

ПОЛТАВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА ДИТЯЧОЇ ХІРУРГІЧНОЇ СТОМАТОЛОГІЇ

**ДОБРОЯКІСНІ ПУХЛИНИ М'ЯКИХ ТКАНИН ТА КІСТОК ЛИЦЕВОГО СКЕЛЕТУ У ДІТЕЙ.
КЛАСИФІКАЦІЯ, ЕТІОЛОГІЯ.
ПРИНЦИПИ ДІАГНОСТИКИ, ДИФЕРЕНЦІЙНА ДІАГНОСТИКА,
МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ ТА РЕАБІЛІТАЦІЯ ДІТЕЙ З ДОБРОЯКІСНИМИ НОВОУТВОРЕННЯМИ.**

**ЛЕКТОР: ПРОФЕСОР Д.МЕД.Н.
ТКАЧЕНКО ПАВЛО ІВАНОВИЧ**
контакти: 0664603303, 0687843636 (viber)

ПЛАН ЛЕКЦІЇ

1. Статистичні дані поширеності доброякісних пухлин і пухлиноподібних процесів ЩЛД у дітей.
2. Ознаки доброякісного зростання.
3. Додаткові методи дослідження для виявлення пухлинних процесів ЩЛД у дітей.
4. Клініко-морфологічні особливості доброякісних пухлин тканин ЩЛД у дітей.
5. Нейрофіброматоз (етіологія, патогенез, клініка, лікування).
6. Остеобластокластома (особливості клініки, методи лікування, прогноз).
7. Основні принципи лікування доброякісних пухлин ЩЛД у дітей і реабілітації.

СТАТИСТИКА

- ✗ Згідно статистичних даних діти з пухлинами ЩЛД становлять 12 - 22% від усіх хворих з пухлинами,.
- ✗ 90% припадає на частку доброякісних процесів. В їх структурі переважають новоутворення сполучнотканинного походження.
- ✗ За частотою виявлення:
 - + I місце займають судинні новоутворення,
 - + II місце - новоутворення, що розвиваються із залозистого епітелію порожнини рота, (це кісти малих слинних і слизових залоз).
- ✗ У кістках переважають пухлини, що розвиваються зі сполучної тканини.

ЧАСТОТА ЗАХВОРЮВАНOSTI

- ✗ Пухлини і пухлиноподібні процеси щелепних кісток частіше діагностуються у віці 7 - 12 років, рідше у підлітків 12 - 16 років і ще рідше у віці до 1 року.
- ✗ У розвитку доброякісних новоутворень з м'яких тканин простежується зворотна залежність тобто найвища захворюваність виявлена у дітей - до 1 року і другий пік у віці 12 - 16 років.
- ✗ У перші 5 років життя частіше зустрічаються: гемангіоми, лімфангіоми, дермоїди, пухлина Абрикосова, меланотична нейроектодермальна пухлина немовлят.
- ✗
- ✗ У дітей же старшого віку часто діагностуються доброякісні кісткові пухлини.

ОЗНАКИ ДОБРОЯКІСНОГО И ЗЛОЯКІСНОГО РОСТУ ПУХЛИН

доброякісний ріст

1. Наявність типових клітин (
2. Експансивний ріст.
3. Повільне зростання.
4. Досягають великих розмірів.
5. Не виразкуються.
6. Не метастазують.
7. Не рецидивують.
8. Загальне самопочуття не страждає.
9. Не чутливі до променевого впливу.

злоякісний ріст

1. Наявність атипівих клітин
2. Інфільтративний ріст.
3. Швидке зростання.
4. Малі за розміром.
5. Виразкуються.
6. Метастазують.
7. Рецидивують.
8. Загальне самопочуття порушується.
9. Чутливі до променевого впливу.

МЕТОДИ ДІАГНОСТИКИ ПУХЛИН

ЦИТОЛОГІЯ - метод мікроскопічного дослідження клітин з осередку ураження.

БІОПСІЯ - патогістологічне дослідження прижиттєво отриманого тканинного або клітинного матеріалу для діагностики і встановлення остаточної структури пухлини.

✗ **Зіскрібки і мазки - відбитки**

✗ **Ексфомліативная** - елементи пухлини беруться разом з вмістом, в якому вони знаходяться (слина, мокротиння, виділення норицевих ходів) центрифугують і потім виготовляють мазки.

✗ **Аспіраційна біопсія.**

✗ **Пункція** є інформативним джерелом, що дозволяє більш точно розпізнати характер патологічного процесу. Але діагноз по цитологічній картині не є остаточною.

✗ **Експрессдіагностика**- мазки виготовляються під час операції.

Характер ексудату:

□ **прості кісти** – вміст прозорий, жовтуватого кольору

□ **ракові «ексудати»** - вміст кров'яний

□ **при саркомах** – аспірується чиста кров.

ПРОВЕДЕННЯ ДІАГНОСТИЧНОЇ ПУНКЦІЇ

ДІАГНОЗ: ГЕАНГІОМА ЛІВОЇ ЩОКИ

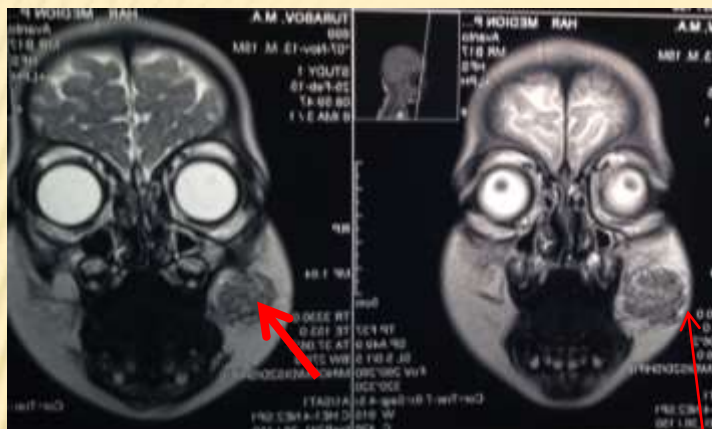


РЕНТГЕНОЛОГІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ

- ✗ Інформативність R-дослідження визначається вірним вибором рентгенологічної укладки..
- ✗ Достатня інформативність R-діагностики проявляється при патології кісткової системи.
- ✗ Високоінформативними є УЗД-діагностика, комп'ютерна та магнітно-резонансна томографія (КТ, МРТ), що дозволяють отримати пошарове рентгенологічне зображення структур організму.
- ✗ Переваги КТ - висока роздільна здатність, дозволяє оцінити зміни в кістках, і в м'яких тканинах.
- ✗ Показанням до КТ - діагностика пухлин глибоких зон обличчя і шиї
- ✗ 3-х мірне моделювання по КТ дозволяє точно уявити топографо-анатомічне співвідношення і поширеність новоутворення.

