

ПОЛТАВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА ДИТЯЧОЇ ХІРУРГІЧНОЇ СТОМАТОЛОГІЇ

**ЗЛОЯКІСНІ ПУХЛИНИ М'ЯКИХ ТКАНИН ТА КІСТОК ОБЛИЧЧЯ У
ДІТЕЙ. ДІАГНОСТИКА, ДИФЕРЕНЦІЙНА ДІАГНОСТИКА,
ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ, ПРИНЦИПИ ЛІКУВАННЯ.**

ЛЕКТОР: ПРОФЕСОР
ТКАЧЕНКО ПАВЛО ІВАНОВИЧ
0664603303, 687843636 (VIBER)

ПЛАН ЛЕКЦІЙ

1. Частота злоякісних процесів ЩЛД у дітей.
2. Фази канцерогенезу
3. Ознаки доброякісного і злоякісного процесу.
4. Методи діагностики пухлин ЩЛД.
5. Структура злоякісної патології ЩЛД у дітей.
6. Клініко-морфологічні особливості злоякісних пухлин ЩЛД у дітей. Принципи лікування.
7. Основні принципи реабілітації дітей з онкологічною патологією.
8. Стадії формування кісткового регенерату.
9. Клінічний випадок.

СТАТИСТИКА

- ✗ У Полтавській області новоутворення ЧЛО складають 2,3% від загальної кількості вперше діагностованих злоякісних утворень.
- ✗ При цьому найчастіше спостерігається:
 - ✗ - рак нижньої губи - 14,7%;
 - ✗ - злоякісні пухлини слизової оболонки порожнини рота - 29,9%;
 - ✗ - рак мови - 15,8%;
 - ✗ слинних залоз - 13,3%.
- ✗ За даними Полтавського ООД кількість випадків з III і IV стадіями злоякісного процесу в тканинах ЩЛД - 41,6%. З них:
 - ✗ - злоякісні пухлини СОПР - 54%;
 - ✗ - рак мови - 28%;
 - ✗ - рак нижньої губи - 10%;
 - ✗ великих слинних залоз - 8%.
- ✗ Причини пізнього діагностування:
 - ✗ стертість клінічних проявів в початкових стадіях,
 - ✗ недостатня інформативність медпрацівників,
 - ✗ відсутність онкологічної настороженості.

ОНКОЛОГІЧНА НАСТРОГА В ДИТЯЧІЙ СТОМАТОЛОГІЇ

- ✗ Вивчення причин запізненого встановлення діагнозу у дітей з даною патологією показало, що проміжок часу від моменту появи перших симптомів пухлини до госпіталізації в спеціалізовані клініки неприпустимо великий і становить в середньому 3 - 4 місяці.
- ✗ Причиною тому є нездатність лікарів встановити діагноз або ж встановлюється неправильний діагноз при первинному зверненні.
- ✗ Тому дитячий стоматолог повинен знати, що всякий атиповий виявляється синдром, прогресування симптомів, неефективність проведеної терапії служать вагомою підставою для того, щоб запідозрити наявність пухлини!

КАНЦЕРОГЕНЕЗ

ФАЗИ КАНЦЕРОГЕНЕЗУ

1. Фаза пригнічення - під впливом канцерогену відбувається пригнічення функції морфологічних процесів в органі - процес зворотній.
2. Фаза посилення проліферативних процесів - відбувається збільшення кількості клітинних елементів паренхіми і строми органів (гіперплазія) - процес зворотній, але більш тяжкий.
3. Фаза вогнищевих проліфератів і незлоякісних пухлин (поліпи, папіломи, аденоми) організм вичерпав захисні функції, а сам процес стає незворотним.
4. Фаза виникнення злоякісної пухлини.

ОЗНАКИ ДОБРОЯКІСНОГО И ЗЛОЯКІСНОГО РОСТУ

доброякісний ріст

1. Наявність в матеріалі типових клітин (макс. ст. схожості структури пухлини з нормальної тканиною).
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. Утворюються виразки
6. Метастазують.
7. Рецидивує.
8. Загальне самопочуття порушується.
9. Чутливість в тій чи іншій мірі до променевого впливу

МЕТОДИ ДІАГНОСТИКИ ПУХЛИН

1. ЦИТОЛОГІЧНА ДІАГНОСТИКА - метод мікроскопічного дослідження клітин з осередку ураження.

