



## СОДЕРЖАНИЕ

Авторский коллектив .....	6	Пиогенная гранулема .....	63
Предисловия .....	7	Доброкачественные новообразования лимфатических сосудов .....	63
Список сокращений и условных обозначений ...	10	Доброкачественные неврогенные опухоли и опухолеподобные поражения .....	66
<b>Раздел 1. Предраковые заболевания .....</b>	<b>11</b>	<b>Раздел 5. Доброкачественные опухоли слюнных желез .....</b>	<b>70</b>
Пигментная ксеродерма .....	11	Плеоморфная аденома .....	70
Предраковый меланоз .....	12	Другие аденомы слюнных желез (мономорфные аденомы, аденолимфома) ....	74
Бородавчатый предрак красной каймы губы (бородавчатая дискератома) .....	13	<b>Раздел 6. Кисты слюнных желез .....</b>	<b>78</b>
Ограниченный предраковый гиперкератоз ...	14	Слизистая ретенционная киста малой слюнной железы .....	78
Абразивный преканцерозный хейлит		Киста подъязычной слюнной железы .....	79
Манганотти .....	15	Кисты околоушной и поднижнечелюстной слюнных желез .....	82
Лейкоплакия и эритроплакия .....	16	<b>Раздел 7. Доброкачественные одонтогенные опухоли челюстных костей .....</b>	<b>85</b>
Красный плоский лишай .....	19	Амелобластома .....	85
<b>Раздел 2. Доброкачественные новообразования слизистой оболочки полости рта и кожи .....</b>	<b>22</b>	Амелобластическая фиброма .....	87
Папиллома (плоскоклеточная папиллома) ...	22	Одонтомы .....	90
Кожный рог (кератотическая папиллома) ...	23	Одонтогенная миксома .....	93
Доброкачественные новообразования сальных желез .....	24	Цементомы .....	94
Доброкачественные опухоли потовых желез .....	26	<b>Раздел 8. Кисты челюстных костей .....</b>	<b>98</b>
Доброкачественные опухоли волосяных фолликулов .....	27	Радикулярная киста .....	98
Невусы .....	28	Зубосодержащая (фолликулярная) киста ....	101
<b>Раздел 3. Кисты лица и шеи .....</b>	<b>31</b>	Одонтогенная (паракератозная) кератокиста .....	103
Кератиновые кисты .....	31	Ортокератозная (ортокератинизирующаяся) одонтогенная киста .....	105
Дермоидная киста .....	33	Кальцифицирующаяся одонтогенная киста .....	106
Врожденные branхиогенные кисты и свищи околоушной области .....	36	Киста носонёбного (резцового) канала .....	107
Врожденные branхиогенные боковые кисты и свищи шеи .....	38	Шаровидно-верхнечелюстная (глобуло- максиллярная) киста и носогубная (носоальвеолярная) киста преддверия полости рта (фиссуральные кисты) .....	108
Врожденные срединные кисты и свищи шеи .....	40	<b>Раздел 9. Неодонтогенные доброкачественные новообразования костей челюстно-лицевой области .....</b>	<b>112</b>
<b>Раздел 4. Доброкачественные опухоли и опухолеподобные образования мягких тканей .....</b>	<b>44</b>	Остеома .....	113
Фиброма .....	44	Остеоид-остеома .....	116
Фиброзные разрастания слизистой оболочки .....	45	Оссифицирующая фиброма (цементно- оссифицирующаяся фиброма, фиброостеома) .....	118
Фиброматозный и ангиоматозный эпулисы .....	47	Хондрома .....	120
Фиброматоз десен .....	50	Внутрикостные мальформации кровеносных сосудов челюстно-лицевой области .....	123
Гигантоклеточная репаративная гранулема (периферическая) .....	51	Гигантоклеточная репаративная гранулема (центральная) .....	125
Доброкачественные опухоли и опухолеподобные образования из жировой ткани .....	52		
Доброкачественные опухоли мышечной ткани .....	56		
Доброкачественные новообразования кровеносных сосудов .....	57		

