ряду и положение зуба не может быть нормализовано ортодонтическим путем, проводится хирургическое лечение с удалением ретенционного зуба.

Лечение с сохранением ретенционного зуба чаще комплексное (хирургическое и ортодонтическое). Прорезывание ретенционного постоянного комплектного зуба с несформированными корнями после удаления сверхкомплектных зубов стимулируют с помощью накусочных пластинок, раздражающих пластинок, массажа, физиотерапии в течение 6–12 месяцев. При отсутствии положительных результатов проводят обнажение коронок с ретенционных зубов с последующей нормализацией положения с помощью ортодонтических аппаратов (брекет-систем).

Ретенционные комплектные постоянные зубы со сформированными корнями, расположенные в толще альвеолярного отростка вертикально или под углом 45° после обнажения коронок этих зубов и создания места для них перемещают в зубной ряд ортодонтическим путем. Ретенционные зубы, расположенные вне альвеолярного отростка (область ветви нижней

челюсти), подлежат удалению только в тех случаях, если они являются причиной воспаления, опухоли и т. д.

ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ

Для самостоятельного изучения темы студенту вначале следует ознакомиться с контрольными вопросами по теме занятия, а также внимательно изучить учебно-методическое пособие (учебный материал или содержание занятия) для того, чтобы ответить на контрольные вопросы по теме занятия. В дальнейшем, для более углубленного изучения темы, студенту необходимо изучить соответствующие разделы основной литературы и, по возможности, прочесть соответствующие разделы дополнительной литературы, указанной в списке.

На практическом занятии студент самостоятельно курирует не менее одного больного, собирает жалобы и анамнез заболевания, проводит клиническое обследование ребенка (осмотр, пальпация, перкуссия и др.), анализирует данные лабораторных и других видов обследования (рентгенограммы, анализы крови, мочи и др.) и формулирует ориентировочный (предварительный) диагноз заболевания. После обсуждения полученных данных с преподавателем студент формулирует клинический диагноз заболевания и составляет индивидуальный план лечения (или дообследования) курируемого ребенка.

По возможности, студент участвует в качестве ассистента в перевязках ранее прооперированных больных, дает рекомендации родителям по уходу за ребенком и др.

Проведенную работу студент под контролем преподавателя заносит в историю болезни (амбулаторную карточку) курируемого ребенка, операционный журнал и др., а также в свой рабочий дневник. Все вышеизложенное позволяет выполнить целевые задачи занятия (овладеть необходимыми практическими навыками).

Самоконтроль усвоения темы. Решение ситуационных задач по теме занятия.

Ситуационные задачи

№ 1

Ребенку 1 месяц. Со слов мамы, жалобы на затрудненное сосание, беспокойный сон, ребенок плохо набирает вес.

Из анамнеза: ребенок доношенный, родился в срок, вес 2 кг 900 г, рост 50 см, вскармливание грудное. Осмотрен врачом-педиатром: патологии со стороны внутренних органов не выявлено. Направлен на консультацию к врачу-стоматологу.

Объективно: конфигурация лица не изменена. В полости рта: слизистая оболочка бледно-розового цвета, уздечка языка короткая, тонкая, прозрачная, вплетается в кончик языка. Движение языка ограничены, при плаче ребенка кончик языка раздваивается.

- 1. Поставьте диагноз.**
- 2. Составьте план лечения больного.**
- 3. Определите сроки оперативного вмешательства.**

№ 2

Мальчику 8 лет. Жалобы на наличие «щели» между верхними центральными зубами.

Объективно: лицо симметрично. В полости рта: слизистая оболочка бледно-розового цвета, зубы 11, 12, 21, 22 прорезались, между центральными резцами имеется щель размером 4 мм, уздечка верхней губы короткая, мощная, вплетается в межзубной десневой сосочек.

- 1. Поставьте диагноз.**
- 2. Составьте план дообследования и лечения больного.**

№ 3

Ребенку 10 лет. Жалобы на задержку прорезывания зуба 12.

Объективно: лицо симметрично. В полости рта: слизистая оболочка бледно-розового цвета, зубы 11, 21 прорезались полностью, в области непрорезавшегося зуба 12 определяется утолщение альвеолярного отростка с небной стороны безболезненное при пальпации.

- 1. Поставьте диагноз.**
- 2. Составьте план дообследования и лечения больного.**

№ 4

Ребенку 9 лет. Жалобы на кровоточивость десны, усиливающуюся во время чистки зубов, неприятный запах изо рта,

Объективно: лицо симметрично. В полости рта: слизистая оболочка бледно-розового цвета, в области зубов 31, 42, 41, 42 гиперемирована, все зубы покрыты мягким зубным налетом, между центральными резцами имеется щель размером 2 мм. При отведении нижней губы до горизонтального положения отмечается побледнение десневого сосочка в области центральных резцов. Преддверие полости рта глубиной 3 мм.