МРТ-ЗРІЗИ

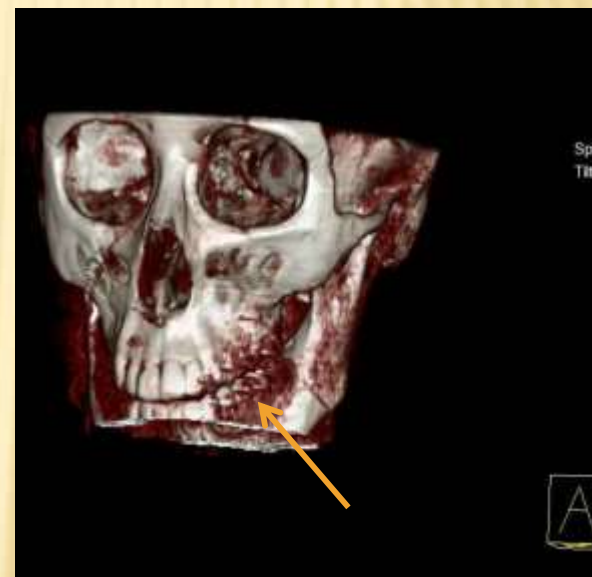
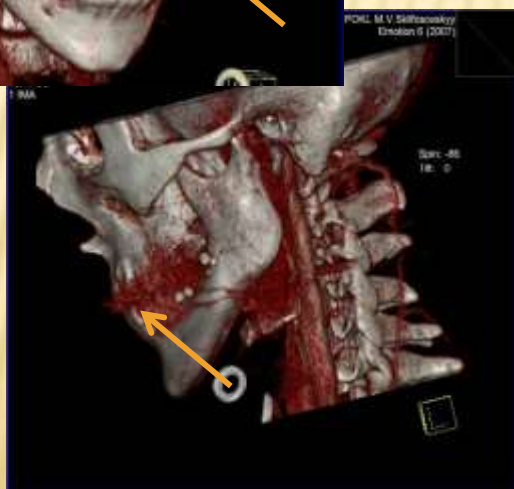
ДІАГНОЗ: КАВЕРНОЗНОЮ ГЕМАНГІОМОЮ ЩОКИ



КОМП'ЮТЕРНА ТОМОГРАММА З КОНТРАСТУВАННЯМ СУДИН (ДИТИНА 14 РОКІВ)



A

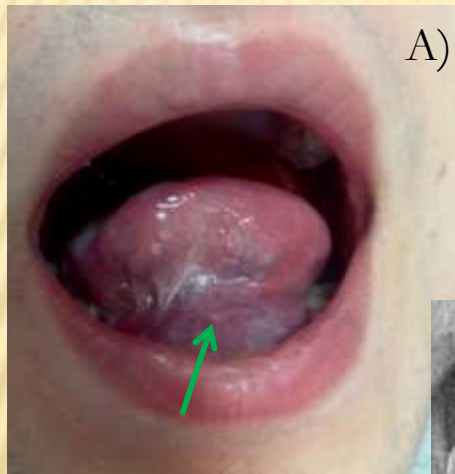


B

А) РЕЦИДИВ КАВЕРНОЗНОЇ ГЕМАНГІОМИ ДНА ПОРОЖНИНИ РОТА ПІСЛЯ НЕОДНОРАЗОВИХ ОПЕРАТИВНИХ ВТРУЧАНЬ., СПОСТЕРІГАЮТЬСЯ РУБЦЕВІ ЗМІНИ ТКАНИН ДНА ПОРОЖНИНИ РОТА

Б) ОРТОПАНТОМОГРАМА - НЕРІВНОМІРНА ВЕРТИКАЛЬНА РЕЗОРБЦІЯ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ВІДРОСТКА НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ У ФРОНТАЛЬНІЙ ДІЛЯНЦІ

В, Г) КОМП'ЮТЕРНА ТОМОГРАМА З КОНТРАСТУВАННЯМ СУДИН



А)



Б)



В)



Г)

ДОБРОЯКІСНІ НОВОУТВОРЕННЯ М'ЯКИХ ТКАНИН ЩЛД У ДІТЕЙ

ПАПІЛОМА

- ✗ З багатошарового плоского епітелію у дітей зустрічаються тільки папіломи,
- ✗ Найчастіше виявляються у віці 7 - 12 років, причому у дівчаток вони зустрічаються в 2 рази частіше.
- ✗ Звична локалізація:
 - + язик, губи,
 - + слизова оболонка альвеолярного відростка,
 - + слизова оболонка щік, твердого та м'якого піднебіння.

КЛІНІКА.

