

ВИДЫ НОВООБРАЗОВАНИЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ. МЕЖДУНАРОДНАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ОПУХОЛЕЙ. ОДОНТОГЕННЫЕ КИСТЫ ЧЕЛЮСТЕЙ

Одонтогенные опухоли и опухолеподобные образования челюстей
Опухоль (бластома, неоплазма, тумор, новообразование) – своеобразный патологический процесс, в основе которого лежит безграничное размножение клеток, приводящее в конечном итоге к сдавлению или разрушению окружающих опухоль тканей и гибели организма (А.И. Струков).

Опухоли челюстно-лицевой области (ЧЛО), из всех патологических процессов встречающиеся в челюстно-лицевой хирургии (хирургической стоматологии), составляют более чем 13%.

По клиническому течению опухоли и опухолеподобные образования делятся, по Международной классификации опухолей (ВОЗ, цитата Пачес А.И., 1983) на:

I. Доброкачественные опухоли.

II. Промежуточные (местнодеструктирующие).

III. Злокачественные опухоли.

Доброкачественные: а) органоспецифические;

б) органонеспецифические.

Промежуточные: а) остеогенные;

б) неостеогенные.

Злокачественные: а) имеющие первичный (I) очаг;

б) имеющие системный характер.

Доброкачественные опухоли ЧЛО

I. Органоспецифические: а) одонтогенные;

б) слюнных желез;

в) слизистой оболочки полости рта.

II. Органонеспецифические: а) остеогенные;

б) неостеогенные;

в) неодонтогенные.

Органоспецифические:

Одонтогенные доброкачественные опухоли:

- адамантинома (амелобластома);
- однтома мягкая (составная);
- однтома твердая (сложная);
- одонтогенная фиброма;
- цементама;
- эпulis(фиброзный и ангиоматозный);
- остеобластокластома (гигантоколечный эпulis) периферическая.

Доброкачественные опухоли слюнных желез:

Эпителиальные Соединительноткан-

ные

Нервные

Аденома

Аденолимфома

Смешанная опухоль

Мукоэпидермоидная

опухоль

Кисты слюнных желез

Ангиома

Лимфангиома

Липома;

Невринома

Нейрофиброма

Доброкачественные опухоли слизистой оболочки полости рта:

- папиллома;

- фиброма;
- фиброматоз;
- миксома;
- гемангиома;
- лимфангиома;
- липома;
- нейрофиброма.

Органонеспецифические

Остеогенные доброкачественные опухоли:

- остеомы;
- остеоидные остеомы;
- остеобластокластомы (центральные);
- хондромы;
- оссифицирующая фиброма.

Неостеогенные доброкачественные опухоли:

Гемангиома челюстей; Гемангиоэндотелиома челюстей;

Фиброма челюстей; Нейрофиброма челюстей;

Миксома челюстей; Хондрома челюстей;

Врожденные кисты и свищи: Нейрофиброматоз;

(срединные кисты и свищи); (б-нь Реклингаузена).

боковые кисты и свищи, Тетрады Дарне:

предушные и позадиушные – пигментация кожи;

свищи – шеи и лица) – опухоли кожи;

– опухоли нервных стволов;

– нарушение психики.

Промежуточные опухолеподобные образования ЧЛО

Остеогенные:

- фиброзная дисплазия;
- херувизм;
- деформирующий остоз;
- гиперпаратиреоидная остедистрофия;
- (б-нь Педжета);
- (б-нь Реклингаузена);
- эозинофильная гранулема;
- гиперостоз;
- (б-нь Таратынова);
- экзостоз.

Неостеогенные:

- холестеотома;
- пиогенная гранулема;
- кератоакантома;
- ретенционные кисты.

Кистозные образования челюстей и лица

Воспалительные Эпителиальные

Радикулярная киста челюстей

Ретромолярная киста челюстей

Фолликулярная киста челюстей

Первичная одонтогенная киста челюстей

Киста носо-небного канала

Носо-альвеолярная киста

Шаровидно-верхнечелюстная киста

Злокачественные опухоли ЧЛО

Злокачественные опухоли по гистологической структуре разделяются на:

1. Эпителиальные – рак
2. Опухоли мягких тканей – фибросаркома
3. Опухоли костной и хрящевой ткани – остео-хондро-саркома
4. Опухоли лимфо и кроветворных тканей – ангиоперицитомы
5. Опухоли смешанного генеза – рак из смешанной опухоли

6. Вторичные опухоли – МТС – МТС в различные органы

7. Неклассифицируемые опухоли – лейомиома

По характеру атипизма тканевой структуры, злокачественные опухоли разделяются на:

1. Рак

2. Саркома

3. Системные поражения:

а) лимфогранулематоз;

б) лимфосаркома.