- 1. Поставьте диагноз.**
- 2. Составьте план лечения больного.**

№ 5

Ребенку 5 лет. Жалобы, со слов мамы, на неправильное произношение буквы «р», шипящих. Занимается с логопедом в течение года.

Объективно: конфигурация лица не изменена. В полости рта: слизистая оболочка бледно-розового цвета, уздечка языка короткая, толстая, мощная, кончик языка фиксирован к тканям полости рта, подвижность языка ограничена, кончик языка раздваивается.

1. Поставьте диагноз.

2. Составьте план лечения больного.

3. Определите сроки оперативного вмешательства.

ЛИТЕРАТУРА

Основная

1. *Врожденные пороки развития челюстно-лицевой области у детей* : учеб.-метод. пособие / А. К. Корсак [и др.]. Минск : БГМУ, 2005. 86 с.
2. *Колесов, А. А.* Стоматология детского возраста / А. А. Колесов. М. : Медицина, 1991.
3. *Стоматология* / Е. В. Боровский [и др.]. М. : Медицина, 1987.
4. *Стоматология детского возраста* / Л. С. Персин [и др.]. М. : Медицина, 2003
5. *Лекционный материал.*

Дополнительная

1. *Заболевания пародонта и слизистой оболочки полости рта у детей* / Т. Ф. Виноградова [и др.]. М. : Медицина, 1983.
2. *Вестibuлопластика в комплексном лечении локальных поражений пародонта* : информ. справка. Минск, 1985.

**Тема: Одонтогенные кисты челюстей у детей.
Патогенез, клинико-рентгенологическая картина,
диагностика и методы лечения**

Время занятия — 7 учебных часов.

Мотивационная характеристика темы. В челюстных костях кистозные поражения встречаются чаще, чем в других отделах скелета человека. В подавляющем большинстве (в 90 % случаев) они имеют одонтогенную природу. Знание клинических проявлений, рентгенологической картины, дифференциальной диагностики дает возможность врачу-стоматологу составить оптимальный план лечения ребенка с одонтогенной кистой, прогнозировать течение и исход заболевания.

Цель: изучить этиологию, патогенез, клинико-рентгенологическую картину, дифференциальную диагностику и принципы лечения детей с одонтогенными кистами челюстей.

Задачи занятия. В результате освоения теоретической части темы студент должен **знать**:

1. Классификации одонтогенных кист и их этиологию.
2. Патогенез и клинико-рентгенологическую картину одонтогенных кист у детей.
3. Методы лечения одонтогенных кист челюстей.

В ходе практической части занятия студент должен **уметь** (овладеть следующими практическими навыками):

1. Провести обследование ребенка с одонтогенной кистой челюсти и сформулировать диагноз.
2. Читать рентгенограммы челюстей.
3. Составить индивидуальный план лечения и реабилитации ребенка с одонтогенной кистой.

Требования к исходному уровню знаний. Для лучшего усвоения темы данного занятия студенту необходимо повторить:

- из *анатомии и гистологии* — морфологическое строение челюстных костей;
- *лучевой диагностики* — описание кист челюстей в рентгенологическом изображении.

Контрольные вопросы из смежных дисциплин:

1. Анатомия и топографическая анатомия челюстных костей.
2. Гистологическое строение одонтогенной гранулемы, кистогранулемы, кисты.
3. Основные методы лучевой диагностики челюстей в детском возрасте.

Контрольные вопросы по теме занятия:

1. Классификация одонтогенных кист у детей.
2. Этиология, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика радикулярной кисты.
3. Этиология, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика зубосодержащей кисты у детей.
4. Этиология, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика парадентальной кисты.
5. Этиология, патогенез, дифференциальная диагностика фолликулярной кисты.
6. Показания к операции цистотомии и цистэктомии.
7. Этапы и техника проведения операции цистотомии.
8. Этапы и техника проведения операции цистэктомии
9. Диспансеризация детей с одонтогенными кистами челюстей.

УЧЕБНЫЙ МАТЕРИАЛ

Одонтогенные кисты — доброкачественные опухолеподобные образования, состоящие из зрелых клеточных элементов. У детей одонтогенные кисты обычно обнаруживаются в возрасте от 7 до 12 лет, при этом у мальчиков чаще, чем у девочек. Примерно у 90 % больных детей одонтогенные кисты локализуются в области молочных моляров. На нижней челюсти кисты встречаются в 3–4 раза чаще, чем на верхней.