- ✗ Пухлина білястого кольору, нагадує бородавку, завбільшки з горошину
- ✗ У дітей вона частіше на широкій основі,
- ✗ Покрита тонкими торочкуватими ворсинками.
- ✗ Легко травмується, запалюється, стає болючою і збільшується.
- ✗ ДИФЕРЕНЦІЙНА ДІАГНОСТИКА:
 - ✗ з фібромою,
 - ✗ з гінгівальною кістою.
- ✗ ЛІКУВАННЯ - хірургічне - висічення разом з підслизовим шаром

ФІБРОМА

- ✗ Зустрічається частіше у віці 7 - 15 років.
- ✗ Має кулясту форму, відмежована від сусідніх тканин, має ніжку або широку основу і покрита незміненою слизовою.
- ✗ Безболісна,
- ✗ збільшується дуже повільно і зміщується разом зі слизовою оболонкою.
- ✗ **ГІСТОЛОГІЧНО:** розрізняють - щільну і м'яку фіброми.
 - + Щільна - складається в основному з пучків грубої волокнистої тканини, близько прилеглих один до одного, тому при пальпації вона дасть відчуття щільності (на яснах і твердому небі).
 - + М'яка - складається з ніжних, тонких пучків (на слизовій щік і мови).
- ✗ **ЛІКУВАННЯ** - хірургічне.



ПІГМЕНТНИЙ НЕВУС

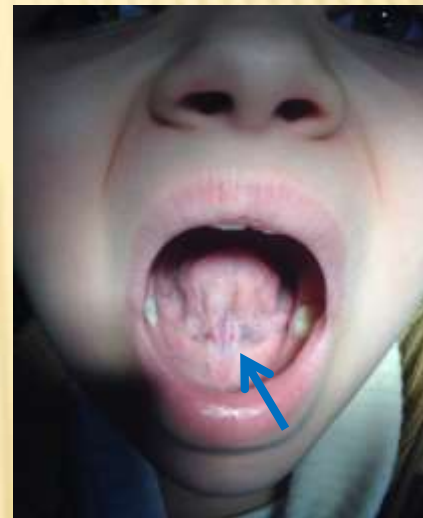
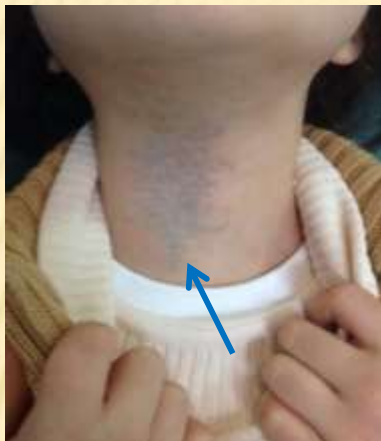
- ✗ Походження: из меланогенної системи (скупчення пігментних клітин в епідермісі або в дермі).
- ✗ На слизовій оболонці зустрічаються дуже рідко (5 - 9%).
- ✗ Найчастіше вроджені.
- ✗ Розвивається повільно, безсимптомно,
- ✗ Є причиною естетичного дефекту.
- ✗ ТИПИ НЕВУСІВ:
 - + плоский
 - + горбкуватий
 - + папіломатозний
 - + вузлуватий
 - + бородавчастий.
- ✗ Лікування - висічення в межах здорових тканин на всю товщину.



1. ГЕМАНГІОМА

- ✗ ГЕМАНГІОМА -доброякісне утворення, що складається з проліферуючих кровоносних судин різних типів.
- ✗ Дизонтогенетичного походження - виникає як вада розвитку судин в ембріональному періоді (більшість гемангіом виявляється відразу після народження або в період перших місяців життя).
- ✗ КЛАСИФІКАЦІЯ:
 - ✗ 1. Капілярна - 43,8%,
 - ✗ 2. Кавернозна - 29,8%,
 - ✗ 3. Гілляста (гроноподібна) - 0,6%,
 - ✗ 4. Комбінована - 10,7%,
 - ✗ 5. Змішана (ангіофіброма, ангионеврома) - 1,6%.

ДИТИНА В., 14 РОКІВ, ГЕМАНГІОМАТОЗ:



КАВЕРНОЗНА ГЕМАНГІОМА

- ✖ Вроджена пухлина, і тільки у 10% хворих вона є придбаним новоутворенням.
- ✖ Незважаючи на доброякісний характер кавернозних гемангіом, може спостерігатися їх швидкий прогресуючий ріст, особливо в ранньому дитячому віці.
- ✖ Клінічно розрізняють:
 - + обмежені,
 - + дифузні.
- ✖ Звична локалізація:
 - ✖ щоки,
 - ✖ бокова поверхня носа,
 - ✖ носогубна борозна,
 - ✖ губи.



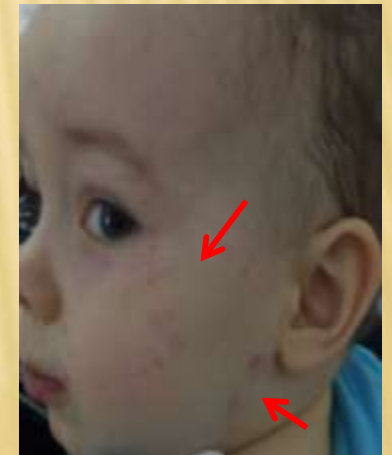
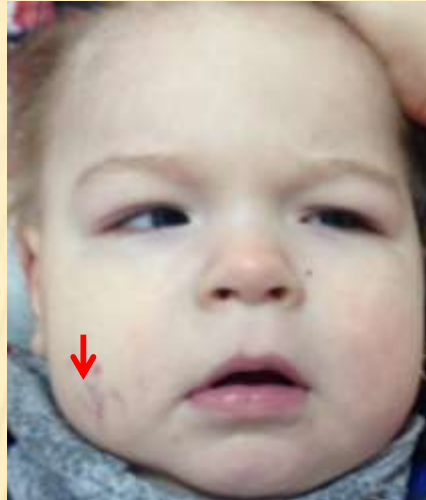
КАВЕРНОЗНА ГЕМАНГІОМА ОБЛИЧЧЯ

