DOI: 10.17117/na.2015.12.02.314

Поступила (Received): 23.12.2015

<http://ucom.ru/doc/na.2015.12.02.314.pdf>

Абакарова З.М. Остеогенные опухоли челюстей у детей

Abakarova Z.M.
Osteogenic tumors of the jaws in children

В статье рассматриваются особенности, общие принципы диагностики и лечения опухолей и опухолеподобных образований лица, органов полости рта, челюстей и шеи у детей, вопрос о причинности возникновения опухолей челюстей, связь опухолевого процесса с одномоментной или хронической травмой

Ключевые слова: опухоли челюстных костей, злокачественные и доброкачественные опухоли, иммунологические нарушения, наследственность

The article is dedicated to the features, general principles of diagnosis and treatment of tumors and tumor-like formations of the face, oral cavity, jaws and neck in children, the question of the causation of tumors of the jaws, the relationship of the tumor process with simultaneous or chronic injury

Key words: tumors of the jaw bones, malignant and benign tumors, immune disorders, heredity

Абакарова Зарина Магомедсаламовна

Ассистент

Дагестанская государственная медицинская академия

Дагестан, г. Махачкала, пл. Ленина, 1

Abakarova Zarina Magomedsalamovna

Assistant

Dagestan state medical academy

Dagestan, Makhachkala, Lenin Square, 1

В последнее время внимание стоматологов привлекает проблема опухолей у детей. Опухоли и опухолеподобные образования лица, органов полости рта, челюстей и шеи довольно частое заболевание у детей. Они встречаются значительно чаще, чем принято считать. По данным некоторых авторов (Е. Ю. Симановская, Л. Н. Македонская, Г. Г. Краснощекова), опухоли челюстно-лицевой области у детей встречаются у 12,4–21,7% онкологических больных. Преобладают опухоли мягких тканей лица, органов полости рта и шеи (60%). Несколько реже наблюдаются опухоли лицевых костей (40%). Опухолями у детей поражаются преимущественно органы соединительнотканного строения, в то время как эпителиальные новообразования наблюдаются более редко.

Опухоль – это патологический процесс, характеризующийся автономным и бесконтрольным ростом малодифференцированных, атипичных клеток различной тканевой принадлежности.

По этиологии новообразования челюстно-лицевой области многофакторны и относятся к недостаточно изученному разделу детской челюстно-лицевой онкологии, хотя опухоли и опухолеподобные образования лица, органов полости рта, челюстей встречаются у детей довольно часто.

«Пусковым механизмом» опухолевого процесса являются нарушения внутриклеточного обмена веществ и процесса клеткообразования. Это происходит вследствие многочисленных экзогенных и эндогенных факторов (стресс, травма, химическое или лучевое воздействия, хронические воспалительные заболевания, вирусы, неблагоприятная экологическая обстановка и т.д.). Поэтому опухолевидные заболевания считаются полиэтиологичными, хотя перечисленные причины влияют на клеткообразовательный процесс опосредованно, через воздействие на нервную и эндокринную системы.

Нарушения в клетках связаны с изменением ДНК, это приводит к расстройству синтеза информационной РНК и приобретению РНК-матрицей свойства авторепродукции.

Нарушение митотического деления клеток приводит к появлению атипичных клеток. В зависимости от тканевой принадлежности атипичные клетки могут быть производными от слизистой, мышечной, жировой, сосудистой, костной, хрящевой тканей и кожи. Контроль ЦНС за процессом клеткообразования на атипичные клетки не распространяется, они становятся малодифференцированными. В дальнейшем эти клетки развиваются самостоятельно, поэтому опухоль имеет автономный рост. Опухоль паразитирует на физиологической трофике организма, рост опухолевой ткани обеспечивается энергией продуктов метаболизма и в этой связи опухоль определяется как патологический процесс.

Опухоли у детей отличаются выраженными особенностями происхождения, клинического проявления и патоморфологической структуры.

У детей, как и у взрослых, опухоли делятся на доброкачественные и злокачественные.

Доброкачественные опухоли чаще всего имеют капсулу, после радикального удаления не дают метастазов и рецидивов. В клиническом проявлении они могут расти агрессивно и быстро. Этот клинический признак может быть ошибочно оценен как злокачественный рост. Быстрота роста опухолей у детей может приводить к значительному распространению, в том числе и на жизненно важные области, что угрожает жизни больного.

Злокачественные опухоли характеризуются выраженным автономным ростом, утратой способности к формированию морфологически зрелых тканевых структур, инфильтративным ростом и метастазированием по кровеносной и лимфатической системам. При злокачественных опухолях наблюдаются иммунологические, гормональные и другие нарушения, угрожающие жизни ребенка.

В группе больных с новообразованиями ЧЛО дети составляют 25,5 %. У 95 % из них выявляются доброкачественные опухоли и у 5 % – злокачественные. У детей преобладают мезенхимальные новообразования и почти не встречаются эпителиальные. Чаще всего наблюдаются соединительнотканые доброкачественные опухоли мягких тканей лица (сосудистые образования), второе место по частоте обнаружения занимают новообразования костей лица. Среди новообразований тканей и органов рта наблюдается обратная картина: преобладают новообразования эпителиальные (из покровного и зубообразовательного

эпителиа и эпителиа слюнных желез), реже – соединительнотканнные (из кровеносных сосудов), крайне редко нейрогенные опухоли.

Опухоли и опухолеподобные образования челюстных костей чаще выявляются у детей 7–12 и 12–16 лет и очень редко до 1 года.

В 7–12-летнем возрасте учащение новообразований объясняется периодом наиболее активного роста костей лица, а в 12–16 лет – повышенной эндокринной деятельностью (интенсивный рост организма, половое созревание). Частота выявления отдельных видов опухолей также зависит от возраста ребенка.

Имеется гормональная зависимость некоторых видов опухолей и диспластических процессов. У мальчиков чаще встречаются лимфангиомы, ангиофибромы, злокачественные опухоли лимфатического аппарата, у девочек – гемангиомы, тератомы, папилломы слизистой оболочки рта, синдром Олбрайта.

Одна из особенностей опухолей детского возраста – семейное предрасположение к некоторым из них: фиброматозу десен, нейро-фиброматозу, херувизму, гемангиоме. Установление у родителей такого типа наследственности облегчает своевременное распознавание этих опухолей у ребенка и помогает наметить пути их раннего лечения.

Основные трудности диагностики костных опухолей челюстей состоят в том, что на ранних стадиях их развития характерными симптомами являются увеличение объема, деформации, нарушения прикуса, отсутствие функции опускания нижней челюсти. Часто считают, что болевой симптом, доминирующий при отдельных новообразованиях, вызван заболеваниями зубов, одонтогенным гайморитом, воспалительными заболеваниями, и назначают лечение, приводящее к усилению роста опухоли (удаление зуба, противовоспалительная терапия, физиотерапия и др.).

Список используемых источников:

1. Зеленский В. А., Мухорамов Ф. С. *Детская хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия*. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. С. 125-140.
2. Топольницкий О. З., Васильев А. Ю. *Атлас по детской хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии*. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. С. 186-188.
3. Харьков Л. В., Яковенко Л. Н., Чехова И. Л. *Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия детского возраста*. М.: Книга плюс, 2005. С. 286-290.
4. Исаков Ю. Ф., Дронов А. Ф. *Детская хирургия: национальное руководство*. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. С. 184-188.
5. Персии Л. С., Елизарова В. М., Дьякова С. В. *Стоматология детского возраста*. М.: Медицина, 2003. С. 431-435.