В международной гистологической классификации опухолей (МГКО, 1971 г., ВОЗ), серии № 5 (Гистологическая классификация одонтогенных опухолей, кист челюстей и смежных заболеваний), кисты челюстей рассматриваются в двух разделах — «Неэпителиальные кисты» и «Эпителиальные кисты».

А. Неэпителиальные кисты (неопластические костные поражения):

- 1) аневризмальная киста;
- 2) простая костная киста (травматическая, геморрагическая).

Б. Эпителиальные кисты (эволюционные) — результат порока развития:

- 1) одонтогенные — первичная киста (кератокиста), гингивальная киста, киста прорезывания, зубосодержащая (фолликулярная) киста;
- 2) неодонтогенные — кисты носонёбного (резцового) канала, шаровидно-верхнечелюстная киста, носогубная (носоальвеолярная) киста.

В. Воспалительные корневые:

- 1) киста от молочного зуба;
- 2) киста от постоянного зуба.

На основании решения конференции ВОЗ с 1.01.1993 г. вступил в силу и был рекомендован к использованию на международном уровне десятый пересмотр Международного классификатора болезней или МКБ-10. В стоматологии — МКБ-10С. В этом документе выделяют корневые кисты

(апикальная, остаточная, воспалительная, парадентальная и др.) и кисты, образовавшиеся в процессе формирования зубов (киста при прорезывании, киста десны, роговая киста, фолликулярная киста, боковая периодонтальная киста и др.).

По классификации И. И. Ермолаева (1964), одонтогенные кисты челюстей относятся к группе одонтогенных образований эпителиальной природы.

А. Одонтогенные кисты (воспалительного происхождения):

1. Корневые.
2. «Зубосодержащие».
3. Парадентальные (условно).

Б. Одонтогенные кисты, являющиеся пороком развития зубообразовательного эпителия:

1. «Первичные».
2. Фолликулярные.
3. Прорезывания (условно).

Из кист воспалительной природы у детей наиболее часто встречаются зубосодержащие и корневые кисты. Их происхождение обусловлено хроническим воспалительным процессом в периодонте зуба (молочного — для зубосодержащих кист и постоянного — для корневых) с формированием гранулемы, кистогранулемы, а затем и кисты. Киста представляет собой полое образование, выстланное соединительнотканной оболочкой и заполненное жидкостью желтого цвета, содержащей холестерин. Оболочка кисты состоит из трех слоев: наружного — плотной соединительной ткани, среднего — ткани типа грануляционной, внутреннего — многослойного плоского эпителия.

К вопросу о происхождении эпителиальной выстилки кист в настоящее время наиболее приемлема теория Малассе (1885), согласно которой происхождение эпителиальных клеточных включений в апикальных очагах связывают с разрастанием остатков эмбрионального эпителия зубообразовательной пластинки (клеток Малассе). Разрастание эпителиальных клеток происходит вследствие хронического раздражения (периодонтит). Полость кисты образуется за счет дистрофии эпителиальных клеток в центре их скопления. Причина роста кист заключается в постоянном давлении продуцируемой жидкости на окружающую костную ткань.

Корневая (радикулярная) киста наблюдается чаще всего у детей старшего возраста в постоянном прикусе в области резцов верхней челюсти и реже в области других зубов. В начальной стадии развития, когда еще нет внешне заметных деформаций альвеолярного отростка или тела челюсти, киста протекает бессимптомно. Поэтому диагноз на ранней стадии можно установить лишь при помощи рентгенограммы. При выраженной клинической картине основным симптомом заболевания является

утолщение альвеолярного отростка или челюсти, которое нередко обуславливает асимметрию лица. Слизистая над образованием в цвете не изменена или с выраженным сосудистым рисунком. Пальпация образования безболезненна. Со временем появляется симптом пергаментного хруста (симптом Дюпиитрена) или симптом пластмассовой игрушки: при пальпации истонченной костной стенки кисты ощущается пружинистость. Постепенно прогрессирующая атрофия кости приводит к появлению в костной стенке кисты «окна», над которым остаются лишь периост и слизистая оболочка. В результате этого появляется новый симптом — флюктуация (зыбление) содержимого кисты. «Причинные зубы», как правило, безболезненны при перкуссии, т. к. пульпа их полностью некротизирована, при кистах больших размеров они могут быть подвижны. Размер кистозных поражений на верхней челюсти часто больше, чем на нижней, поскольку компактные замыкающие пластинки этой кости тоньше и легче смещаются под давлением содержимого. Кисты на верхней челюсти могут прорасти в верхнечелюстную пазуху, постепенно оттесняя ее оболочку. Корневые кисты от 12 и 22 зубов часто растут в сторону нёба, а кисты от 11 и 21 зубов могут прорасти в полость носа.