Фиброзная дисплазия . . . . .	127	Остеонекроз костей лицевого скелета, развивающийся на фоне приема наркотических веществ (токсические фосфорные остеонекрозы костей лицевого скелета) . . . . .	184
Эозинофильная гранулема . . . . .	130	Остеонекроз челюстных костей, развившийся после перенесенной коронавирусной инфекции (COVID-19) . . . . .	186
<b>Раздел 10. Злокачественные опухоли челюстно-лицевой области</b> . . . . .	133	<b>Раздел 12. Переломы костей лицевого черепа</b> . . . . .	189
Кератоакантома . . . . .	133	Общая характеристика . . . . .	189
Болезнь Боуэна . . . . .	134	Переломы нижней челюсти . . . . .	190
Эпителиальные злокачественные опухоли слизистой оболочки и органов полости рта . . . . .	135	Переломы верхней челюсти . . . . .	192
Базальноклеточный рак (базалиома) . . . . .	138	Переломы скуловой кости и дуги . . . . .	194
Эпителиальные злокачественные опухоли нижней челюсти . . . . .	141	Переломы костей орбиты . . . . .	197
Эпителиальные злокачественные опухоли верхней челюсти . . . . .	144	Переломы костей носа . . . . .	200
Злокачественные опухоли слюнных желез . . . . .	147	Вывих нижней челюсти . . . . .	201
Саркомы челюстно-лицевой области . . . . .	150	Травматический остеомиелит челюстей . . . . .	203
Меланома . . . . .	157	<b>Раздел 13. Заболевания слюнных желез неопухоловой природы</b> . . . . .	206
<b>Раздел 11. Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области</b> . . . . .	161	Воспалительные заболевания слюнных желез . . . . .	206
Абсцессы челюстно-лицевой области . . . . .	161	Поражения слюнных желез при аутоиммунных заболеваниях (синдром Шегрена, болезнь Шегрена) . . . . .	220
Флегмоны челюстно-лицевой области . . . . .	164	Неопухоловые (опухолеподобные) эпителиальные поражения слюнных желез (болезнь Микулича) . . . . .	223
Острый одонтогенный остеомиелит . . . . .	168	Реактивно-дистрофические заболевания слюнных желез (сиаладеноз, сиалоз) . . . . .	226
Хронический одонтогенный остеомиелит челюстных костей (деструктивная форма) . . . . .	169	<b>Раздел 14. Заболевания височно-нижнечелюстного сустава</b> . . . . .	230
Хронический одонтогенный остеомиелит челюстных костей. Продуктивно-деструктивная и гиперпластическая формы (первично-хронический остеомиелит) . . . . .	173	Воспалительные заболевания (артриты) . . . . .	230
Одонтогенный верхнечелюстной синусит . . . . .	175	Невоспалительные заболевания . . . . .	232
Фурункулы и карбункулы лица . . . . .	178	Список литературы . . . . .	242
Остеорадионекроз челюстных костей . . . . .	179		
Остеонекрозы челюстей на фоне приема бисфосфонатных фармакологических препаратов (бисфосфонатный остеонекроз) . . . . .	182		

## Раздел 1

# Предраковые заболевания

Диагноз **предракового поражения (или заболевания)** выставляется на основании прижизненного патологоанатомического исследования биопсийного или операционного материала — патогистологического выявления дисплазии эпителия (слабой, умеренной или тяжелой, или по-другому: I, II, III степени) в биопсийном материале. В настоящее время вместо понятия «дисплазия» чаще применяются термины *плоскоклеточная интраэпителиальная неоплазия* (от англ. squamous intraepithelial neoplasia) и *плоскоклеточные интраэпителиальные поражения* (от англ. squamous intraepithelial lesions), также обычно трех степеней. При этом следует помнить, что плоскоклеточная интраэпителиальная неоплазия (или плоскоклеточные интраэпителиальные поражения) III степени включает не только тяжелую дисплазию, но и рак *in situ*.

