

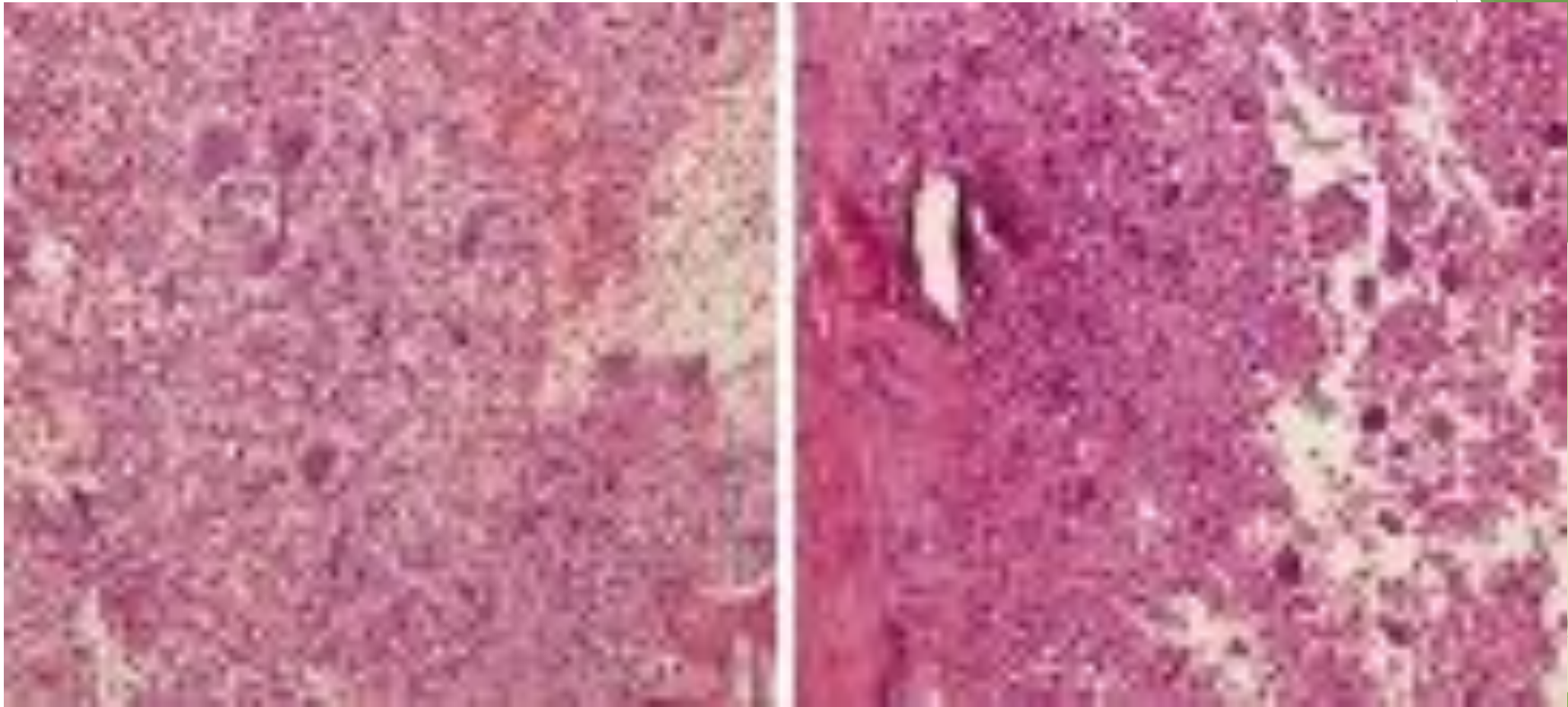
Остеобластокластома челюстей. Фиброзная дисплазия челюстей. Классификация, клиника, диагностика, лечение. Хондрома, остеома. Классификация, клиника, диагностика, лечение.



До оперативного
вмешательства

- ▶ Одной из наиболее распространенных челюстных опухолей является остеобластокластома. Согласно статистике, это заболевание обнаруживается у шестидесяти пяти процентов пациентов, страдающих опухолевыми процессами в костной ткани челюсти. Чаще всего встречается остеобластокластома нижней челюсти.