Одонтогенные кисты челюстей и лица

Радикулярная (воспалительная) киста

Этиология. Воспалительного происхождения, развивается из зубной гранулемы. Деструктивный процесс в тканях вокруг верхушки зуба ведет к возникновению небольших полостей, которые, сливаясь, образуют кистозную полость, чаще всего выстланную плоским эпителием. Полость заполнена вязкой жидкостью, содержащей кристаллы холестерина. Патогенез. Современная патология связывает механизм образования околокорневой кисты с эпителиальными клеточными включениями в апикальных очагах. Происхождение этих включений объясняется по-разному. Например, Н.А. Астахов (1907) и другие считают, что кисты возникают из остатков эмбрионального эпителия зубообразовательной пластинки. Эти остатки эпителия известны под названием клеток Мальяссе – Астахова. Schönlester (1908), И.Г. Лукомский (1927) утверждают, что эпителиальные клетки в периодонте и кости появляются в результате вегетации и проникновения в кость наиболее глубоких слоев эпителия десны.

Механизм образования радикулярной кисты из эпителиальных клеток представляется следующим образом: под влиянием физического и химического раздражения продуктами воспаления эпителиальные элементы в периодонте разрастаются и размножаются, образуя микроскопические полости, которые постепенно наполняются трансудатом, благодаря чему в них повышается давление. Это приводит к увеличению объема кисты, образованию кистогранулем, усилению давления ее стенок на окружающую костную ткань, в результате происходит вначале атрофия губчатого, а затем коркового вещества челюсти. Внутри кистозное давление может колебаться от 1,3 (10 мм рт.ст.) до 10,7 кПа (80 мм рт.ст.), находясь в зависимости от интенсивности воспалительного процесса. Дальнейшее развитие и увеличение кисты зависит также от того, в каких анатомических областях она возникла. Если она локализуется в области нижних резцов, клыков и премоляров, то развитие, как правило, происходит в вестибулярном направлении, так как не встречает здесь значительного сопротивления со стороны наружного коркового слоя челюсти. Процесс резорбции кости, связанный с увеличивающимся внутриполостным давлением постепенно накапливающейся жидкости, происходит быстрее в рыхлой губчатой ткани и в тонкой наружной (вестибулярной) пластинке нижней челюсти.

Развиваясь в области моляров, где слои коркового вещества почти одинаковы с обеих сторон, киста, как правило, равномерно раздвигает их, придавая телу нижней челюсти и альвеолярному отростку форму веретена. При этом киста также разрастается кпереди и кзади, сдавливает губчатое вещество и вызывает его атрофию. Оттесняя нижнечелюстной канал книзу срастается с сосудисто-нервным пучком, находящимся в канале. Если киста исходит от корней нижнего зуба мудрости, она обычно развивается в направлении кзади и кверху, нарушая угол и ветвь челюсти.

Кисты, развивающиеся из кистогранулем верхних зубов (за исключением вторых резцов), продвигаются в вестибулярном направлении.

Что же касается кист, исходящих от вторых резцов, верхушки которых обычно обращены к небу, то они постепенно разрушают слои коркового вещества кости с небной стороны. При наличии у верхних центральных

резцов длинных корней, киста отодвигает вверх нижнюю стенку грушевидного отверстия, обуславливая образование валика на дне полости носа («валик Гербера»). Если верхнечелюстная кость хорошо пневматизирована, с хорошо развитыми верхнечелюстными пазухами, в которые проникли верхушки зубов, то кистозное образование постепенно врастает в верхнечелюстную пазуху, отесняя ее дно вверх и внутрь. При высоком своде неба киста равномерно раздвигает обе пластинки коркового вещества и щелевидно распространяется вверх, вперед и назад, вызывая атрофию губчатого вещества в пределах нескольких зубов и деформируя верхнечелюстную пазуху.

По данным М.Ф. Рождественской (1967), околокорневые кисты, деформирующие верхнечелюстную пазуху, составляют 45,8% числа всех околокорневых кист верхней челюсти и выявляются у больных в возрасте 20–60 лет.

В расположении этого вида кист отмечается закономерность: на первом месте по частоте находится область первых моляров, на втором – область первых премоляров, на третьем – вторых премоляров, на четвертом – вторых моляров, на пятом – область третьих моляров. Если растут две кисты, исходящие от двух рядом стоящих зубов, вначале можно видеть каждую кисту в отдельности. Со временем они сливаются в одну и на рентгенограмме дают картину кистозной адамантиномы.

Патологическая анатомия. Радикулярная киста имеет соединительнотканную оболочку, выстланную внутри слоем эпителия, построенного, как правило, по типу покровного плоского эпителия полости рта. Однако кисты, исходящие от верхних зубов, иногда выстланы цилиндрическим эпителием по типу слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи.

Клиническая картина

В начальной стадии развития, когда еще нет внешне заметных деформаций альвеолярного отростка или тела челюсти, киста (или кистогранулема) протекает бессимптомно. Поэтому диагноз кисты на ранней стадии можно выставить при помощи рентгенограммы.

Рентгенологически – ясно очерченная тень очага разрушения костного вещества (минус ткань).

В дальнейшем, когда происходит деформация кости, признаки кисты обращают на себя внимание.

Для развившейся радикулярной кисты характерны следующие основные симптомы:

- 1) внешне заметная деформация кости;
- 2) позже – симптом пергаментного хруста, продавливаемой пластмассовой или резиновой игрушки;
- 99
- 3) еще позже – симптом флюктуации;
- 4) наличие специфического пунктата (янтарный цвет, блески холестерина);
- 5) дивергенция корней зубов.