В случае патологоанатомического диагноза доброкачественного или злокачественного новообразования его кодируют по периодически обновляемой Международной гистологической классификации опухолей — Международной классификации болезней в онкологии и по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10-го пересмотра (в ближайшие годы планируется внедрить ее 11-й пересмотр). Большинство злокачественных опухолей требуется также кодировать по последней действующей версии международной классификации стадий их прогрессии — системе TNM.

## ПИГМЕНТНАЯ КСЕРОДЕРМА

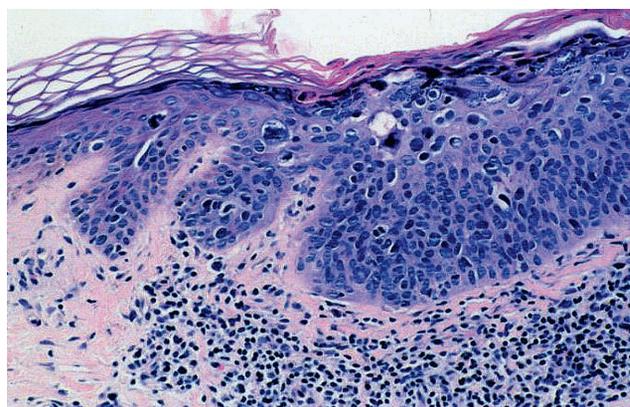
**Классификация, распространенность.** Редко встречающееся заболевание, развивается чаще у детей, подростков и в молодом возрасте. Относится к облигатным предраковым заболеваниям с высокой вероятностью озлокачествления.

**Этиология, патогенез.** Заболевание является наследственным, передается по аутосомно-рецессивному типу. Характеризуется повышенной чувствительностью к солнечной инсоляции. Вследствие солнечного ожога кожи в ней возникают пигментированные участки поражения, которые с течением

времени увеличиваются, сливаются и эрозируются. В дальнейшем на пораженных участках развивается базальноклеточный или плоскоклеточный рак.

**Патологическая анатомия.** Специфических патогистологических изменений нет. В ранних стадиях заболевания преобладают гиперкератоз, атрофия мальпигиевого слоя, увеличение числа меланоцитов и неравномерное накопление меланина в клетках базального слоя эпидермиса, субэпидермальный отек и хроническая субэпидермальная лимфомакрофагальная инфильтрация. В поздней стадии развиваются акантоз и появляются признаки клеточной атипии эпителия (**рис. 1.1**).

**Клиническая картина.** Вначале на пораженных участках кожи образуются красные пятна с нечеткими контурами, незначительный отек подлежащих тканей. По мере уменьшения воспалительных явлений сохраняются пигментированные пятна по типу «веснушек» темно-коричневого цвета. Поверхность сухая, появляется мелкое шелушение (**рис. 1.2**).



**Рис. 1.1.** Пигментная ксеродерма. Гиперкератоз, истончение базального слоя, акантоз, нарушение стратификации и участки атрофии эпидермиса с полиморфизмом и ядерным гиперхроматозом кератиноцитов (клеточная атипия), неравномерная гиперплазия меланоцитов, хронический воспалительный лимфоцитарный субэпидермальный инфильтрат. Окраска гематоксилином и эозином,  $\times 60$  (из: <https://fb.ru/article/232638/pigmentnaya-kseroderma-prichinyi-simptomyi-opisanie-i-osobennosti-lecheniya>) [HYPERLINK "https://fb.ru/article/232638/pigmentnaya-kseroderma-prichinyi-simptomyi-opisanie-i-osobennosti-lecheniya"](https://fb.ru/article/232638/pigmentnaya-kseroderma-prichinyi-simptomyi-opisanie-i-osobennosti-lecheniya) [HYPERLINK "https://fb.ru/article/232638/pigmentnaya-kseroderma-prichinyi-simptomyi-opisanie-i-osobennosti-lecheniya"](https://fb.ru/article/232638/pigmentnaya-kseroderma-prichinyi-simptomyi-opisanie-i-osobennosti-lecheniya))



**Рис. 1.2.** Внешний вид пациентки с пигментной ксеродермой: а — поражение кожи лица; б — поражение кожи рук

В последующем кожа подвергается атрофии, формируются рубцы, зачастую спаянные с подлежащими тканями. В области рубцов формируются язвы неправильной формы с атрофическими краями, покрытые желтыми сухими корками, на неинфильтрированном основании.