Зіскрібки і мазки - відбитки

Ексfolіатівная - елементи пухлини беруться разом з вмістом, в якому вони знаходяться (слина, мокротиння, виділення Свищева ходів) центрифугують і потім робляться мазки.

аспіраційна біопсія.

Пункційні матеріал є інформативним джерелом, що дозволяє більш точно розпізнати характер патологічного процесу. Але діагноз по цитологічній картині не є остаточним.

Характер ексудату:

прості кісти - прозоре, жовтуватого кольору вміст,

ракові «ексудати» - кров'янистое вміст,

при саркомах - аспирируется чиста кров.

Експрессдіагностика - мазки виготовляються під час операції.

ПАТОМОРФОЛОГІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ

- БІОПСІЯ - мікроскопічне дослідження прижиттєво отриманого тканинного або клітинного матеріалу для діагностики.
- Спосіб, що дозволяє провести патогістологічне дослідження для встановлення остаточної структури пухлини.
- Для діагностики доброякісних пухлин ЩЛД застосовують:
 - Пункційну - матеріал забирають пункційної голкою;
 - Інцизійну - висічення одного шматочків пухлини і прилеглих тканини;
- Ексцизійна - хірургічне видалення всього патологічного вогнища в межах здорових тканин;
- Останнім часом став широко вивчатися ферментативний спектр структур організму, органи клітинних структур з визначенням кореляцій з ознаками злоякісності.

ЛАБОРАТОРНА ДІАГНОСТИКА

- ✗ На даному етапі розвитку медицини існують 2 основні тенденції:
- ✗ 1. Знайти універсальну реакцію, що дозволяє розпізнати пухлину будь-якої локалізації.
- ✗ 2. Знайти специфічні реакції, характерні для конкретного виду пухлини.
- ✗ На сучасному етапі розвитку онкології є дані, що свідчать про загальні і спеціальні біологічні особливості злоякісного росту.
- ✗ Крім того, сама пухлина здатна виділяти ряд речовин, що призводять до різних змін в організмі - паранеопластический синдром.
- ✗ На жаль, поки немає жодної лабораторної реакції, що дозволяє поставити діагноз злоякісного росту в початковій клінічній стадії.
- ✗ .

РЕНТГЕНОЛОГІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ

- ✗ Інформативність R-дослідження визначається правильним вибором рентгенологічної укладання.
- ✗ 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.
- ✗ Перевага 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.

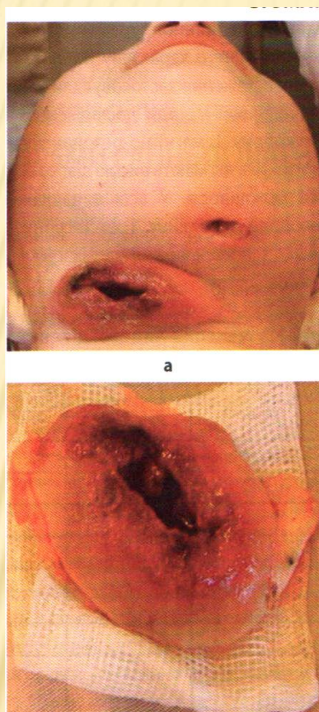
СТРУКТУРА ЗЛОЯКІСНИХ НОВОУТВОРЕНЬ ЩЕЛЕПНО - ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ У ДІТЕЙ ЗАЛЕЖНО ВІД ВІКУ

Нозологічна форма	Кількість випадків	Вікові групи				
		грудний	ясельний	дошкільний	молодший шкільний	старший шкільний
		(1 міс. -1 рік)	(1-3 роки)	(3-7 років)	(7-12 років)	(12-15 років)
Лімфогранулематоз	5	-	-	1	-	4
Злоякісний гістіоцитоз	2	-	-	2	-	-
Саркома Юінга нижньої щелепи	2	-	2	-	-	-
Рабдоміосаркома параменінгеальної локалізації	2	-	-	-	1	1
Лімфобластома	2	-	-	-	2	-
Аденокарцинома піднижньо - щелепної слинної залози	1	-	-	-	1	-
Метастатичне ураження						
а) лицевого скелету	1	-	-	1	-	-
б) лімфатичних вузлів	3	-	-	-	1	2
Усього	18	-	2	4	5	7