На основании клинических признаков, корневые кисты подразделяются на нагноившиеся и ненагноившиеся. В случае нагноения корневой кисты развивается клиническая картина острого периостита или остеомиелита. На верхней челюсти при прорастании кисты в верхнечелюстную пазуху воспаление кисты сопровождается клинико-рентгенологическими симптомами гайморита.

Ведущим методом диагностики корневых кист является рентгенография (внутриротовые рентгенограммы зубов, ортопантомография, рентгенография челюстей и придаточных пазух носа). На рентгенограмме при корневой кисте определяется очаг деструкции костной ткани округлой формы, с четкими ровными контурами, связанный с корнем или верхушкой корня «причинного» зуба. При кистах верхней челюсти больших размеров на рентгенограмме придаточных пазух носа определяется очаг затемнения гайморовой пазухи в виде купола, который может занимать нижние отделы пазухи или выполнять ее полностью, оставляя узкую полосу просветления, параллельно нижнеглазничному краю. В этом случае можно применить контрастную рентгенографию, заполнив контрастным веществом кистозную полость.

Увеличиваясь в размерах, радикулярная киста может терять округлую форму, вытягивается вдоль альвеолярного отростка и тела челюсти, может смещать корни зубов, обходить их или даже включать в полость. Витальность зубов и отграничивающий четкий кортикальный ободок по периферии полости при этом сохраняются. При больших кистах прозрачность полости может становиться неоднородной вследствие разной глубины дефек-

та в костной ткани. Рентгенологическая картина в этих случаях мало характерна, и радикулярную кисту приходится дифференцировать с амелобластомой, некоторыми формами гигантоклеточной опухоли или кистами другой природы.

Простым дополнительным методом диагностики корневой кисты является диагностическая пункция. При этом получают жидкость желтоватого цвета, опалесцирующую на свету за счет содержания кристаллов холестерина.

Лечение хирургическое — как правило, цистэктомия (см. лечение кист), корневые каналы «причинного» зуба пломбируют до вмешательства, а во время операции резецируют верхушку зуба.

При прорастании кисты в верхнечелюстную пазуху проводят операцию цистэктомии с гайморотомией и выведением тампона через нижний носовой ход. При этом чрезвычайно важно сохранить имеющуюся слизистую оболочку верхнечелюстной пазухи, которая, как правило, оттеснена кистой кверху.

«Зубосодержащая» киста — это корневая киста от молочного зуба, содержащая зачаток постоянного зуба. Зубосодержащие кисты бывают только у детей, только от молочных зубов и не дистальнее 5 временного зуба.

В основном зубосодержащие кисты развиваются от временных моляров (90 %), причем на нижней челюсти в 3–4 раза чаще, чем на верхней. Диагностируются они чаще всего в 7–10 лет. При развитии на верхней челюсти зубосодержащие кисты так же могут оттеснять дно верхнечелюстной пазухи, смещая при этом зачатки постоянных зубов. Клинически зубосодержащие кисты практически ничем не отличаются от корневых кист, кроме того, что «причинным» является временный зуб.

Рентгенологически они характеризуются наличием очага деструкции костной ткани с четкими контурами овальной формы, связанного с корнем молочного «причинного» зуба, к которому прилежит зачаток постоянного зуба. Зачаток постоянного зуба может быть оттеснен и смещен к соседним зубам или к краю нижней челюсти. Коронка его, как правило, включена в кистозную полость, чаще до шейки зуба, а формирующийся корень зуба расположен за пределами кисты в костной ткани. Наиболее часто «причинными» являются временные моляры, леченные по поводу пульпита ампутиационным методом. Дифференцировать зубосодержащие кисты следует от фолликулярных кист.

Лечение — цистотомия (см. лечение кист) с обязательным удалением «причинного» молочного зуба во время основной операции.