ДО ТА ПІСЛЯ ОПЕРАЦІЇ

ГЕМАНГІОМА ЯЗИКА

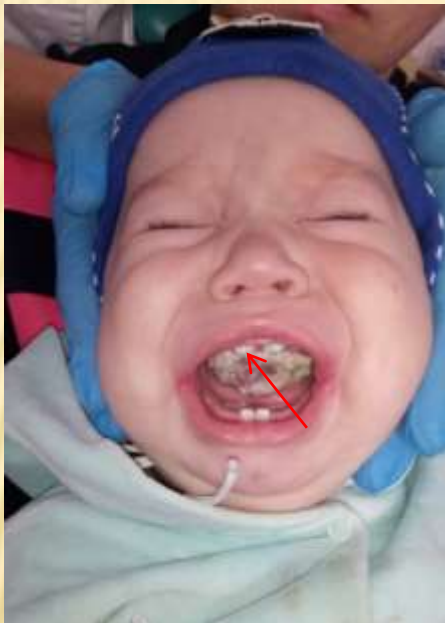


ЗАГАЛЬНИЙ ВИГЛЯД ДІТЕЙ З КАВЕРНОЗНИМИ ГЕМАНГІОМАМИ ОБЛИЧЧЯ



ДИТИНА Р., 10 МІСЯЦІІ

ДІАГНОЗ: ГЕМАНГІОМА В ДІЛЯНЦІ ТВЕРДОГО ПІДНЕБІННЯ



ДИТИНА 2 РОКИ.

ДІАГНОЗ: КАВЕРНОЗНА ГЕМАНГІОМА ВЕРХНЬОЇ ГУБИ .

ЕТАПИ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ . ГЕМАНГІОМА ПРОШИТА ШВАМИ КРОКІУСА.



На 2
день



Через 7
дней

ТАЖ ДИТИНА

ОГЛЯД ЧЕРЕЗ 2 ТИЖНІ



(ФОТО ІЗ АРХІВУ КАФЕДРИ)

ДИТИНА Д., 2,5 МІСЯЦІ

ДІАГНОЗ: ЗМІШАНА ГЕМАНГІОМА ПРИВУШНО-ЖУВАЛЬНОЇ ДІЛЯНКИ СПРАВА ДО ТА ПІСЛЯ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ ЛІКУВАННЯ
(ПРЕПАРАТ АНАПРИЛІН)



Через 2 міс.



Через 4 міс.



ДИТИНА К., 14 РОКІВ З ГРОНОПОДІБНОЮ ГЕМАНГІОМОЮ ЛІВОЇ ЩОКИ,

А) ЗАГАЛЬНИЙ ВИГЛЯД

Б) ВИГЛЯД В ПОРОЖНИНІ РОТА,

В) – МАКРОПРЕПАРАТ ГРОНОПОДІБНОЇ ГЕМАНГІОМИ ЛІВОЇ ЩОКИ (У ВИДАЛЕНІЙ ПУХЛИНІ НАЯВНІ ФЛЕБОЛИТИ). (АРХІВ КАФЕДРИ)



А)



В)

Б)



КАПИЛЯРНІ ГЕМАНГІОМИ «ВИННІ ПЛЯМИ»

- ✗ Розташовуються під епідермісом в дермальном або субдермальних шарах, а також в підслизовому шарі у вигляді плям різних розмірів.
- ✗ Їх забарвлення залежить від характеру судин, їх просвіту і глибини залягання.
- ✗ При переважанні судин артеріального типу і більш поверхневому розташуванні їх забарвлення яскраво - червона, якщо ж переважає венозна мережа, то забарвлення більш темніше.
- ✗ Позитивний «симптом натискання» або натягування слизової оболонки (світлішає або зникає).
- ✗ Чи не піддаються інволюції!
- ✗ Лікування починають з раннього дитинства:
- ✗ Лазеротерапія.
- ✗ Висічення з прийомами місцево-пластичної хірургії.



ДИТИНА Р., 8 РОКІВ

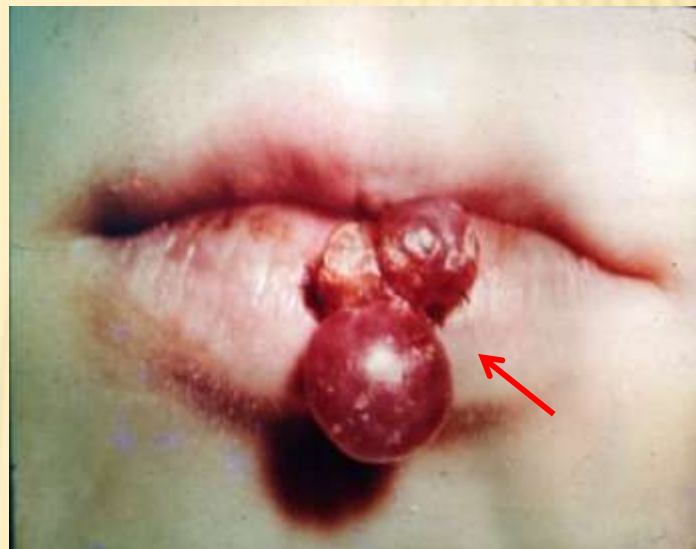
ДІАГНОЗ: КАПІЛЯРНА ГЕМАНГІОМА «ВИННА ПЛЯМА» НА ОБЛИЧЧІ (АРХІВ КАФЕДРИ)



ВИГЛЯД КАПІЛЯРНИХ ГЕМАНГІОМ В ДІЛЯНЦІ ЧЕРВОНОЇ ОБЛЯМІВКИ ГУБ (АРХІВ КАФЕДРИ)



ПІОГЕНА ГРАНУЛЬОМА



ПУХЛИНИ ТА ПУХЛИНОПОДІБНІ УТВОРЕННЯ КІСТОК

1. Остеома.
2. Остеоїд - остеома.
3. Остеобластокластома.
4. Хондрома.
5. Гемангіома щелепних кісток.
6. Фіброма кістки.
7. Міксоми.
8. Амелобластома, одонтома, целітома.
9. Аневризмальна кіста.

ГЕМАНГІОМИ КІСТОК ЩЛД (АРХІВ КАФЕДРИ)



Кісткова гемангіома верхньої щелепи



ЗА ПОХОДЖЕННЯМ ДІЛЯТЬ НА:

- ✗ первинні
- ✗ вторинні.