**Диагностика.** На основании результатов патогистологического исследования. Цитологическое исследование в ряде случаев неинформативно.

**Дифференциальная диагностика.** Проводят с другими фотодинамическими заболеваниями, а также с системной красной волчанкой.

При системной красной волчанке поражается не только кожа, но и красная кайма губ, часто — слизистая оболочка полости рта. В отличие от пигментной ксеродермы для красной волчанки характерна триада признаков: эритема, гиперкератоз и атрофия.

**Лечение.** Основным методом является хирургическое иссечение в пределах здоровых тканей. Возможна криодеструкция после биопсии пораженных участков.

При невозможности радикального хирургического лечения или при наличии признаков озлокачествления — близкофокусная лучевая терапия.

**Прогноз.** Неблагоприятный. При отсутствии лечения до 20-летнего возраста развивается озлокачествление.

## ПРЕДРАКОВЫЙ МЕЛАНОЗ

**Классификация, распространенность.** Относится к группе меланоцитарных поражений, являясь облигатным предопухолевым заболеванием для

злокачественной опухоли — меланомы. Синонимы: ограниченный предраковый меланоз Дюбрея, веснушка Гетчинсона. Возникает преимущественно у женщин в пожилом возрасте.

**Этиология, патогенез.** До конца не изучены. Возможно, имеют место эндокринные изменения и иные обменные нарушения в пожилом возрасте.

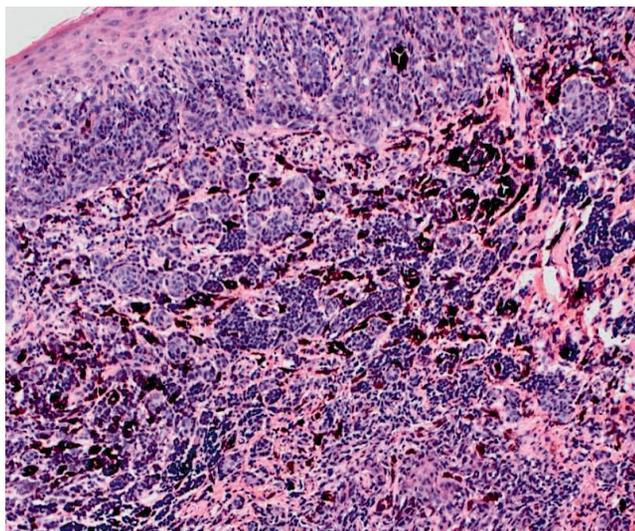
**Патологическая анатомия.** Морфологическая картина сходна с таковой при невусе. Эпидермис акантоотически расширяется. Наблюдается накопление полиморфных меланоцитов с гиперхромными ядрами и оптически пустой цитоплазмой с пылевидными гранулами меланина, которые располагаются в базальном слое эпидермиса, а иногда по всей толщине эпидермиса (рис. 1.3). В субэпидермальных слоях — лимфоцитарная воспалительная инфильтрация.

**Клиническая картина.** Поражение локализуется на коже в различных областях, а также на слизистой оболочке полости рта (рис. 1.4). Формируются пятна темно- или черно-коричневого цвета, иногда с синеватым оттенком. Цвет пятна неравномерный. Иногда развивается кератотическая, папилломатозная или атрофическая трансформация. Рост медленный, годами.

**Диагностика.** На основании результатов патогистологического исследования.

**Дифференциальная диагностика.** С различными видами невусов, с базальноклеточным раком.

Внешние проявления заболевания сходные, однако невусы обычно врожденные, с течением жизни в размерах не меняются. Базальноклеточный рак, наоборот, имеет тенденцию к относительно быстрому росту. Зачастую диагноз определяют морфологические исследования.