Парадентальная киста. Имеется несколько точек зрения на происхождение этой кисты. Так, С. Н. Вайсблат считал, что воспаление капюшона над 8 зубом на нижней челюсти приводит к воспалению периодонта,

что, в свою очередь, обуславливает разрастание эмбриональных клеток эпителия, рассеянных в толще связки, из которых в дальнейшем формируется киста. Другие авторы считают, что на ранних стадиях прорезывания в слизистой оболочке, окружающей 8 зуб, имеются микроперфорации, способствующие инфицированию фолликула. В закрытом мешке слизистой оболочки образуются мелкоочаговые инфильтраты, скапливается экссудат, который по мере прорезывания зуба не вытекает наружу, а оказывает некоторое давление на костную стенку, вызывая атрофию кости, в результате чего образуется кистозная полость.

Типичная локализация парадентальной кисты — в области угла, ветви челюсти; она всегда связана с зубами мудрости. Характерный рентгенологический признак парадентальной кисты — очаг деструкции с четкими границами, чаще округлой формы, прилежащий к зубу мудрости. Коронка зуба мудрости никогда не бывает заключена в полость образования. Морфологически парадентальная киста идентична корневой кисте. Стенка кисты состоит из фиброзной соединительной ткани, которая изнутри выстлана многослойным плоским эпителием. Учитывая локализацию парадентальных кист, их необходимо дифференцировать с фолликулярными кистами, амелобластомой, остеобластокластомой. Лечение парадентальных кист заключается в удалении 8 зуба и выполнении операции цистэктомии.

Фолликулярные кисты, по данным патологоанатомов, составляют около 6 % всех кистозных поражений и являются следствием нарушения дифференциации тканей зубного зачатка. Механизм их образования впервые описал Брока в 1869 г. Под влиянием патологических процессов в фолликулах (зачатках зубов) скапливается жидкость, нарушается нормальный ход развития зуба, вокруг фолликула формируется киста. Некоторые авторы считают, что фолликулярные кисты челюстей являются следствием нарушения нормального процесса развития и прорезывания зубного зачатка и связаны с ретенцией зубов. Как правило, эти нарушения возникают на стадии формирования зубного сосочка, но изредка и на этапе развития зубной пластинки. В последнем случае киста может и не содержать зуб, а в ее полости могут находиться корни близко расположенных интактных зубов. Фолликулярная киста связана в своем развитии с эпителием эмалевого органа и образуется чаще всего на стадии формирования коронок зубов. Как правило, располагается в зоне 13, 23, 38, 48 однако может исходить и из любого другого зуба. Обычно фолликулярная киста начинает формироваться после дифференцирования твердых тканей коронки в детском возрасте и медленно увеличивается за счет скопления жидкости между капсулой и фолликулом. Кисты небольших размеров бывают случайной рентгенологической находкой, а крупные приводят к появлению безболезненной припухлости. При пальпации появляется симптом «пергаментного хруста».

У детей этот симптом иногда отсутствует, что можно объяснить эластичностью костной ткани растущих челюстей.

На рентгенограмме определяется очаг деструкции костной ткани округлой формы, с четкими, ровными контурами, содержащий зуб или зачаток зуба. Контур очага склерозированы. Характерной особенностью является отсутствие компактной стенки фолликула зуба, а также дистопия, смещение и поворот зуба или его зачатка. При прорастании кисты в гайморову пазуху ее выявление возможно с помощью рентгенографии придаточных пазух носа либо при помощи контрастной рентгенографии. У детей контрастируют полость кисты.

Фолликулярные кисты могут воспаляться, но гораздо реже, чем корневые и зубосодержащие..

Простота диагностики фолликулярных кист может быть обманчивой. Возникают сложности у детей и подростков при отличии кисты от большого фолликула, особенно в зоне премоляров. В сомнительных случаях рекомендуется наблюдение за больным. Если при повторных исследованиях на рентгенограммах констатируется прорезывание зуба, фолликулярную кисту следует исключить.

Фолликулярную кисту необходимо дифференцировать с другими кистами (зубосодержащей, корневой и др.), доброкачественными опухолями (адамантиномой), другими опухолеподобными образованиями челюстей на основании клинико-рентгенологического и морфологического исследований.

Поскольку фолликулярную кисту рассматривают как истинную опухоль, то лечение ее радикальное: цистэктомия (полное удаление оболочки кисты) вместе с содержимым (зубом или фолликулом).

Первичная или кератокиста (*синоним — примордиальная киста*). Возникает из одонтогенного эпителия сверхкомплектного зубного зачатка, еще не имеющего твердых тканей, т. к. эпителий и другие ткани зачатка зуба расходуются на образование собственно кисты. В этой кисте зуба нет. Локализация кератокист может быть различной, однако, чаще всего они располагаются в области тела нижней челюсти, иногда симметрично, где выявляют около 75 % образований этого типа. Тонкая фиброзная оболочка кисты выстлана плоским ороговевающим эпителием. В полости кисты имеется жидкость и кератиновые массы.