В случае нагноения ко всем этим объективным симптомам присоединяется покраснение, отечность и инфильтрация окружающих тканей, а также жалобы больных на более или менее выраженную боль в области кисты и повышение температуры тела.

Радикулярные кисты, врастающие в верхнечелюстную пазуху и тем самым деформирующие ее, клинически протекают несколько своеобразно. Сопоставление сроков проявления первых симптомов болезни при кистах, деформирующих верхнечелюстную пазуху, со сроками поступления больных на стационарное лечение и размерами кист свидетельствуют о длительном бессимптомном развитии такого рода кист, что ведет к поздней обращаемости больных.

Клиническая картина таких кист отличается большим многообразием и зависит от локализации, размеров, степени деформации ими верхнечелюстной пазухи, а также от характера содержимого кисты и общего состояния организма. Наиболее характерные симптомы рассма-

триваемых кист:

- 1) выпячивание и истончение стенок верхней челюсти, податливость их;
- 2) наличие симптома Рунге – Дюпоитрена – с-м-«пергаментного хруста»;
- 3) разрушение «причинных» зубов или зубов с отрицательной электровозбудимостью пульпы;
- 4) конвергенция зубов;
- 5) свищи в области альвеолярного отростка челюсти.

Дифференциальная диагностика

Радикулярную кисту нижней челюсти дифференцируют с кистозной адамантиномой и фолликулярной кистой, одонтогенной фибромой, мягкой одонтомой.

Дифференциальный диагноз околокорневых кист, деформирующих верхнечелюстную пазуху, проводят с острым и хроническим одонтогенным гайморитом, абсцессом и флегмоной, кистой слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи, фолликулярной кистой, реже – с адамантиномой, раком и саркомой.

В качестве вспомогательных методов дифференциальной диагностики показано применение контрастной рентгенографии в двух проекциях (боковой и прямой) и компьютерной томографии (КТ). Данные методы исследования дают возможность уточнить размеры и топографию кисты, состояние слизистой оболочки и костных стенок верхнечелюстной пазухи.

Лечение. Хирургическое – цистотомия и цистэктомия (см. ниже).

Цистотомия – из полости кисты создается дополнительная бухта в полости рта или ее преддверия.

Цистэктомия – полное удаление (вылущивание, выскабливание) оболочки кисты с последующим зашиванием раны наглухо.

В случаях, когда по определенным причинам нельзя применить цистэктомию, а цистотомия является нежелательной, рекомендуется прибегнуть к операции «пластической цистэктомии». Удалить оболочку кисты, тампонировать костную полость йодоформной марлей, одновременно в раневую полость вворачивается лоскут слизистой оболочки полости рта. Удовлетворительное восстановление костной ткани происходит в срок до одного года.

В случае нагноения кисты оперативное лечение осуществляют в два этапа: вскрывают кисту в месте наибольшего истончения ее костной стенки, дренируют полость кисты. После перехода острой стадии воспаления в хроническую производят цистэктомию.

В послеоперационном периоде проводят направленную антибиотико-терапию в сочетании с сульфаниламидными препаратами в течение 7–10 дней.

Ретромолярная (парадентальная) (воспалительная) киста

К ретромолярным кистам относятся такие кистозные новообразования, которые локализуются обычно в области угла нижней челюсти, сразу же позади нижнего третьего моляра.

Патогенез. Происхождение их связано с хроническим воспалительным процессом в околозубных тканях, который возникает в связи с затрудненным прорезыванием третьего моляра. Это приводит к кистозному превращению воспалительных разрастаний покровного эпителия под навесом (капюшоном) мягких тканей над прорезывающимся зубом.

Лечение хирургическое – цистотомия или цистэктомия.

Первичная (кератокиста) одонтогенная (эпителиальная) киста

Основную группу составляют одонтогенные кистозные образования, у которых отсутствует прямая анатомо-топографическая связь с прорезавшимися зубами, или зубными зачатками, или с процессом самого прорезывания зуба. Характер микроскопического строения и некоторые особенности клинико-рентгенологических проявлений этих кист дают возможность рассматривать их как порок развития одонто-

генного эпителия. Окончательный диагноз можно ставить, основываясь на данных гистологического исследования материала биопсии.

Лечение – проведение цистэктомии.

Фолликулярная (зубосодержащая) (эпителиальная) киста

Патогенез. Под термином «фолликулярные кисты» объединяются две группы кист. Первая группа характеризуется наличием признака длительного и интенсивного хронического воспаления вокруг корней прорезавшихся молочных или постоянных зубов. Такое воспаление служит причиной длительного химического раздражения подлежащего или расположенного несколько кпереди (или кзади) фолликула постоянного зуба, вокруг которого и развивается киста. Вторая группа – собственно фолликулярные кисты, являющиеся результатом порока развития зубообразовательного эпителия (кистовидного перерождения тканей фолликула). Это, очевидно, объясняется тем обстоятельством, что в тесной связи с фолликулярной кистой всегда находится нормальный, или рудиментарный, или сверхкомплектный зуб, полностью или частично закончивший свое развитие. Этот зуб располагается в толще челюсти, то есть всегда оказывается еще не прорезавшимся.

Клиника

1. Медленное, безболезненное возникновение и увеличение нарушения конфигурации лица за счет утолщения тела челюсти или альвеолярного отростка, наличие связи кисты с аномалией прорезывания зуба.