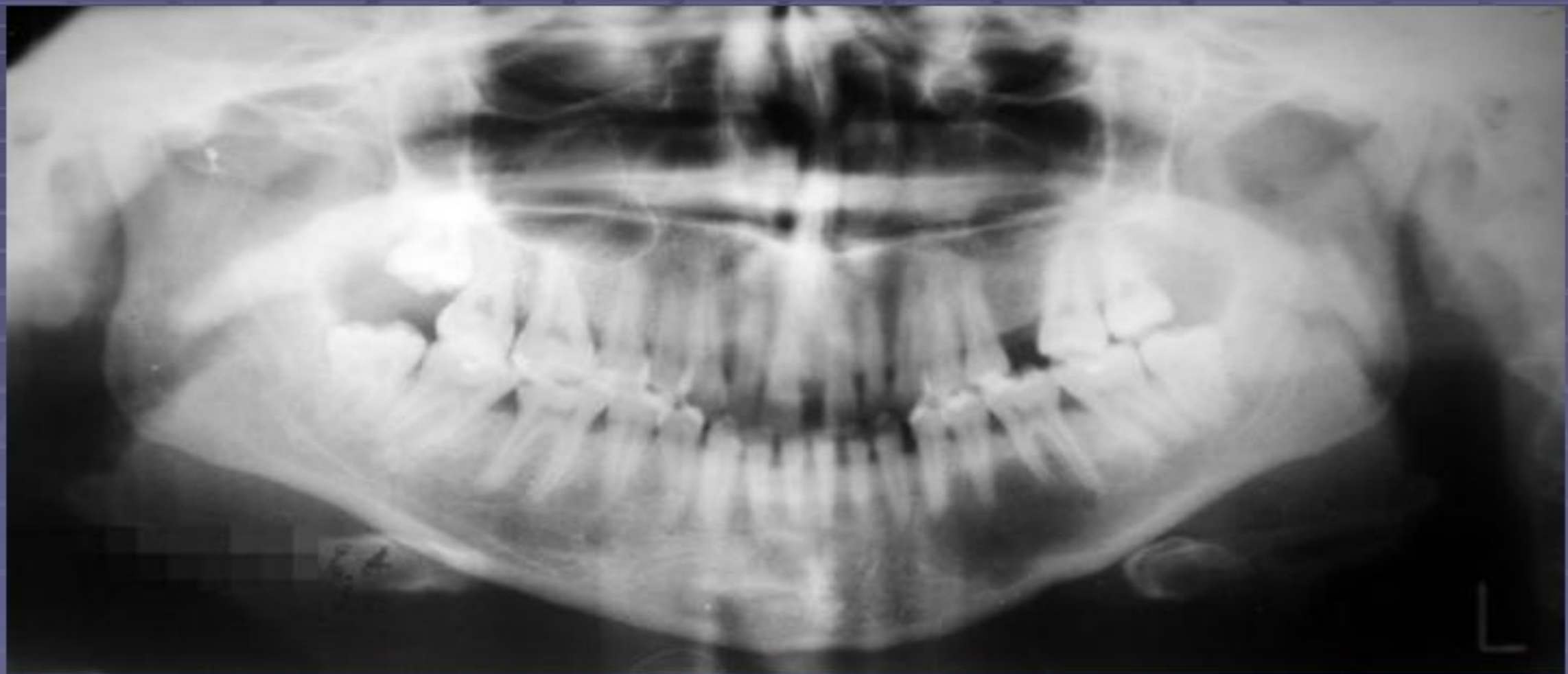
- ▶ Данное заболевание наиболее распространено среди пациентов женского пола возрастом от одиннадцати до двадцати лет, однако обнаруживается и у лиц, принадлежащих другим возрастным группам. Как правило, опухоль локализуется на нижней челюсти в области жевательных зубов. Данное новообразование характеризуется присутствием в нем большого количества гигантских клеток с одним ядром (остеобластов) либо множеством ядер (остеокластов), потому другое его название - гигантоклеточная опухоль челюсти. Эти клетки имеют продолговатую либо круглую форму.



По способу расположения выделяют два вида данной опухоли:

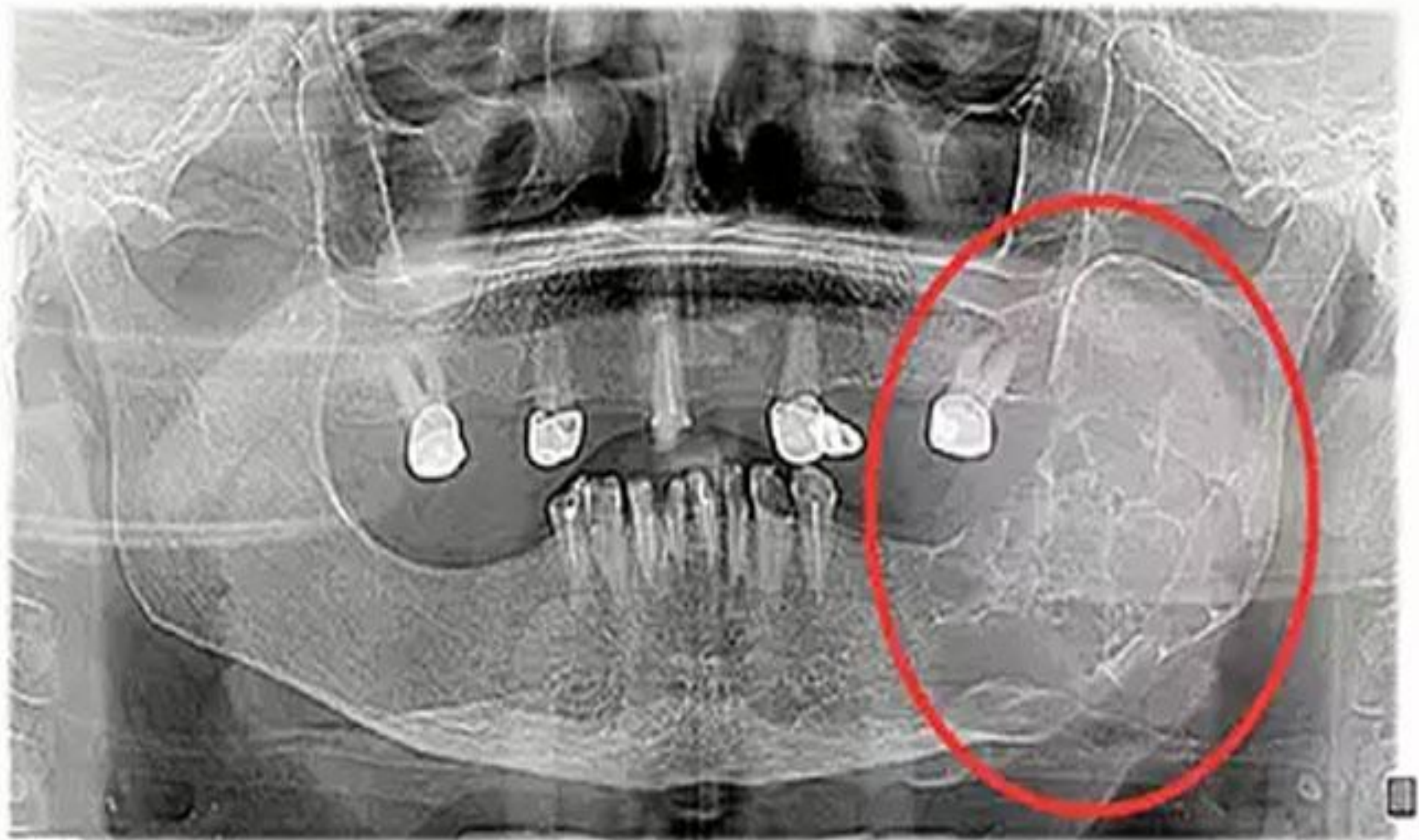
- ▶ Периферическая остеобластокластома, развивающаяся в области десны. Внешне она выглядит как бледно-розовое выпячивание в ротовой полости, величина которого определяется продолжительностью развития заболевания. Наличие такого опухолевого образования в полости рта создает дискомфорт. Зубы, расположенные в зоне опухоли, на определенном этапе ее развития начинают шататься. Периферическая остеобластокластома растет быстро и со временем нарушает симметрию лица.

Остеобластокластома тела
нижней челюсти слева. (До
операции.)



- ▶ Механические травмы десны твердой пищей в области опухоли приводят к образованию язв и развитию воспаления, переходящего на близлежащие лимфоузлы и сопровождающегося болями во время жевания и повышением температуры.

- ▶ Центральная остеобластокластома, которая растет медленно и на ранних стадиях может вовсе никак не проявляться. Обнаруживают такую опухоль обычно случайно. Дальнейшее развитие новообразования приводит к затруднениям во время еды. Кроме того, в прилегающих к опухоли мягких тканях могут начаться воспалительные процессы, сопровождающиеся образованием гноя, выделяющегося через язвы и свищи. Нередко при таком течении болезни развивается периодонтит. В этих случаях у больного может подниматься температура. Центральная остеобластокластома характеризуется большим количеством геморрагических очагов и кистообразных полостей, заполненных серозной жидкостью либо кровью. От этого опухолевая ткань на срезе пятнистая или бурая.



- ▶ Причиной этого является то, что замедление кровотока в опухоли ведет к застою крови, сопровождающемуся осаждением красных кровяных телец, которые в дальнейшем разрушаются, а из их гемоглобина образуется краситель гемосидерин. Это вещество и создает бурое окрашивание. Бурый цвет имеет и жидкость, взятая при пункции опухолевой ткани. Потому центральную остеобластокластому называют также бурой опухолью.