Клинически образование безболезненное, покрытое неизменной слизистой. Альвеолярный отросток утолщен. Зубы обычно интактные, устойчивые. При пальпации определяется симптом Дюпиитрена или зыбление. У одного больного могут быть обнаружены множественные примордиальные кисты.

При многочисленных кератокистах следует заподозрить врожденный синдром Горлина–Гольца и искать базальноклеточные невусы на различных участках кожи, а также скелетные дисплазии.

Рентгенологически определяется очаг деструкции кости овальной формы с четкими фестончатыми краями. Киста может прилегать к корням интактных зубов.

Лечение первичных кист хирургическое — цистэктомия с тщательной обработкой полости, так как эти кисты склонны к рецидивированию.

Киста прорезывания (*синоним — гематома прорезывания*).

Патология связана с прорезыванием зуба. У ребенка на гребне альвеолярного отростка обнаруживается образование округлой формы, мягкое, безболезненное при пальпации, синюшного цвета, покрытое неизменной слизистой оболочкой. Может пальпироваться прорезывающийся зуб.

На рентгенограмме определяется очаг деструкции костной ткани с четкими границами вокруг коронки прорезывающегося зуба.

Лечение — цистотомия. При этом в полости кисты выявляется жидкость желтого цвета с примесью крови. Иногда (при травме кисты) полость кисты заполнена кровяным сгустком (гематома). Однако обнаружение при гистологическом исследовании выстилки из многослойного плоского эпителия приближает это образование к кисте, а не к гематоме. Зуб молочный или постоянный сохраняют. Длительность наблюдения за ребенком — до полного прорезывания зуба.

Хирургическое лечение кист. Существует два основных хирургических способа лечения кист челюстей, описанных Парчем (Partsch) в 1895 г. Это цистотомия (так называемая Парч I) и цистэктомия (Парч II).

Показания к цистотомии:

- зубосодержащие кисты;
- кисты прорезывания;
- кисты больших размеров, кроме кист верхней челюсти, проросших в гайморову пазуху;
- при угрозе патологического перелома челюсти;
- нагноившиеся кисты;
- как паллиатив при тяжелом состоянии больного.

В остальных случаях проводят цистэктомию. Перед цистэктомией предварительно депульпируют зубы, как правило, однокорневые, расположенные рядом с «причинными», корни которых проецируются в зону кистозной полости и могут быть обнажены во время операции.

Подлежат удалению во время операции цистотомии или цистэктомии следующие «причинные» зубы:

- все временные зубы;
- все корни постоянных зубов;
- обычно многокорневые постоянные зубы;

– постоянные зубы, корни которых более чем на $\frac{1}{2}$ выступают в полость кисты.

При цистотомии производят разрез дугообразный или трапециевидный со стороны преддверия рта. Размер слизисто-надкостничного лоскута должен несколько превышать протяженность передней стенки кисты. При выполнении цистотомии после отслоения распатором мягких тканей расширяют узору кости. Кусачками, фрезой или борами удаляют переднюю костную стенку, затем иссекают оболочку кисты в области костного дефекта. Содержимое кисты удаляют. Отпрепарированный слизисто-надкостничный лоскут вводят в кистозную полость таким образом, чтобы его раневая поверхность прилежала к внутреннему слою кистозной оболочки. Лоскут придавливают и удерживают йодоформным тампоном. При неглубоких кистозных полостях слизисто-надкостничный лоскут целесообразно фиксировать узловатым швом к оболочке кисты. Прилежание раневой поверхности слизисто-надкостничного лоскута к слизистой оболочке кисты приводит к мацерации и гибели ее поверхностного слоя. При этом ввернутый лоскут срастается с оболочкой кисты. Наличие эпителизированного входа в полость кисты и определяет успех операции.

Через 5–7 дней после операции удаляют тампон, кистозную полость промывают антисептическими растворами (риванола, фурацилина). Тампонирование полости кисты производят до заживления раны. Гигиенический уход осуществляет сам пациент.

При цистэктомии полностью вылушивают оболочку кисты. После резекции передней костной стенки, в отличие от цистотомии, распатором полностью вылушивают и удаляют всю кистозную оболочку вместе с ее содержимым.