2. Отсутствие гангренозных зубов, с которыми можно было бы связать происхождение кисты.

3. Характерная рентгенографическая картина: резко очерченный овальный или округлый дефект костного вещества, погружение коронковой части прорезавшегося зуба в костный дефект или полное расположение его в зоне дефекта кости.

4. Пункция кисты дает прозрачную жидкость янтарного цвета с примесью кристаллов холестерина.

Нагноение фолликулярных кист происходит реже, чем радикулярных, генетически связанных всегда с гангренозным зубом.

Дифференциальная диагностика

Проводят с раковой или саркоматозной опухолью, абсцессами или кистозной формой адамантиномы.

Лечение. Хирургическое – пластическая цистотомия или цистэктомия.

Вопрос о методе оперативного лечения решается в соответствии с локализацией кисты, наличием ее нагноения, перспективами прорезывания ретенированного зуба.

Пластическая цистотомия показана детям, так как обеспечивает возможность окончательного развития, перемещения и правильного прорезывания ретенированного зуба, вокруг которого развилась киста. У взрослых людей, когда нет уверенности в том, что инклюдированный на дне кисты зуб займет свое место в зубном ряду, его следует удалить. Цистэктомия производится у взрослых. Если при фолликулярных кистах первой группы (имеющих воспалительное происхождение) применяют как цистотомию так и цистэктомию, то при кистах второй группы (собственно фолликулярных кистах) применяют с точки зрения онкологического радикализма метод цистэктомии, то есть полного удаления всей оболочки кисты.

Киста носо-небного (резцового) (эпителиальная) канала

Патогенез. В результате эмбрионального порока развития возникает кистозное образование в области основания перегородки носа в зоне вхождения носо-небных нервов в носо-небный канал. Клинические проявления чаще обнаруживаются в области уздечки верхней губы, в связи с чем, определяются клинически опухолевое выбухание тканей в области основания перегородки носа и по переходной складке в области уздечки верхней губы. На рентгенограмме чаще всего обна-

руживается дивергенция корней центральных зубов верхней челюсти за счет опухолевого тенеобразования.

Лечение. Цистэктомия

Техника операции цистотомии

Из наружно-передней стенки кисты выкраивается слизисто-периостальный-эпителиальный (выстилка кисты) лоскут на ножке, обращенной к десневому краю, при этом содержимое кисты изливается в полость рта и отсасывается слюноотсосом или высушивается марлевыми шариками. Образованный лоскут на ножке освобождают от костной прослойки и вворачивают в полость кисты, затем тампоном, которым тампонируется вся кистозная полость, прижимают лоскут к ее стенке. Через 6-7 дней тампон извлекают. Ввернутый лоскут оказывается сросшимся со стенкой кисты. Полость промывают раствором фурациллина (1:5000), 3% раствором перекиси водорода или калия перманганата (1:3000). В последующем такие промывания производит сам больной, пользуясь резиновым баллоном. Кистозная полость постепенно уменьшается в размерах, дно ее утолщается, и в конечном итоге выравнивается со слизистой оболочкой рта.

Некоторыми особенностями отличается цистотомия в тех случаях, когда киста верхней челюсти достигла значительных размеров, проросла в верхнечелюстную пазуху и оказалась отграниченной от ее остатков лишь своей собственной оболочкой и слизистой оболочкой верхнечелюстной пазухи. Обычно это имеет место у лиц пожилого и старческого возраста, то есть при снижении восстановительных возможностей организма. В таких случаях показана операция – цисто-гайморо-назоанастомоз. Смысл ее состоит в том, что оболочку кисты не удаляют, а только вскрывают, верхнечелюстную пазуху и нижний носовой ход сообщают между собой и с полостью кисты, образуя единую большую полость, а рану в полости рта зашивают наглухо.

Техника операции цистотомии

Производят, например, дугообразный или трапециевидный разрез, обращенный своей выпуклостью к десневому краю. Отслаивают слизисто-надкостничный лоскут, чем обнажают наружно-переднюю костную стенку кисты. В кости шаровидным бором проделывают ряд трепанационных отверстий и соединяют их между собой фиссурным бором, ножницами или долотом. Еще лучше пользоваться трепанами Г.Н. Марченко или Г.Г. Ярошенко. М.Л. Заксон предложил цилиндрический трепан с копьевидным бором в центре, что исключает скольжение трепана по кортикальной поверхности кости.

После удаления костной стенки кистозная оболочка под влиянием внутрикистозного давления выпячивается в рану. Захватив оболочку кисты зажимом или пинцетом, вылушивают ее вместе с содержимым, лучше всего применять при этом узкий плоский подъемник. Если во время вылушивания кистозной оболочки обнажаются верхушки зубов, их резецируют, а зубы пломбируют.

Для решения вопроса о возможности сохранения здоровых зубов, прилежащих к оболочке кисты, следует электрометрически определить жизнеспособность пульпы в них до и после удаления кисты.