ОСОБЛИВОСТІ ЗЛОЯКІСНИХ ПУХЛИН М'ЯКИХ ТКАНИН ЩД У ДІТЕЙ

- ✗ Зустрічаються вкрай рідко і мають переважно сполучно-тканинну природу.
- ✗ Рак порожнини рота є рідкістю.
- ✗ Іноді зустрічається саркома язика у вигляді проміжної або вузлуватої пухлини, яка виступає над його поверхнею.
- ✗ Рідкісною знахідкою є фібросаркома, ангіосаркома, лімфангіосаркоми, рабдоміосаркома мови.
- ✗ На слизовій оболонці порожнини рота рідко розвивається і злоякісна меланома.
- ✗ Лікування - хірургічне в залежності від гістологічної структури.

ЛІМФОБЛАСТНА ЛІМФОМА ПІДНИЖНЬОЩЕЛЕПНОЇ ДІЛЯНКИ СПРАВА



в
Рис. 2. Хвора К., 10 років
(історія хвороби № 1321).
Діагноз: лімфобластна лімфома
піднижньощелепної ділянки справа:
а – зовнішній вигляд рани перед
проведенням розширеної біопсії;
б – біопсійний матеріал;
в – на рану накладено шви

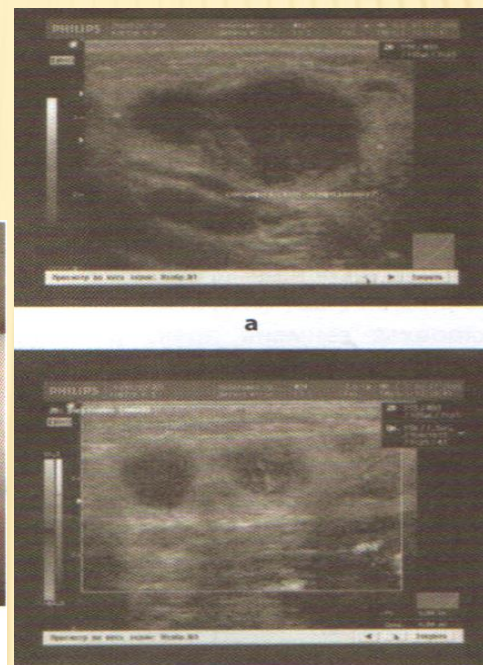
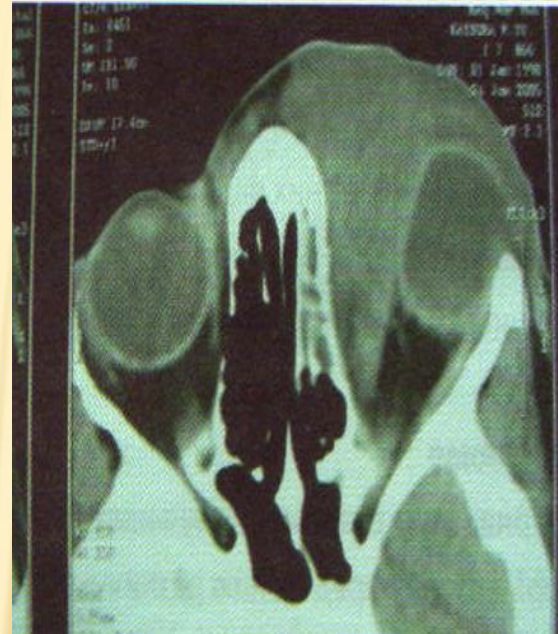


Рис. 3. Хвора К., 10 років
(історія хвороби №1321).
Діагноз: лімфобластна лімфома
піднижньощелепної ділянки справа:
а – ультразвукове зображення
тканин верхньої третини бокової
ділянки шії справа: визначаються
два порожнинні утвори неоднорідної
структури з чіткими контурами,
полігональної форми, розміром
4,5х2,5 і 2,5х0,8 см;
б – ультразвукове зображення тканин
верхньої третини бокової ділянки шії
зліва: визначаються два порожнинні
утвори неоднорідної структури,
округлої форми, розміром 2,5х2,5 і
2,5х2,5 см