✗ **Первинним** - виникають безпосередньо в самій щелепі з судинних елементів, закладених в кістки.

✗ **Вторинні** - розвивати поза кісткою з судин окістя або оточуючих кістку м'яких тканин і вражають її вдруге.



Ортопантомограма дитини О., 16 років, з кістковою гемангіомою нижньої щелепи

КІСТКОВІ ГЕМАНГІОМИ ВЕРХНЬОЇ ЩЕЛЕПИ, ХАР-СЯ:

- ✗ деформація верхньої щелепи внаслідок здуття кістки,
- ✗ підкреслений судинний малюнок слизової оболонки рота,
- ✗ різко виражена пульсація,
- ✗ легко визначається пальпацією;
- ✗ колір і структура шкіри обличчя не змінені.

ВИБІР МЕТОДУ ЛІКУВАННЯ ГЕМАНГІОМ ВИЗНАЧАЄТЬСЯ НАСТУПНИМИ ПОКАЗАННЯМИ:

- × видом новоутворення,
 - × локалізацією,
 - × поширеністю,
 - × характером росту,
 - × виразністю естетичних і функціональних порушень,
 - × наявністю ускладнень,
 - × віком пацієнта,
 - × станом соматичного здоров'я,
 - × особливостями раніше проведеного лікування.
-
- × Лікування практично завжди багатоетапний і не завжди передбачуваний результат.
-
- × За свідченнями залучаються фахівці вузького профілю: офтальмологи, ЛОР-лікарі, педіатри і т.д.

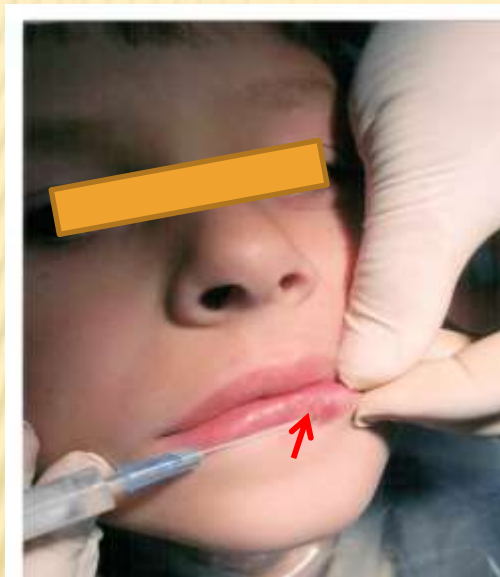
МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ ГЕМАНГІОМ

1. застосування консервативних схем лікування (загальнозміцнююча терапія, тиск на пухлину, іммунокорекція).
2. хірургічне;
3. емболізація;
4. склерозуюча терапія,
5. лазеротерапія;
6. електрокоагуляція і кріодеструкція;
7. системна терапія стероїдними гормональними препаратами і інтерфероном.

Консервативне лікування (вичікувальна тактика) тобто в дитячому віці (до 1-1,5 років) можлива спонтанна регресія до повного зникнення.

Використовують дозовану компресію пухлини, загальнозміцнююча терапії, вітамінотерапія. Але іноді вичікувальна тактика не завжди виправдана.

ЕТАПИ ДІАТЕРМОКОАГУЛЯЦІЇ КАПІЛЯРНОЇ ГЕМАНГІОМИ (АРХІВ КАФЕДРИ)



РЕЗУЛЬТАТИ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ТА СКЛЕРОЗУЮЧОЇ ТЕРАПІЇ
ГРОНОПОДІБНОЇ ГЕМАНГІМИ (АРХІВ КАФЕДРИ)



КОНСЕРВАТИВНІ МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ

- ✗ *Електрокоагуляція для лікування тільки простих гемангіом.*
- ✗ *Селективна деструкція лазером. Полягає в локальному підвищенні температури і опіку внутрішньої оболонки судин. В результаті ділянку пухлини заміщується сполучною тканиною, блідне і повністю нормалізується.*
- ✗ *Системне застосування гормонів. Преднізолон призначають в добу. дозі 2-3 мг / кг. Кортикостероїди пригнічують ангіогенез, сприяють зменшенню розмірів пухлини, прискорюють інволюцію пухлини. Показана при швидкому зростанні пухлини. Використовують в ранньому дитячому віці. нехірургічні*
- ✗ *У разі неефективності стероїдної терапії - призначають в / в інтерферон в добу. дозі 3 млн ОД. Тривалість - від декількох тижнів до місяців.*

НОВОУТВОРЕННЯ ЛІМФАТИЧНИХ СУДИН

ЛІМФАНГІОМИ частіше бувають вродженої або проявляється незабаром після народження.

✦ КЛАСИФІКАЦІЯ:

- ✦ А. Доброякісні.
 - ✦ 1. Лимфангиома:
 - ✦ 2. Лімфангіоміома.
 - ✦ 3. Системний лімфангіоматоз.
- ✦ Б. Злоякісні.
 - ✦ Злоякісна Лімфангіоендотеліома (лімфангіосаркоми).
- ✦ Лімфангіоми розрізняють по:
 - ✦ а) за гістологічною структурою
 - ✦ капілярна,
 - ✦ кавернозна,
 - ✦ кістозна,
 - ✦ Змішана.
 - ✦ б) за ступенем зростання:
 - ✦ обмежена,
 - ✦ дифузна,
 - ✦ поверхнева,
 - ✦ глибока.
 - ✦ в) по локалізації.

КАПИЛЯРНА ЛІМФАНГІОМА – пухлиноподібне утворення без чітких меж, Еластичної консистенції Шкіра над утворенням є змінена.

✘ **МІКРОСКОПІЧНО** – численні розширені лімфатичні капіляри вислані шаром ендотеліальних клітин.

КІСТОЗНА ЛІМФАНГІОМА (гідрома) - одне - або багатопорожнинне кістозне утворення, заповнене прозорою або мутною рідиною солом'яно - жовтого кольору, нерідко з домішками крові.