Одонтогенные доброкачественные опухоли челюстей

Амелобластома (адамантинома)

Это одонтогенная опухоль эпителиального происхождения. Синонимы: многокамерная киста, пролиферирующая челюстная киста, центральная парадентарная киста, кистоаденома, адамантинум и т.д. Встречается в основном у женщин, преимущественно в возрасте от 21 до 40 лет. Может быть у новорожденных и стариков. Локализуются чаще на нижней челюсти в области угла и ее ветви, реже – в области тела челюсти, чаще в области нижних зубов мудрости.

Патогенез адамантином тесно связан с вопросом о происхождении эпителиальных клеток, из которых растет адамантинома. Напри-

мер, ряд авторов (А.И. Абрикосов, Fks) связывают происхождение адамантином с эпителием эмалевого органа зубного зачатка. Однако допускается возникновение данной опухоли из эмалевого органа зубного зачатка, эпителиальных остатков островков Маляссе.

Клиника

Растет медленно, бессимптомно. Жалобы на внезапно замеченную, нарушенную конфигурацию лица.

Дополнительные жалобы выявляются при сборе анамнеза: ноющая тупая боль в челюстях и зубах, периодически возникающие на стороне поражения явления периостита или флегмонозного воспаления. Свищи на слизистой оболочке с гнойным отделяемым. Длительно не заживающие после удаления зубов раны с выделением мутной жидкости, затруднение функции жевания, речи, дыхание при больших размерах опухоли. Ранние признаки: веретенообразное вздутие тела челюсти, опухоль гладкая или слегка неровная, бугристая, плотной консистенции, кожные покровы над опухолью обычной окраски иногда бледные, собираются в складку

Поздние признаки: «пергаментный хруст», флюктуация, кожа над опухолью истончена, бледная, видимая сосудистая сеть, кожа трудно собирается в складку, изъязвление кожи над местами костных выпячиваний, регионарные л/узлы могут быть не увеличены, если содержимое кистозных полостей не нагноилось и не присоединился процесс воспаления кости. Зубы или устойчивы или несколько расшатаны (при наличии хронического воспалительного очага). Слизистая либо обычной окраски, либо цианотична.

Рентгенологические признаки. Определяется участок деструкции кости овальной или округлой формы, ограниченной тонкой кортикальной пластинкой. Очаг деструкции кости чаще имеет поликистозный вид и напоминает пчелиные соты, реже определяется в виде монокистозного образования.

Дифференциальная диагностика

Саркома растет быстро, нарушается общее самочувствие, сильная боль, расшатанность зубов, т.к. разрушает костную ткань. Рентгенологически определяется дефект кости с изъеденными, неровными краями, вызывает периостальную реакцию, которая выглядит в виде шипов-спикул. Рак встречается в пожилом возрасте, локализуется обычно на верхней челюсти. Распространяется рак в нижнюю челюсть со слизистой оболочки полости рта, нарушается общее состояние больного, поражаются метастазами регионарные л/узлы, рентгенологически выявляется дефект кости с неровными изъедеными краями.

Остеобластокластома – отсутствие болевых ощущений, резко выраженная резорбция корней зубов, обращенных в опухоль, неизменные л/узлы, при пункции опухоли получают кровь, на рентгенограмме – чередование участков разряжения кости и очагов уплотнения, иногда они разграничены плотными перегородками.

Радикулярная киста – четко очерченный дефект кости связан с гангренозным зубом, анамнез существенно отличается.

Фолликулярная киста развивается на месте отсутствующего интактного зуба, растет безболезненно.

Остеома челюсти отличается однородностью и плотностью («плюс ткань») рентгенологической тени, при пункции опухоли ощущается сопротивление кости, что исключает ее проведение.

Лечение. Хирургическое, должно быть радикальным (резекция либо экзартикуляция челюсти с одномоментной ауто остеопластикой) во избежание рецидивов, т.к. перерождение адамантиномы в злокачественную опухоль встречается в 1,5–4% случаев, иссечение опухоли должно проводиться отступая от рентгенографически определяемых границ опухоли на 1–1,5 см.

Амелобластическая фиброма

Доброкачественная опухоль из одонтогенного эпителия, распола-

гающего в соединительной ткани, напоминающего ткань десневого сосочка, но без образования одонтобластов и продукции дентина. Возникает в возрасте от 15 до 25 лет, чаще в области нижней челюсти. Рентгенологически определяется очаг разряжения тканей с ровными контурами. Опухоль трудно отличить от монокистозной формы амелобластомы. Микроскопически определяются комплексы эпителиальных клеток, расположенных в фиброзной соединительной ткани. Эпителиальные клетки кубические или низкие призматические, напоминающие иногда клетки фолликулов амелобластомы. Соединительная ткань в амелобластической форме развита значительно больше. Наличие в амелобластической форме одновременно одонтогенного эпителия и соединительной ткани приближает ее к сложным одонтомам. Однако в амелобластических фибромах признаков образования дентина не обнаруживается.

Лечение. Хирургическое – резекция челюсти.

Одонтомы (бывают мягкой и твердой форм)

Мягкая одонтома – это опухоль из конгломерата различных зубных тканей. Встречаются чаще у молодых пациентов в период формирования постоянных зубов. Локализуются на обеих челюстях, обычно – в зоне моляров. Является ранней стадией образования твердой одонтомы. Принадлежит к группе редких одонтогенных опухолей.