ЗЛОЯКІСНА СЕРЕДИННА ГРАНУЛЬОМА ОБЛИЧЧЯ

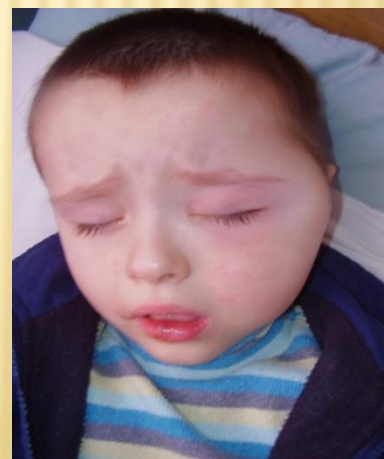
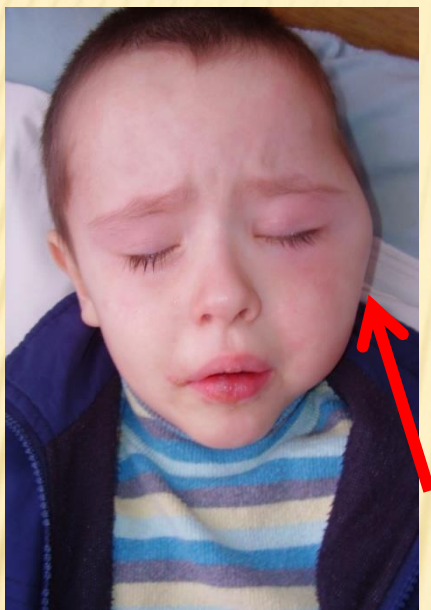
Хвора К., 6 років.

✕ Томограмма



ХВОРИЙ К. 7 РОКІВ.

ДІАГНОЗ: РАБДОМІОСАРКОМА ПАРАМЕНІНГІАЛЬНОЇ ЛОКАЛІЗАЦІЇ З ПРОРОСТАННЯМ В М'ЯКІ ТКАНИНИ
ЛІВОЇ ПОЛОВИНИ ОБЛИЧЧЯ



САРКОМА ЮІНГА

- ✗ Первинна злоякісна пухлина неясного гістогенезу, характеризується:
 - + швидким ростом
 - + раннім метастазуванням
 - + високою чутливістю до протипухлинного лікування.

- ✗ Диссеминація пухлини відбувається протягом першого року захворювання, приводячи до смерті через 1,5 - 2 роки.

- ✗ Біологічна особливість - здатність давати метастази в відділи скелета.

- ✗ Діагностика: Рентгенологічні ознаки захворювання в початковій стадії мізерні.

- ✗ Виявляються дрібні вогнища деструкції, в подальшому вони стають великими, проте, такі зміни не є типовими. Тому встановити правильний діагноз дозволяє морфологічне дослідження біопсійного матеріалу.

КЛІНІКА САРКОМИ ЮІНГА

- ✗ Перші прояв - тупий, ниючий біль в місці ураження, поступово наростаючий і посилюється вночі.
- ✗ Відзначається нездужання, підвищення t тіла до $39 - 40^{\circ}\text{C}$, лейкоцитоз, ШОЕ, анемія.
- ✗ По мірі зростання пухлини з'являється припухлість, місцева гіперемія шкіри та слизової оболонки, біль в зубах, тобто на візуально в наявності є всі ознаки запального процесу.
- ✗ Через 1 - 2 тижні запальні явища стихають, нормалізується t тіла, зникають болі.
- ✗ Ремісія і рецидиви чергуються кілька разів з прогресуванням процесу.
- ✗ Досить швидко уражаються метастазами інші кістки (хребет, череп, ребра).
- ✗ Лікування - променева, хіміотерапія (вінкристин, циклофосфан згідно протоколу).