**Рис. 1.3.** Предраковый меланоз. Эпидермис акантотически расширяется. Наблюдается накопление полиморфных меланоцитов с гиперхромными ядрами и оптически пустой цитоплазмой с пылевидными гранулами меланина, которые располагаются в базальном слое эпидермиса. Акантоз эпидермиса. В субэпидермальных слоях лимфоплазмоцитарная инфильтрация. Окраска гематоксилином и эозином,  $\times 250$  (<https://mcgaide.ru/drugoe/melanoma-kozhi-lechenie.html>)

**Лечение.** Хирургическое иссечение, отступив от видимых границ поражения не менее 0,5 см, и лучевая терапия.

**Прогноз.** Заболевание развивается длительно, однако почти во всех случаях малигнизируется. При отсутствии лечения в подобных случаях прогноз неблагоприятный.

## БОРОДАВЧАТЫЙ ПРЕДРАК КРАСНОЙ КАЙМЫ ГУБЫ (БОРОДАВЧАТАЯ ДИСКЕРАТОМА)

**Классификация, распространенность.** Относится к облигатным предраковым заболеваниям с относительно высокой частотой озлокачествления. Может развиваться в любом возрасте, однако наибольшая частота встречаемости констатирована у пациентов среднего возраста (40–50 лет).

**Этиология, патогенез.** В этиологии заболевания приоритетное значение имеет длительное хроническое раздражение (преимущественно солнечная инсоляция) или травматизация невысокой интенсивности (курение). Вследствие этого развиваются процессы избыточного ороговения и пролиферации, которые относят к продуктивным дискератозам.

**Патологическая анатомия.** Патогистологическая картина характеризуется локальными изменениями многослойного плоского эпителия в виде гипер-, паракератоза, пролиферацией и полиморфизмом клеток преимущественно шиповатого слоя, в субэпителиальных слоях отмечается лимфоплазмноклеточная инфильтрация (**рис. 1.5**). Границы патологического участка резко ограничены.

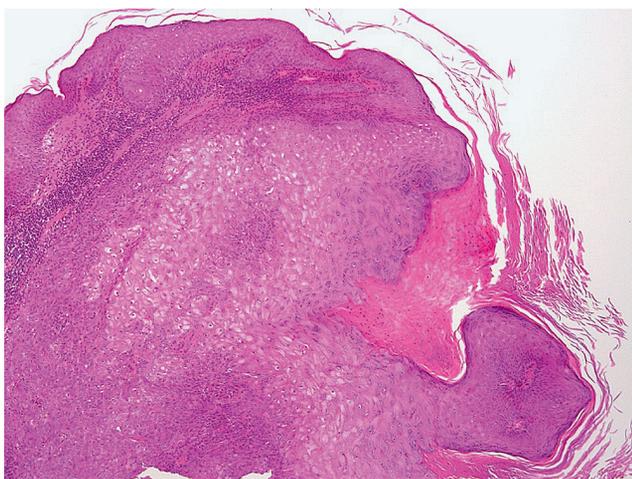


**Рис. 1.4.** Предраковый меланоз: а — кожи височной области; б — слизистой оболочки полости рта

**Клиническая картина.** Элемент поражения в виде узла полушаровидной формы размером не более 1 см локализуется на красной кайме чаще нижней губы, латеральнее от средней линии. Консистенция плотная. Поверхность узла, растущего экзофитно, имеет цвет губ от розового до застойно-багрового. Поверхность покрыта плотными чешуйками, сливающимися в единый конгломерат, не снимающимися при поскабливании, с белесоватым коричневатым или сероватым оттенком. Образование располагается на неизменной красной кайме губы, основание не инфильтрировано (**рис. 1.6**).