Патологическая анатомия. Макроскопически – на разрезе мягкая, почти гомогенная ткань сероватого цвета, с отчетливо определяющимися более плотными прослойками и тяжами белого цвета. Иногда могут наблюдаться более мелкие плотные, петрифицированные очаги или зачатки зубов.

Микроскопически – представляет собой низкодифференцированную и истинную опухоль со свойственным ей безграничным и инфильтрирующим ростом.

Клиническая картина. Равномерное или бугристое вздутие челюсти. Разрушает наружную пластинку коркового вещества челюсти, проникает в прилежащие мягкие ткани или выпячивается в полость рта. Определяется плотная, бугристая, синюшная опухоль, упруго-эластической консистенции, кровоточащая при легкой травме

Рентгенологически: поликистозное образование с нарушением кортикального слоя, отсутствие выраженной границы со здоровой тканью.

Диагностика: клинико-рентгенологическая. Окончательный диагноз ставится на основе патогистологического исследования.

Лечение. Хирургическое. Резекция челюсти в пределах заведомо здоровых тканей

Твердая одонтома

Это – одонтогенное «новообразование», состоящее из твердых элементов зуба, пульпы и периодонта в различных сочетаниях и количественных соотношениях. Возникают обычно в молодом возрасте. Излюбленной локализацией этих опухолей является угол нижней челюсти и прилежащие к нему участки ветви и ее тела.

В связи с особенностями структуры твердые одонтомы классифицируются как:

- сложные;
- простые;
- сложно-смешанные;
- кистозные.

Гистологические формы:

- 1) дентиномы (состоят из дентина),
- 2) цементодонтомы (из цемента и дентина),
- 3) цементомы – (из цемента, цементобластов),
- 4) адамантомы (из эмали, образуя эмалевые капли),
- 5) смешанные одонтомы (из цементиклов – округлых цементных телец, иногда и костных включений).

Наружная поверхность твердых одонтом покрыта волокнистой соединительной капсулой. Никаких признаков пролиферации в окружающую ткань нет. Это доброкачественное образование, обладающее медленным экспансивным ростом.

Клиника. Плотное, безболезненное выбухание костной кости с неровной поверхностью, а рентгенографически – неоднородная плотная ткань, интенсивность которой адекватна плотности зуба. Края тени фестончатые или шиповидные, напоминающие очертания малины, виноградной грозди или тутовой ягоды. Вокруг тени видна полоска просветления, за которой идет обычная тень кости или несколько уплотненная костная полоска. Зона просветления вокруг одонтомы у пожилых людей может отсутствовать.

Диагностика. Рентгенологически – при наличии сложной одонтомы видна интенсивная тень дольчатого строения, обрамленная шиповидными или округлыми выступами, напоминая тутовую ягоду, в ряде случаев контуры могут быть и ровными. Округлая тень одонтомы напоминает остеоому. Простые неполные одонтомы проявляются в виде интенсивной тени увеличенной и деформированной коронковой (коронковая одонтома) или корневой (корневая одонтома) части зуба.

Простые полные одонтомы дают на рентгенограмме округлую или зубоподобную интенсивную тень. Ввиду неоднородности гистологической структуры одонтом и беспорядочного чередования в мягких (пульпа, периодонт) и твердых тканях, тень одонтомы может быть неомогенной, «пегой».

Между твердой одонтомой и челюстной костью почти всегда имеется полоска просветления, за которой следует узкая полоска склероза кости. Лечение. Хирургическое. При высокодифференцированных формах – энуклеация опухоли. При меньшей степени дифференцировки – резекция челюсти.

Цементома

Группа доброкачественных опухолей, основным признаком которых является образование цементоподобной ткани.

Цементомы, согласно классификации одонтогенных опухолей по А.И. Евдокимову, относятся к неполным простым одонтомам. Цементомы наблюдаются преимущественно у женщин и локализуются главным образом на нижней челюсти в области ее тела и угла.

Патогенез. Подавляющее большинство цементом генетически тесно связано с корнем зуба, но некоторые развиваются самостоятельно, не будучи, связанными с зубом и его цементом.

Клиническая картина. Боль, возникающая во время приема пищи и при разговоре. Боль при пальпации. Болевые ощущения возникают, когда кортикальный слой челюсти уже перфорирован и отдельные участки опухоли оказывают давление на надкостницу челюсти.

В некоторых случаях цементома выходит за пределы надкостницы и слизистой оболочки, как бы прорезываясь в полость рта и образуя перфорационное отверстие, через которое легко проникает инфекция. Изредка инфицирование цементомы и прилежащих к ней костных тканей происходит через канал гангренозного зуба, на корне которого образовалась цементома. Следует отметить, что они осложняются инфекционным воспалением значительно реже, чем сложные и сложно-смешанные одонтомы

В динамике рентгенологической и гистологической характеристики цементомы можно выделить три стадии: первая отличается наличием (на рентгенограмме) остеолитических очагов, лишенных костного рисунка, морфологически это сопровождается замещением кости челюсти разрастаниями клеточно-волокнистой ткани, во второй стадии на фоне остеолитического очага, начинают появляться округлые мелкие плотные тени, а морфологически выявляются участки новообразованного цемента среди клеточно-волокнистой ткани, в третьей стадии отмечаются относительно крупные, более или менее гомогенные участки

высокой рентгенографической плотности, появившиеся на месте прежних зон остеолита, при этом морфологически имеет место слияние отдельных цементиклей и образование цемента.