ОСТЕОСАРКОМА

- ✗ Виникає в щелепних костях в 6% випадків.
- ✗ Розрізняють два види остеогенних саркоми:
- ✗ **швидко розвивається** - починається гостро і метастази визначаються одночасно з діагностуванням самої пухлини.
- ✗ **повільно зростаючі** - клінічні прояви слабо виражені.
- ✗ Рентгенологічно виділяють три форми:
- ✗ Остеолітичного - вогнище деструкції кісткової тканини з нечіткими і нерівними краями. Пухлина відшаровує окістя, утворюючи симптом "козирка", має місце резорбція коренів зубів і розширення періодонтальної щілини;
- ✗ Остеопластичні - переважають ділянки безструктурного ущільнення кістки, які іноді виходять в м'які тканини;
- ✗ Змішана - ділянки деструкції і ущільнення чергуються.

КЛІНІЧНА КАРТИНА ОСТЕОСАРКОМИ

- ✗ Болі в інтактних зубах, розхитування або свербіж настирного характеру в області ясеневого краю.
- ✗ Порушується чутливість в точках виходу трійчастого нерва (парестезія).
- ✗ На місці розвитку пухлини з'являється припухлість болюча при пальпації.
- ✗ При пухлинах великих розмірів виникає набряклість м'яких тканин, розширюються шкірні і підслизові вени.
- ✗ Загальний стан в пізні терміни підвищується температура тіла, ШОЕ, лейкоцитоз, прогресуюча анемія.
- ✗ Лікування комплексне: в передопераційному періоді проводять променеву і хіміотерапію, потім оперативне втручання і продовжують поліхіміотерапію.
- ✗ Хірургічне лікування полягає в резекції ураженої ділянки кістки.

ОСНОВНІ ПРИНЦИПИ ЛІКУВАННЯ. РЕАБІЛІТАЦІЯ.

×

×

Лікування злоякісних пухлин комплексне - оперативне з поліхіміотерапією.

×

залежно від

×

характеру пухлини,

×

гістологічної будови,

×

розміру, метастазів

×

Видаляють в межах здорових тканин.

×

Можливі одномоментні пластичних операцій.

×

Після видалення злоякісної пухлини кістки первинну кісткову пластику зазвичай не проводять.

×

Видалення лімфатичного апарату обмежена так як у дітей переважають мезенхімальні саркоми, здатні до бурхливого віддаленому метастазування.

×

Завдання реабілітації:

×

1. Виявити тривале зростання пухлини або рецидив.

×

2. Виявити віддалені метастази.

×

3. Провести ортодонтичне лікування або протезування.

×

4. Усунути післяопераційний дефект.

ДИСПАНСЕРИЗАЦІЯ

- ✗ Частота оглядів залежить від ступеня поширеності освіти і обсягу операції.
- ✗ Кісткова пластика:
 - ✗ первинна - відразу після видалення,
 - ✗ відстроченну - через 1 рік.
 - ✗ Вторинну (повторну) - після безуспішної первинної або відстроченої пластики.
- ✗ Після проведення реконструктивно-відновлювальних операцій дітям необхідно проводити певний комплекс заходів:
 - ✗ 1. Профілактичні заходи
 - ✗ 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 кісток обличчя

СТАДІІ ФОРМУВАННЯ КІСТКОВОГО РЕГЕНЕРАТУ

- ✗ регенерація триває 3 - 4 роки (V стадій).
- ✗ I стад. - 50 - 60 д. Після пластики на рент-ме щільне спаяние сприймає кісткового ложе з трансплантатом, який зберігає свою форму. По краях незначний остеопороз (нерівність країв).
- ✗ II стад. - 6 міс. в області прилягання трансплантата до кістковому ложі з'являється ділянку кістки ідентичний кісткової тканини хворого.
- ✗ III стад. - 12 міс. щільність трансплантата збільшується, але він залишається фрагментованим. По краях кортикальна замикальних платівка.
- ✗ IV стад. - 18 міс. простежується кортикальна пластинка, переважають ділянки безструктурної новоствореної кістки.
- ✗ V стад. - понад 1,5 років структура трансплантата близька до кістки хворого.