Обнажившиеся верхушки корней зубов резецируют. Необходимо при подготовке пациента к операции производить депульпирование и пломбирование корневых каналов зубов, расположенных в области локализации кисты. Костную полость промывают антисептическими растворами, после чего слизисто-надкостничный лоскут укладывают на место и накладывают узловатые швы. В полость кисты можно вводить гемостатическую губку. При обширных размерах полости кисты, а также при наличии факторов, замедляющих регенерацию костной ткани, рекомендуется в послеоперационную полость вводить биокомпозиционные материалы, стимулирующие костеобразование (коллаген).

Профилактика возникновения одонтогенных кист воспалительной природы заключается в своевременном и качественном лечении временных и постоянных зубов с осложненным кариесом и купировании перикоронаритов.

Выявленные больные с одонтогенными кистами должны быть направлены на лечение к хирургу. Однако врач-терапевт должен не забывать,

что хирургическое лечение является, как правило, ведущим, но не единственным методом в комплексе лечения кисты. Участие терапевта состоит в активном выявлении заболевания, уточнении вовлеченности в процесс постоянных зубов, корни которых проецируются в зоне кисты и прилежат к ней на основе сопоставления рентгенологических и электроодонтометрических данных. Пломбирование постоянных зубов в зоне радикулярной кисты предшествует хирургическому лечению. Оптимальным является вариант, когда пломбирование зубов проводится накануне или непосредственно перед операцией. Это помогает избежать возможного после пломбирования обострения процесса, обусловленного избыточным выведением в полость кисты пломбировочного материала, что трудно предотвратить при отсутствии кости в околоверхушечной области на значительном протяжении. Перед операцией осуществляют санацию полости рта, кроме удаления временных моляров, приведших к образованию зубосодержащих кист. Последние удаляют по ходу операции.

После хирургического лечения зубосодержащих кист прорезывающиеся в этой зоне постоянные зубы могут иметь различные проявления местной гипоплазии, т. е. кисты временных зубов являются фактором риска для созревания твердых тканей постоянных зубов. Поэтому при проведении диспансеризации эти дети должны быть под наблюдением участкового стоматолога.

В случае парадентальных, фолликулярных и первичных кист у детей клинико-рентгенологический контроль до полного восстановления костных структур после цистэктомии лучше проводить через 6 месяцев после выполнения операции.

Пациенты с фолликулярными и парадентальными кистами требуют еще и дополнительного наблюдения и лечения у ортодонта.

Наблюдение за ребенком продолжают до полной нормализации клинико-рентгенологической картины.

ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ

Для самостоятельного изучения темы студенту вначале следует ознакомиться с контрольными вопросами по теме занятия, а также внимательно изучить учебно-методическое пособие (учебный материал или содержание занятия) для того, чтобы ответить на контрольные вопросы по теме занятия. В дальнейшем, для более углубленного изучения темы, студенту необходимо изучить соответствующие разделы основной литературы и, по возможности, прочесть соответствующие разделы дополнительной литературы, указанной в списке.

На практическом занятии студент самостоятельно курирует не менее одного больного, собирает жалобы и анамнез заболевания, проводит кли-

ническое обследование ребенка (осмотр, пальпация, перкуссия и др.), анализирует данные лабораторных и других видов обследования (рентгенограммы, анализы крови, мочи и др.) и формулирует ориентировочный (предварительный) диагноз заболевания. После обсуждения полученных данных с преподавателем студент формулирует клинический диагноз заболевания и составляет индивидуальный план лечения (или дообследования) курируемого ребенка.

По возможности, студент участвует в качестве ассистента в перевязках ранее прооперированных больных, дает рекомендации родителям по уходу за ребенком и др.

Проведенную работу студент под контролем преподавателя заносит в историю болезни (амбулаторную карточку) курируемого ребенка, операционный журнал и др., а также в свой рабочий дневник. Все вышеизложенное позволяет выполнить целевые задачи занятия (овладеть необходимыми практическими навыками).

Самоконтроль усвоения темы. После изучения темы для контроля качества усвоения и выявления неясных вопросов предлагается ответить на вопросы тестового задания:

1. Корневая киста образуется в результате:

- а) неопластического процесса в периодонте;
- б) воспалительного процесса в периодонте;
- в) порока развития зубного фолликула.

2. При росте корневой кисты окружающая костная ткань:

- а) резорбируется в результате атрофии от давления;
- б) утолщается в результате действия остеобластов;
- в) резорбируется в результате действия остеокластов.

3. Фолликулярные кисты у детей наиболее часто лечат путем:

- а) цистотомии с сохранением зуба;
- б) цистотомии с удалением зуба;
- в) цистэктомии с сохранением зуба;
- г) цистэктомии с удалением зуба.