**Диагностика.** На основании результатов патогистологического исследования.

**Дифференциальная диагностика.** Дифференцируют бородавчатый предрак по клиническим признакам со следующими заболеваниями: *папилломой, вульгарной бородавкой, кертоакантомой, ограниченным предраковым гиперкератозом, пиогенной гранулемой:*



**Рис. 1.5.** Бородавчатый предрак (бородавчатая дискератома). Гиперплазия эпителия за счет слоя шиповатых клеток, дискератоз с дисконкомплексацией и полиморфизмом эпителиоцитов, акантоз и папилломатоз. Субэпителиально хронический воспалительный инфильтрат из лимфоцитов, плазмоцитов и гистиоцитов. Окраска гематоксилином и эозином,  $\times 50$



**Рис. 1.6.** Бородавчатый предрак красной каймы нижней губы

- *папиллома* в отличие от бородавчатого предрака имеет узкое основание, ее консистенция значительно более мягкая;
- *вульгарная бородавка* отличается наличием нитевидных или папилломатозных разрастаний, окруженных по периферии роговым слоем;
- *кератоакантома* имеет вид темно-красного округло-уплощенного кольцевого валика, формирующего в центре углубление, заполненное рыхлыми роговыми массами;
- *ограниченный предраковый гиперкератоз* не возвышается над уровнем красной каймы губ, часто располагается ниже этого уровня;

- *пиогенная гранулема* имеет мягко- или упруго-эластическую консистенцию, чаще локализуется на слизистой оболочке на широком основании, имеет мокнущую ярко гиперемированную поверхность, покрытую гноевидным налетом.

**Лечение.** Хирургическое: клиновидное иссечение пораженной губы, отступив от видимой границы не менее 0,5 см.

**Прогноз.** При отсутствии лечения озлокачествление бородавчатого предрака часто достаточно быстрое, и уже через 1–3 мес может развиваться малигнизация.

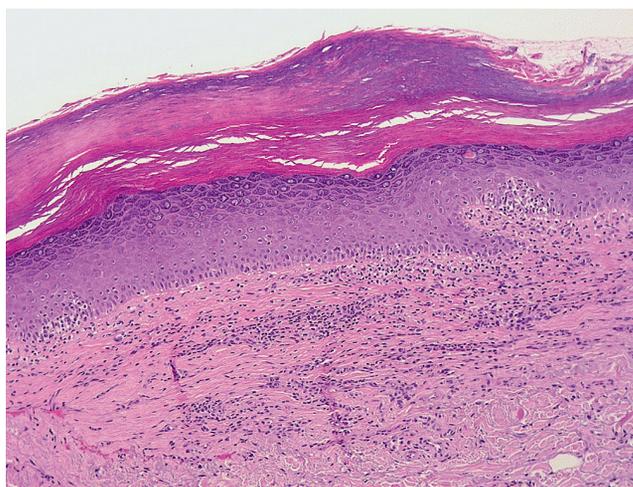
При радикальном иссечении и устранении причины заболевания (отказ от курения, вредных привычек, использование солнцезащитных средств) прогноз благоприятный.

## ОГРАНИЧЕННЫЙ ПРЕДРАКОВЫЙ ГИПЕРКЕРАТОЗ

**Классификация, распространенность.** Поражение относится к облигатным предраковым заболеваниям. Болеют чаще мужчины молодого и среднего возраста.

**Этиология, патогенез.** Основным этиологическим фактором являются солнечная инсоляция и хроническая травма, особенно термическая. Зачастую заболевание развивается на фоне метеорологического хейлита.

**Патологическая анатомия.** Патогистологически характеризуется очаговой пролиферацией эпидермиса в виде резко выраженного акантоза, с дисконкомплексацией шиповатых клеток, с признаками гиперкератоза. Наблюдается клеточный полиморфизм. В подлежащей соединительной ткани определяется воспалительная полиморфноклеточная инфильтрация (**рис. 1.7**).



**Рис. 1.7.** Ограниченный предраковый гиперкератоз красной каймы губ. Пролiferация шиповатых клеток с акантозом и резко выраженным гиперкератозом. Субэпителиально хронический воспалительный инфильтрат из лимфоцитов, плазмоцитов и гистиоцитов. Окраска гематоксилином и эозином,  $\times 50$