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК НЕЙРОБЛАСТОМИ

- ✗ Дитина М. народилася 3 серпня.2018 і через три дні після народження переведена до ВАІТ ДМКЛ м.Полтави з діагнозом:
- ✗ ОБ'ЄМНЕ УТВОРЕННЯ В ДІЛЯНЦІ БОКОВОЇ ПОВЕРХНІ ШИЇ, ПРИВУШНО-ЖУВАЛЬНОЇ ДІЛЯНКИ ПРАВОРУЧ.
- ✗ В ході обстеження дитини було встановлено супутні діагнози:
 - гіпоксично-ішемічне ураження ЦНС,
 - псевдобульбарний синдром,
 - вторинна кардіоміопатія,
 - пієлоектазія правої нирки,
 - аспіраційна пневмонія.
- ✗ З анамнезу: Дитина від II вагітності, гестаційний період 39 тижнів. Пологи шляхом Кесарського розтину внаслідок наявності пухлини у плоду, яка була діагностована за даними УЗД, але на жаль на пізньому етапі вагітності.
- ✗ Після народження, дитина відразу переведена на штучну вентиляцію легень.
- ✗ Загальний стан дитини тяжкий, зумовлений дихальною недостатністю і бульбарними розладами.

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК НЕЙРОБЛАСТОМИ

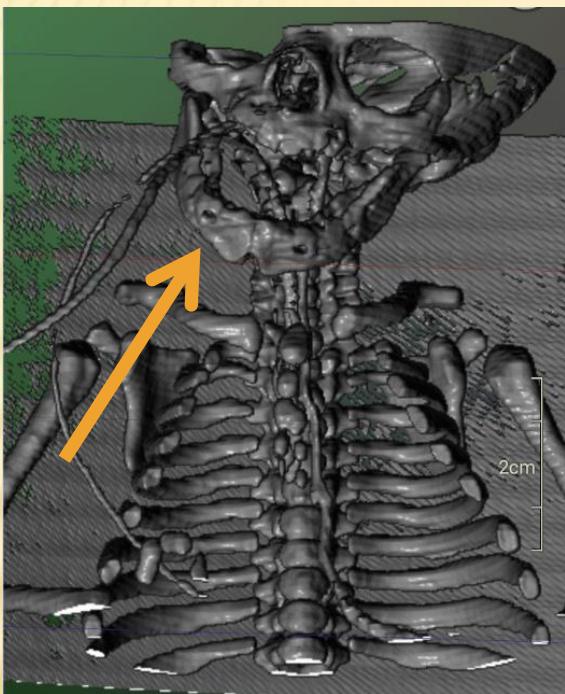
- ✗ Розширений консилиум рекомендовано провести обстеження КТ голови та шиї.
- ✗ На зрізах КТ визначалося наявність об'ємного утворення шиї з правого боку з поширенням на рото- та носоглотку і в напрямку основи черепа.
- ✗ Повторний консилиум, не виключив вірогідність наявності злоякісного утворення.
- ✗ Для подальшого дообстеження та лікування, дитину транспортовано до Національної дитячої спеціалізованої лікарні ОХМАДИТ, де повторно МРТ голови та шиї і також виявило солідне утворення шиї з правого боку, яке через місяць, порівняно з попереднім дослідженням, збільшилось в об'ємі на 40 відсотків.
- ✗ Реакції регіонарних лімфатичних вузлів не виявлено, ознак синхронного ураження легень та кісток тулуба не встановлено.
- ✗ Рекомендовано віддиференціювати тератому, нейрофіброму, нейробластому, лімфопроліферативний процес, рабдоміосаркому.

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК НЕЙРОБЛАСТОМИ

- ✗ З метою верифікації проведена біопсія для гістологічної верифікації пухлини.
- ✗ Результат пункційної біопсії: НЕЙРОБЛАСТОМА ШИЇ СПРАВА.
- ✗ Молекулярне-генетичне дослідження методом імунофенотипування виявило популяцію клітин низької гранулярності з фенотипом CD45+/CD34+, які за параметрами FSC/SSC займають положення лімфобластів, що може відповідати лейкемізації лімфоми.
- ✗ Імуногістохімічне дослідження біоптату відповідає нейробластомі, згідно міжнародному протоколу класифікації онкологічних захворювань.
- ✗ Поглиблене імуногістохімічне дослідження підтвердило морфологічну картину та дані ІГХ і встановило, що всі характеристики відповідають ГАНГЛІОНЕЙРОБЛАСТОМІ.
- ✗ Згідно з заключенням Національної дитячої спеціалізованої лікарні ОХМАДИТ дитині показана поліхіміотерапія до складу якої входить (вінкристин, доксорубіцин, циклофосфамід).