▶ Формы остеобластокластомы челюсти

В соответствии с характерными особенностями протекания болезни, выделяют три формы данного новообразования, а именно:

- ячеистая остеобластокластома;
- кистозная остеобластокластома;
- литическая остеобластокластома.

Ячеистая остеобластокластома

- ▶ Эта форма заболевания развивается медленно и обнаруживается обычно у пациентов зрелого и пожилого возраста. Опухоль в течение долгого времени не приводит к потере устойчивости зубов и снижению их функциональности. Кроме того, она не вызывает уменьшения толщины коркового вещества в костной ткани. Характерным признаком такой остеобластокластомы является наличие многочисленных мелких ячеистых полостей, отчетливо заметных на рентгеновском снимке (отсюда и название).

Кистозная остеобластокластома



Такая опухоль наиболее распространена у молодых пациентов. Первым проявлением заболевания обычно является зубная боль. Кистозная остеобластома представляет собой гладкое куполообразное образование, на рентгеновском снимке напоминающее одонтогенную кисту. При прощупывании опухоли пальцами может быть слышен характерный «пергаментный хруст». Корковое вещество костной ткани при этом заболевании заметно истончается.

▸ Литическая остеобластома

Данная форма заболевания развивается преимущественно у детей, подростков и молодых людей. Характеризуется она быстрым развитием, и первыми ее симптомами в некоторых случаях являются внезапные болевые ощущения в области локализации новообразования. При дальнейшем росте опухоли, при достаточном уменьшении толщины коркового слоя кости, болезненные ощущения могут быть вызваны пальпацией пораженного участка. При данном заболевании наблюдается выпячивание в области альвеолярных отростков и расширение вен в деснах. Болезнь ведет к утрате устойчивости зубов и их смещению.

- ▶ При рентгеновском исследовании пораженной области на снимке наблюдается светлый участок, лишенный структуры. При рассмотрении опухолевой ткани в микроскоп остеокласты и остеобласты, окружающие остеоидные баночки.



Лечение остеобластокластомы

- ▶ То, насколько успешным будет лечение данной опухоли, зависит от точности постановки диагноза. Существует ряд заболеваний, имеющих сходную клиническую картину
- ▶ одонтогенные кистозные образования;
эозинофильная гранулема;
саркома челюстной кости;
адамантинома (очень редко встречающееся злокачественное новообразование в костной ткани челюсти);
фиброзная дисплазия.
Для точного определения природы опухоли применяется гистологическое исследование образца опухолевой ткани.

- ▶ В зависимости от конкретной клинической картины, для хирургического удаления опухоли могут быть применены следующие операции:

Экскохлеация - удаление специальной ложечкой содержимого патологических полостей. Такая процедура применяется при лечении новообразования кистозного либо ячеистого типа, если размер опухоли невелик.

Выскабливание костной ткани, прилегающей к опухоли. Эта процедура применяется как дополнение к экскохлеации.

Удаление участка челюсти - обычно такая операция применяется тогда, когда имеет место рецидив остеобластокластомы.





- ▶ Если удаление участка челюсти (резекция) прошла успешно, и состояние пациента удовлетворительное, то резекция производится вместе с одновременной костной пластикой. При этом больному подсаживается его собственный костный материал. Также может быть применена и трансплантация специально подготовленной чужеродной костной ткани. Кроме того, может быть проведена термическая и механическая обработка удаленной костной ткани с последующей ее обратной трансплантацией.

При периферическом положении опухоли производят иссечение альвеолярного отростка и удаление подвижных зубов.

Фиброзная дисплазия

- ▶ — порок развития кости, близкий по биологической сущности к истинным опухолям. При фиброзной дисплазии очаги характеризуются автономностью роста. При неполном удалении возможен рецидив. Новое образование чаще проявляется в период интенсивного роста лицевых костей, прорезывания постоянных зубов, активизации деятельности эндокринных органов и полового созревания. Большинство авторов считают, что фиброзная дисплазия (нередко сочетающаяся с другими пороками развития) относится к процессам дизонтогенетического происхождения и проявляется как диспластический процесс, имеющий признаки доброкачественной опухоли.