4. Для клиники фолликулярной кисты у детей наиболее характерны:

- а) симптом Венсана;
- б) симптом Дюпиитрена;
- в) отсутствие постоянного зуба в зубном ряду;
- г) наличие в зубном ряду временного зуба с осложненным кариесом;
- д) наличие в зубном ряду всех постоянных зубов.

5. В патогенезе фолликулярных кист значение имеет:

- а) порочное развитие зубного фолликула;

- б) гипоплазия эмали;
- в) повреждение зубного фолликула;
- г) инфицирование зубного фолликула;
- д) флюороз.

6. Симптомы, не характерные для кисты прорезывания:

- а) локализация на гребне альвеолярного отростка;
- б) синюшный цвет покрывающей слизистой оболочки;
- в) отсутствие зуба в зубном ряду;
- г) отсутствие боли при пальпации;
- д) симптом Дюпиитрена.

7. Кератокисту лечат путем:

- а) цистэктомии;
- б) цистотомии;
- в) цистэктомии с удалением прилегающих зубов;
- г) цистотомии с удалением прилегающих зубов.

8. Цистотомия применяется:

- а) при малых размерах кист;
- б) при неосложненном клиническом течении кист;
- в) при нагноении кист;
- г) при сопутствующем остром респираторном заболевании.

9. Цистэктомия применяется:

- а) при малых размерах кист;
- б) при больших размерах кист;
- в) при нагноении кист;
- г) при сопутствующем остром респираторном заболевании.

ЛИТЕРАТУРА

Основная

1. Корсак, А. К. Опухоли челюстно-лицевой области у детей / А. К. Корсак. Минск, 2002.
2. Стоматология детского возраста / Т. Ф. Виноградова [и др.]. М. : Медицина, 1987.
3. Стоматология детского возраста / А. А. Колесов [и др.] ; под ред. А. А. Колесова. 4-е изд., испр. и доп. М. : Медицина, 1991.
4. Стоматология детского возраста / Л. С. Персин [и др.]. М. : Медицина, 2003
5. Лекционный материал.

Дополнительная

1. Ермолаев, И. И. Классификация одонтогенных опухолей и опухолеподобных образований / И. И. Ермолаев // Стоматология. № 6. С. 43–47.
2. Каталогизация публикаций. Библиотечная служба ВОЗ. Адаптированный вариант Международной классификации болезней для применения в стоматологии: МКБ-С. 3-е изд. 1997. С. 66–73.

3. Колесов, А. А. Новообразования мягких тканей и костей лица у детей и подростков / А. А. Колесов, Ю. И. Воробьев, Н. Н. Каспаров. М. : Медицина, 1989. С. 211–259.

Репозиторий БГМУ

Оглавление

Доброкачественные опухоли и опухолеподобные образования мягких тканей челюстно-лицевой области у детей. Клиника, диагностика и лечение	3
Доброкачественные остеогенные и неостеогенные опухоли и опухолеподобные образования костей лицевого скелета у детей. Клиника, диагностика и лечение	20
Одонтогенные опухоли костей лицевого скелета у детей. Доброкачественные опухоли и опухолеподобные образования слюнных желез у детей. Клиника, диагностика и лечение	34
Злокачественные опухоли челюстно-лицевой области и шеи у детей. Клиника, ранняя диагностика и методы лечения. Онконастороженность и диспансеризация	48
Ситуационные задачи	65
Травматические повреждения мягких тканей и зубов у детей. Клиника, диагностика, неотложная помощь и лечение	71
Аномалии уздечек губ и языка у детей. Мелкое преддверие полости рта. Аномалии количества и прорезывания зубов. Клиника, диагностика и лечение	89
Ситуационные задачи	99
Одонтогенные кисты челюстей у детей. Патогенез, клинико-рентгенологическая картина, диагностика и методы лечения	102

Учебное издание

Корсак Александр Казимирович
Кушнер Андрей Николаевич
Петрович Надежда Ивановна
Любецкий Андрей Владимирович

ХИРУРГИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

Учебно-методическое пособие

Ответственная за выпуск Т. Н. Терехова
Редактор Н. А. Лебедко
Компьютерная верстка Н. М. Федорцовой

Подписано в печать 25.06.09. Формат 60×84/16. Бумага писчая «Снегурочка».

Печать офсетная. Гарнитура «Times».

Усл. печ. л. 6,74. Уч.-изд. л. 6,52. Тираж 150 экз. Заказ 20.

Издатель и полиграфическое исполнение:
учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет».

ЛИ № 02330/0494330 от 16.03.2009.

ЛП № 02330/0150484 от 25.02.2009.

Ул. Ленинградская, 6, 220006, Минск.