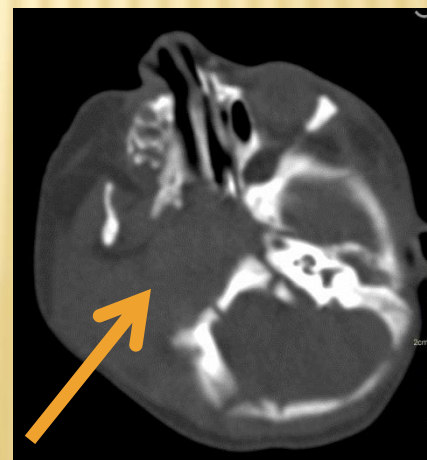
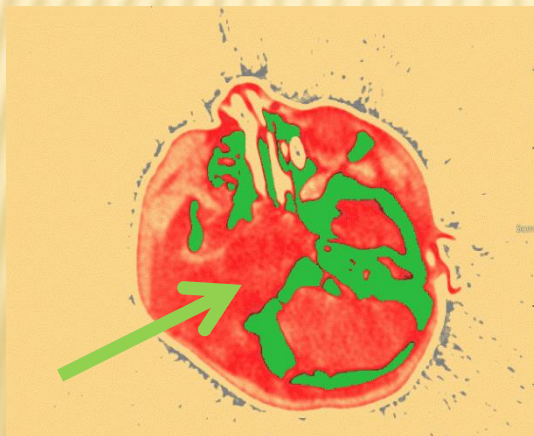
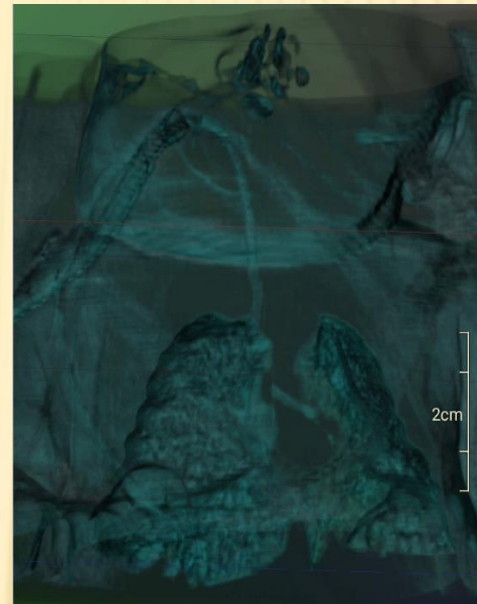
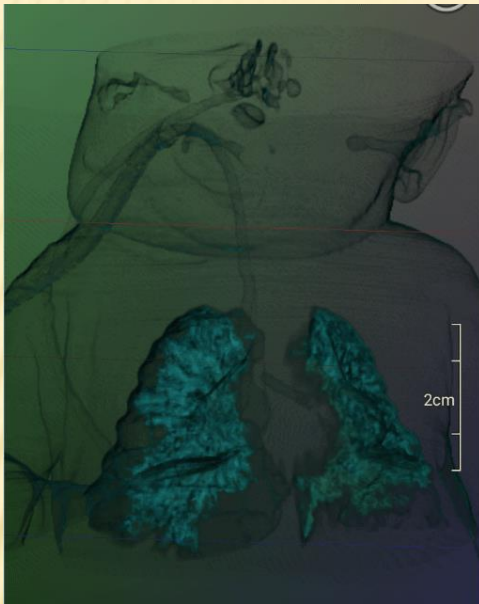
ВИГЛЯД ДИТИНИ З НЕЙРОБЛАСТОМОЮ – 3 ДНІ ВІД НАРОДЖЕННЯ





Дитина М.
Діагноз: Нейробластома шиї з правого боку

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ГОЛОВИ, ШИЇ ТА ЛЕГЕНЬ



ПРОВЕДЕННЯ ПОЛІХІМІОТЕРАПІЇ





ДЯКУЮ ЗА УВАГУ!