Диагностика

1. На рентгенограмме определяется овальная, круглая или бесформенная, почти однородная тень в области корня зуба.
 2. Зона просветления (минус ткань), на фоне которой видны несколько мелких плотных теней неправильной формы.
 3. Большое число теней от мельчайших, плотных зерен, соответствующих глыбкам, сформировавшегося цемента-цементиклям.
- Точный диагноз помогают установить гистологическое исследование и рентгенография в сочетании с клиническими проявлениями. Однако в связи со сходной гистологической картиной, доброкачественную цементобластому трудно иногда дифференцировать от остеоид – остеома, остеобластомы, цементоподобных образований.

Лечение. Хирургическое. Операция показана при наличии боли, прогрессивного роста, хронического воспаления вокруг нее, назревающей угрозы патологического перелома челюсти, функциональных и косметических нарушений. Во время операции спаянный с цементом зуб подлежит удалению. Опухоль удаляют вместе с подлежащими тканями во избежание рецидива. Резекция верхушки корня допускается в однокорневых зубах и при наличии возможности радикального удаления опухоли.

Одонтогенная фиброма

Отличия от внутрочелюстной фибромы: имеются остатки зубообразующего эпителия среди соединительнотканной массы опухоли, строение одонтогенных фибром иногда имеют сходство со строением ткани пульпы зуба.

Патогенез. У детей источником одонтогенной фибромы может служить дифференцированная соединительная ткань, происходящая из мезенхимы зубного бугорка, или ткань фолликула зуба. У взрослых опухоль развивается из периодонтальных тканей.

Клиника. Длительное время одонтогенная фиброма не проявляется, на рентгенограмме виден гомогенный очаг повышенной рентгенопроницаемости кости, в котором определяется мелкая и крупная петлистость. Такой очаг примыкает к фолликулу еще не прорезывшихся 1-2 зубов. Долго не обнаруживается деформация челюстной кости. В случае кальцификации фиброматозной ткани на рентгенограмме отмечается четко очерченная тень опухоли, напоминающая кистозную полость со склерозированными контурами.

Дифференцируют с мягкой одонтомой.

Лечение. Хирургическое – иссечение опухоли в пределах здоровых тканей.

Эпулис (наддесневик)

Под этим термином подразумевают «новообразование», локализуемое в области десневых сосочков и вокруг шейки зуба. В ряде случаев это могут быть истинные опухоли, такие как ангиома, фиброма, периферическая форма остеобластокластомы. Чаще заболевают женщины в возрасте от 20 до 40 лет, а также беременные.

Патогенез. Источником роста эпулиса является периодонт, это говорит о том, что на беззубой челюсти эпулис не развивается. Предрасполагающим фактором для разрастания эпулиса является травма десневого края неправильно изготовленным протезом. Также на развитие эпулиса влияет беременность, под влиянием которой эпулис начинает быстро расти. Кроме того, во время беременности эпулис особенно часто рецидивирует.

Нередко эти образования являются результатом продуктивного воспалительного процесса, следствием разрастания грануляционной ткани с исходом в фиброз, иногда с явлениями ангиоматоза, причиной которого является все та же травма.

Клиника

1. Грибовидное разрастание на узкой ножке, уходящей в периодонт клыка или премоляра, являющимися излюбленной локализацией эпюлиса.
2. Светло-красного, темно-красного, иногда бурого, синюшного цвета, локализующейся в области шейки зуба с большей или меньшей степенью кровоточивости.
3. По консистенции может быть мягкой (ангиоматозная форма) или твердой (преобладание фиброзных элементов).
4. Растет медленно, поэтому встречается от 0,2 до 2–3 см и более в диаметре, часто увеличиваясь в размерах, занимая значительную часть преддверия рта и распространяясь в собственно полость рта, оттесняя язык или располагаясь на небной поверхности десны. Всегда покрыт не изъязвленным эпителием, при ущемлении и травмировании между зубами-антагонистами, изъязвляется и покрывается грязно-серым налетом, если размеры эпюлиса небольшие устойчивость рядом расположенных зубов не изменяется, при увеличении размеров и прорастания его ножки в толщу альвеол соседних зубов зубы постепенно расшатываются.

Все виды эпюлисов делятся на:

- а) гигантоклеточные, которые относят к периферической форме остеобластокластом
- б) банальные, то есть не опухолевые, а воспалительной или же нейро-эндокринной природы, к которым относят фиброзные и ангиоматозные эпюлисы.

Дифференциальная диагностика. Гипертрофический гингивит, как и эпюлисы, проявляется у беременных женщин. Однако, в отличие от фиброматоза и эпюлисов, он самостоятельно прекращается после окончания беременности.

Фиброматоз десен не имеет столь четких границ, а постепенно преобразует вид наплывов, прорастающих всю десневую поверхность альвеолярных отростков, и покрывает коронки зубов сплошной массой. Десневые полипы или «ложные эпюлисы» И.Г. Лукомского представляют собой эпителиальные выросты на десне со значительными вегетациями эпителия. Всегда имеют нормальный цвет покрывающей его слизистой оболочки, мягкую консистенцию, не кровоточат, растут больше в длину, имеют узкую ножку. Проявляются также во время беременности, но по окончании могут полностью или частично подвергнуться обратному развитию. Истинный эпюлис никогда не исчезает самостоятельно.