При пальпації безболісна, м'яко-еластична, деформується, але повністю не спадається.

Діаметр її від 2 до 10 см. Стінки кіст можуть бути зрощені з оточуючими тканинами. Зустрічаються і поодинокі кісти, не спаяні з підшкірною жировою клітковиною, м'язами та іншими тканинами.

В гідромі можуть бути виявлені гіперплазовані лімфатичні вузли.

КАВЕРНОЗНА - складається з безлічі сполучених між собою порожнин заповнені прозорою або мутнуватою рідиною. Пухлина не має вираженої капсули і дифузно вражає різні анатомічні області, викликаючи деформації.

ЛОКАЛІЗАЦІЯ ЛІМФАНГІОМ В ДІЛЯНЦІ ОБЛИЧЧЯ

- × губи,
- × щічної ділянки
- × половини губи,
- × привушної ділянки,
- × очниці,
- × половини обличчя,
- × лімфангіома язика



ЛІМФАНГОМА ЯЗИКА

Зазвичай вражає всю товщу м'яких тканин.

розрізняють:

поверхневу

дифузну форми.

Поверхнева хар-ся наявністю дрібних бульбашок на слизовій оболонці спинки мови з прозорим або кров'яним вмістом.

Дифузна хар-ся зміни слизової оболонки, аналогічні ознаками поверхневої лімфангіоми язика. Бульбашкові висипання можуть поширюватися на слизову оболонку нижньої поверхні язика.

Лімфангіт мови необхідно диференціювати від нейрофіброматозу.

Лімфангіт кореня язика слід диференціювати від аденоми кореня язика, дістопії і частки всієї або частини щитовидної залози.



■ «симптом росы»

ΚΙΣΤΟΖΗΟ-ΚΑΒΕΡΗΙ ΦΟΡΜΙ ΛΙΜΦΑΗΓΙΟΜ



ВРОЖДЕНА ОБШИРНАЯ ЛІМФАНГІОМА



ДИТИНА М., 8 МІС.,
ЕТАПИ ХІРУРГІЧНОГО ВТРУЧАННЯ З ВИДАЛЕННЯ ЛІМФАНГІОМИ ПРИВУШНО-ЖУВАЛЬНОЇ ДІЛЯНКИ СПРАВА (АРХІВ КАФЕДРИ)



А) ВИГЛЯД ЯЗИКА ДИТИНИ З ЛІМФАНГІОМОЮ

(Б) ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНА РАНА

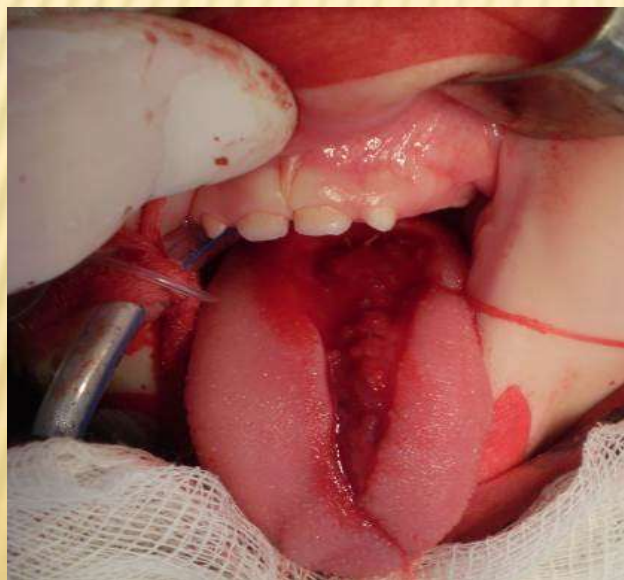
(В) МАКРОПРЕПАРАТИ КАВЕРНОЗНОЇ ЛІМФАНГІОМИ ЯЗИКА (АРХІВ КАФЕДРИ)



(А)

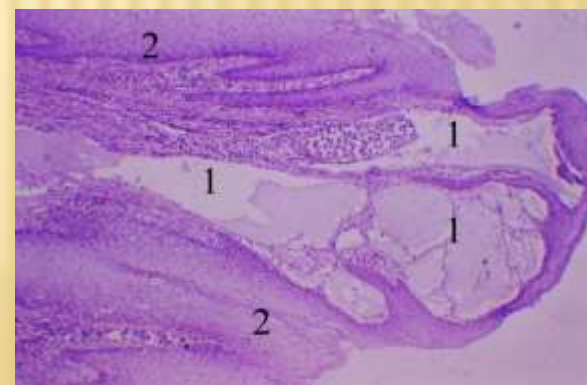


(В)

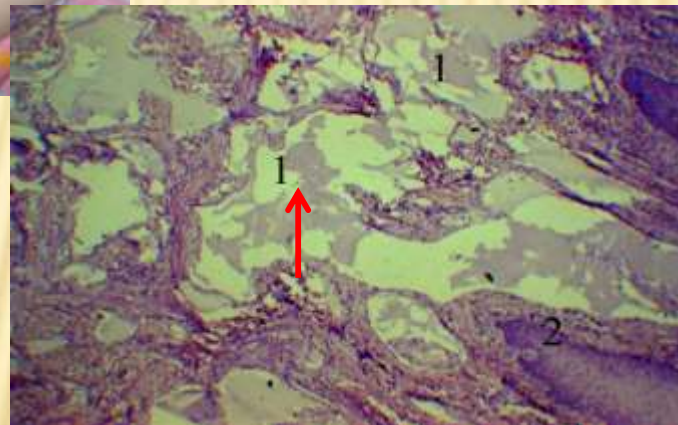


(Б)