В отличие от злокачественной опухоли эпюлис растет медленно, не изъязвляется, локализуется обычно в пределах передних и переднебоковых зубов, в то время как локализация рака и саркомы вариабельна, эпюлис не вызывает вздутия челюсти, растет на ножке, не поражает глубоких отделов тела челюсти. Злокачественная опухоль не имеет ножки. Эпюлис не вызывает болевых ощущений и кахексии. Рентгенографически эпюлис характеризуется некоторой резорбцией или остеопорозом альвеолярного отростка, а для злокачественной опухоли характерен значительный дефект кости с изъеденными краями.

Среди образований, именуемых эпюлисами, к истинным опухолям относят гигантоклеточные эпюлисы, а ангиоматозные и фиброматозные являются результатом воспалительного или нейро-эндокринного процесса. Поэтому, ставя диагноз эпюлида, необходимо в скобках обозначать, какой именно его вид имеет место в данном конкретном случае: ангиоматозный, фиброзный, гигантоклеточный.

Лечение. Хирургическое – иссечение эпюлиса с фрагментарной резекцией челюсти.

Остеобластокластома

Первичная остеогенная опухоль, характеризующаяся наличием гигантских многоядерных клеток типа остеокластов. Наиболее часто

встречающаяся опухоль челюстных костей.

Синонимы: гигантома, гигантоклеточная опухоль, внутрикостный эпюлид, местная фиброзная остеодистрофия, бурая опухоль.

Поражаются в основном остеобластокластомой лица женского пола в возрасте от 11 до 20 лет. Локализуется чаще на нижней челюсти, причем излюбленным местом роста является зона моляров, а на верхней челюсти зона премоляров.

Гистологические особенности остеобластокластом:

- 1) гигантоклеточный эпюлид локализуется на десне, поэтому называется периферической формой остеобластокластомы, в то время как расположенная в толще челюсти опухоль является ее центральной формой;
- 2) Центральная форма остеобластокластомы имеет на разрезе пестрый или бурый цвет множества пронизывающих ее геморрагических очагов и распавшегося гемосидерина, полостей в виде кровяных или серозных кист.

Патологоанатомическая картина. Существуют 2 типа опухолевых клеток:

1. Многоядерные гигантские клетки, принимающие участие в рассасывании костных балочек (остеокласты).
2. Одноядерные гигантские клетки, являющиеся клетками остеобластического ряда, то есть принимающие участие в построении новых костных балочек; этот процесс можно наблюдать в периферическом отделе опухоли.

Клиника

Жалобы больных зависят от локализации и стадии развития опухоли.

Общие жалобы:

1. Нарушение конфигурации лица.
2. На периодически возникающий воспалительный процесс в области опухоли, завершающийся появлением гнойного свища на десне или на лице.
3. Симптом неустойчивости и подвижности зубов, находящихся в зоне опухоли.
4. При локализации опухоли в области височно-неижнечелюстного сустава появляется боль при движении челюсти, особенно во время жевания.

В зависимости от формы остеобластокластом наблюдаются следующие клинические проявления:

Диагностика. Производя биопсию остеобластокластомы, необходимо учитывать, что ее ткань неоднородна по своему строению и поэтому подлежит исследованию на различных глубинах.

Пункционная биопсия позволяет обнаружить жидкость самых различных оттенков – от бурого до светло-желтого. Иногда можно получить в небольшом количестве кровь. Холестерин в пунктате никогда не обнаруживается.

При рентгенологическом исследовании обнаруживается очаг деструкции кости, зависящий от формы опухоли.

При ячеистой форме отмечается множество мелких и мельчайших полостей отделенных друг от друга балочками – перегородками различной толщины. Эти балочки пересекаются в различных направлениях, придавая опухоли мелкозернистый характер. Сама челюсть выглядит веретенообразной им истонченной.

Для ячеистой формы характерным является наличие однородного дефекта кости, напоминающего кисту. Имеются четкие уплотненные контуры полости, границы полости неровные и смазанные. Нижний край нижней челюсти при кистозной и литической форме бывает резко истонченным и имеющим вид скорлупы. Корни зубов, оказавшихся в зоне опухоли, выглядят разобранными и «усеченными» на 1/3 или даже больше своей длины.

Дифференциальная диагностика. С солидными адамантинома-

ми, саркомами. Лишь патогистологическим исследованием можно отвергнуть диагноз солидной адамантиномы. Когда солидная адамантинома переходит в кистозную форму, тогда она сравнительно легко может быть дифференцирована по данным рентгенографии (поликистозный рисунок) и пункции (кристаллы холестерина).

Отличием от саркомы является значительная длительность развития остеобластокластомы (от 3 до 10 лет) и резорбция костей.

Лечение. Основным методом лечения остеобластокластомы является хирургическая эксхлеация опухоли с дополнительным выскабливанием до здоровой кости. Так же проводится резекция челюсти с аутоостеопластикой.