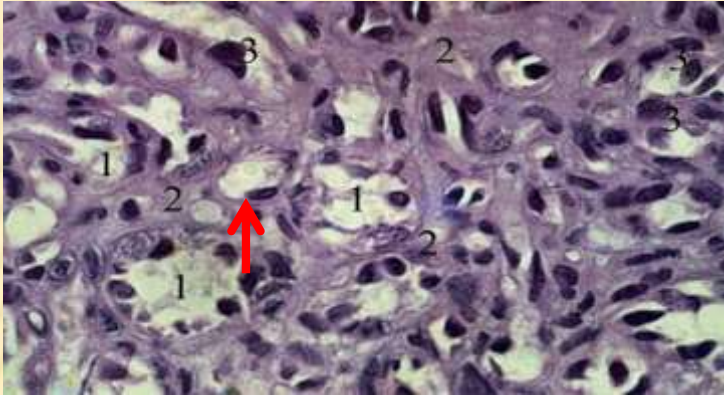
Мікроскопічна будова кавернозної лімфангіоми язика.
Забарвлення гематоксилін-еозином. Об. 3,5^x; ок.10^x. 1 – каверни, заповнені лімфою; 2 – покривний епітелій слизової оболонки язика



ЗАГАЛЬНИЙ ВИГЛЯД ДИТИНИ З КАВЕРНОЗНОЮ
ЛІМФАНГІОМОЮ ВЕРХНЬОЇ ТРЕТИНИ ШИЇ І ЩОКИ ЗЛІВА



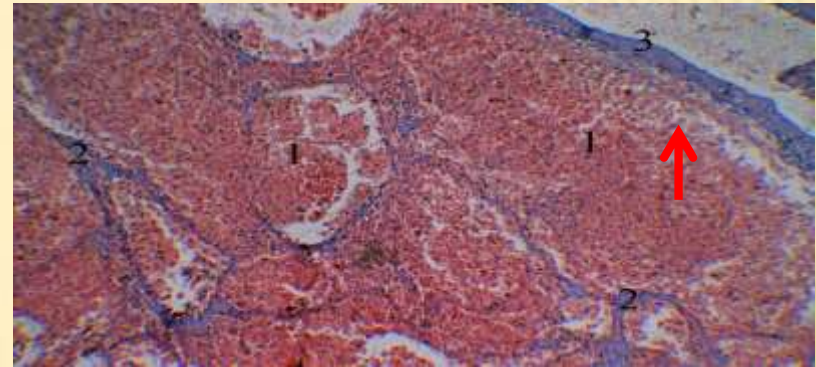
Мікроскопічна будова кавернозної лімфангіоми щоки. Забарвлення гематоксилін-еозином. Об. 10^x; ок.10^x. 1 – каверни, заповнені лімфою; 2 – покривний епітелій



Мікроскопічна будова капілярної гемангіоми.

Забарвлення гематоксилін-еозином. Об. 20^x, ок. 10^x.

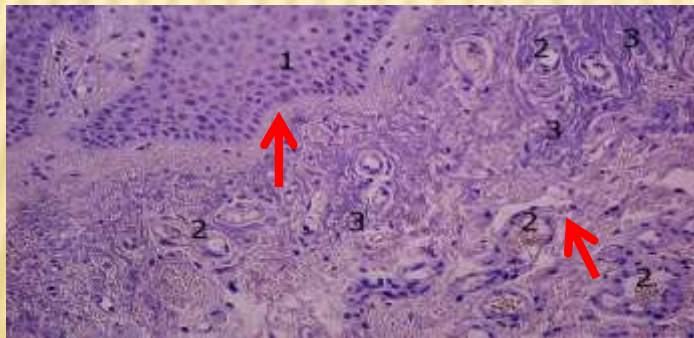
- 1 – просвіт судин капілярного типу;
- 2 – сполучнотканинні прошарки;
- 3 – ендотеліоцити в стані мітози.



Мікроскопічна будова кавернозної гемангіоми.

Забарвлення гематоксилін-еозином. Об. 6,3^x, ок. 10^x.

- 1 – порожнини, заповнені форменими елементами крові;
- 2 – сполучнотканинні перетинки;
- 3 – капсула.



Мікроскопічна будова гемангіоми після проведеної склерозуючої терапії.

Забарвлення гематоксилін-еозином. Об. 20^x; ок. 7^x.

- 1 – покривний епітелій;
- 2 – кровоносні мікросудини капілярного типу;
- 3 – прошарки грубоволокнистої сполучної тканини

ЛІКУВАННЯ ЛІМФАНГІОМ

- ✖ Основний метод лікування лімфангіом обличчя, порожнини рота і шиї в дитячому віці - хірургічний.
- ✖ Радикальне лікування можливе лише при обмеженій кістозній лімфангіомі обличчя і шиї і обмеженою лімфангіома язика.
- ✖ При великих дифузних лимфангиомах м'яких тканин обличчя, шиї і язика операції багатоетапні і нерадикальні.
- ✖ При дифузійній лімфангіомі язика радикальне видалення її неможливе і лікування зводиться до часткового подовжньому і клиновидному висіченню змінених тканин.

РИНОФИМА



НЕЙРОФІБРОМАТОЗ (ХВОРОБА РЕКЛІНГХАУЗЕНА)

- ✗ Важке системне вроджене захворювання.
- ✗ Тип успадкування - аутосомно - домінантний.
- ✗ Хар-ся: розвитком в підшкірній жировій клітковині множинних нейрофібром, гемангіом і лімфангіом; нерідко виникають також невриноми черепних і спинномозкових нервів.
- ✗ Поєднується з розлади ендокринної, вегетативної системи, розвитку ЦНС, гліоми.
- ✗ Хворі, нерідко розумово чи фізично неповноцінні.
- ✗ Відносять до спадкових захворювань, описані родоводи сімей хворих.
- ✗ Етіологія - недостатньо з'ясована.
- ✗ Найбільш визнана теорія - неправильного ембріонального формування зародкових листків екто - і мезодерми.



СТЕОБЛАСТОКЛАСТОМА

- ✗ Добраякісна пухлина остеогенного походження.
- ✗ Зустрічається в 25% випадків пухлин у дітей.
- ✗ Розвивається у вигляді одиночних локалізованих осередків і вражає одну щелепу.
- ✗ Залежно від локалізації вони поділяються на:
 - ✗ центральні (внутрішньокісткові)
 - ✗ периферичні (гигантоклеточний епуліс) розвивається на альвеолярному відростку.
- ✗ Виділяють три основні форми:
 - ✗ ячеистую,
 - ✗ кістозна,
 - ✗ литическую.
- ✗ Макроскопічно: тканина остеобластокластоми темно - червоного кольору (бура пухлина), що пов'язано з особливостями кровообігу в пухлині - кров проходить між пухлинними елементами - утворюються серозні і кров'яні кісти, що змінює забарвлення пухлини.
- ✗ Мікроскопічно: визначаються однопідрні кісти - остеобласти, між ними розташовані багатопідрні клітини гіганти типу остеокластів. Кістковий мозок заміщується фіброзною тканиною.

РЕНТГЕНОЛОГІЧНА КАРТИНА ОСТЕОБЛАСТОКЛАСТОМИ

- ✗ *коміркова форма арактеризується наявністю безлічі дрібних і великих порожнин, відокремлених один від одного кістковими перегородками.*
- ✗ *Зростання пухлини йде в переважно в горизонтальному напрямку;*
- ✗ *при літичній формі вогнище ураження безструктурне, простежується дефект кістки або ж кістка зруйнована по всьому поперечнику, має нерівні контури;*
- ✗ *при кістозної формі мало чим відрізняється від одонтогенних кісти.*
- ✗ *Основним характерним діагностичним тестом є макро - і мікроскопічна структура пухлини.*
- ✗ *Лікування - хірургічне (вишкрібання), променева неефективна.*



**КЛІНІЧНИЙ ПРИКЛАД
ДИТИНА М., 15 РОКІВ.**



ОРТОПАНТОМОГРАМА

3D РЕНТГЕНОГРАМА



ЕТАПИ ХІРУРГІЧНОГО ВИДАЛЕННЯ ОСТЕОБЛАСТОКЛАСТОМИ



ФІБРОЗНА ДИСПЛАЗІЯ (ХВОРОБА БРАЙЦЕВА - ЛІХТЕНШТЕЙНА)

- ✖ Є вродженою вадою розвитку кісткової тканини.
- ✖ Процес остеогенезу може бути порушений на хрящовій, фіброзній або остеодній стадії, чим і пояснюється різноманіття клінічних, морфологічних і рентгенологічних проявів.
- ✖ Діагностується частіше в дитячому віці і що характерно, дівчатка хворіють частіше.
- ✖ Захворювання проявляється зазвичай у віці 12 - 15 років, тобто в період інтенсивного росту лицевого скелета, активізації ендокринної діяльності (пубертатний стрибок).
- ✖ Фіброзна дисплазія може вражати одну (моноосальна форма) або кілька кісток скелета (поліосальна форма).
- ✖ різновиди фіброзної дисплазії:
 - + херувізм,
 - + синдром Олбрайта,
 - + кісткова львиність обличчя.
- ✖ За характером змін кісткової тканини виділяють 2 форми:
- ✖ Осередкову (змінений ділянку чітко відмежований від здорової тканини).
- ✖ Дифузну (межі поразки чітко не визначаються).
- ✖ Залежить від локалізації і ступеня поширення процесу. Спостерігаються ниючі болі, малої інтенсивності.
- ✖ Провідним симптомом є потовщення щелепної кістки за рахунок розростання волокнистих структур і кісткових утворень.
- ✖ В / щ - вторинні деформації - утруднене носове дихання, порушення нюху, диплопія, хронічні процеси).
- ✖ Лікування - хірургічне.
- ✖ Променева терапія - недієва.
- ✖ Прогноз сприятливий.

ДИСПАНСЕРИЗАЦІЯ

- ✗ Частота оглядів залежить від характеру і ступеня поширеності і обсягу оперативного втручання.
- ✗ Що стосується термінів проведення кісткової пластики, то слід розрізняти:
 - ✗ первинну або одномоментну - проводять відразу після видалення новоутворення,
 - ✗ отсроченную - через 1 рік
 - ✗ вторинну або повторну - після безуспішної первинної або відстроченої пластики.
- ✗ Особливу увагу звертають на передопераційну підготовку (санація, вузькі фахівці і т.д.).
- ✗ Після проведення реконструктивно - відновних операцій дітям необхідно проводити певний комплекс заходів:
 - ✗ 1. Профілактичні заходи (мікроорганізми).
 - ✗ 2. Спостереження за раневим процесом.
 - ✗ 3. Клініко - рентгенологічний контроль за регенерацією кісткових структур.
 - ✗ 4. Ортодонтичне лікування і протезування.
 - ✗ 5. Диспансерне спостереження і ортодонтичне лікування до завершення росту кісткового остова особи.

ПРОФІЛАКТИКА

- ✗ Що стосується питання профілактики новоутворень, то вона вкрай складна з огляду на те, що більшість утворень мають ембріональне походження (дисембріогенетичні).
- ✗ У дітей практично не простежуються передпухлинні процеси. Тому профілактичні заходи зводяться до:
- ✗ I. Виявлення сімейної схильності (нейрофіброматоз, фіброзна дисплазія, гемангіоми і т.д.).
- ✗ II. антенатальна охорона плода (усунення шкідливих впливів на плід, хімічних, фізичних, радіаційних чинників).
- ✗ III. раннє виявлення і видалення доброякісних пухлин (кісти шиї, дермоїди, епідермоїди, судинні пухлини).

A close-up photograph of a forest floor. The ground is covered with dry, brown, and greyish leaves of various shapes and sizes. Interspersed among the leaves are numerous small, bright blue snowdrops. Some flowers are in full bloom, showing six petals, while others are still in bud form. Green, blade-like leaves of the snowdrops are visible, some growing upright and others lying flat. The lighting is natural, suggesting an outdoor setting. The text "ДЯКУЮ ЗА УВАГУ!" is superimposed in the center of the image.

ДЯКУЮ ЗА УВАГУ!