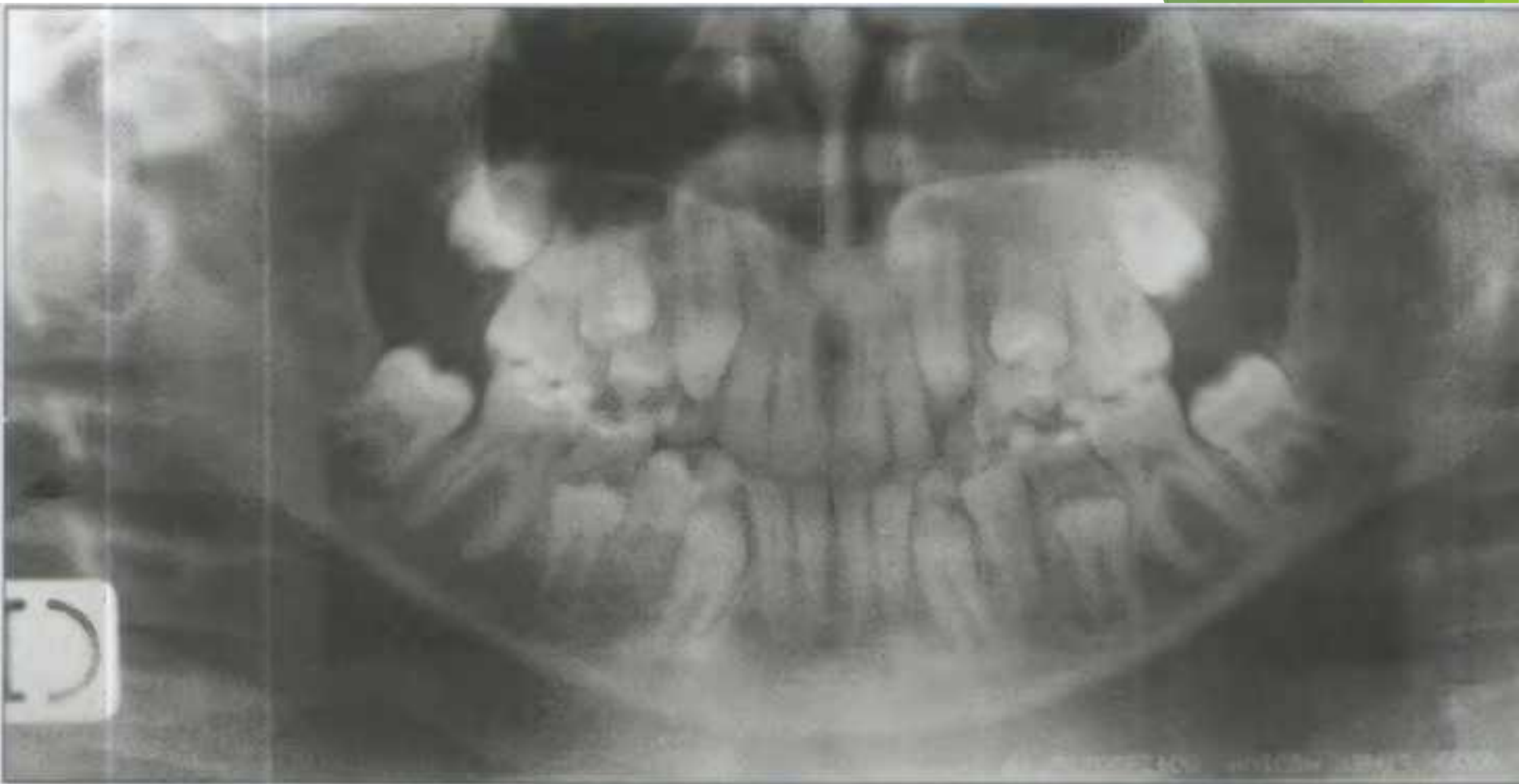


Рис. 6.22. Ребенок 9 лет. Фиброзная дисплазия верхней челюсти слева. Ортопантомограмм.

- ▶ Фиброзная дисплазия одинаково часто встречается у девочек и мальчиков, иногда наблюдается в комбинации с другими врожденными заболеваниями, пороками развития, преимущественно с пороками развития зубочелюстной системы; выявляется у детей 10–15 лет и редко в младшем возрасте



a



6

Клиническая картина.

- ▶ По клиническому проявлению различают моно- и полиоссальные формы, херувизм и синдром Олбрайта. В раннем детском возрасте при поражении костей лица нередко наблюдается бурный рост фиброзной дисплазии. У детей можно отметить и цикличность развития заболевания, при которой быстрый рост сменяется периодом затишья и прекращением распространения процесса.
- ▶ Болевой синдром чаще отсутствует, но нередко наблюдаются ноющие боли. Ведущим симптомом фиброзной дисплазии является утолщение (как бы вздутие) в области верхней или нижней челюсти за счет разрастания остеоидной ткани.

Фиброзная дисплазия монооссальная форма

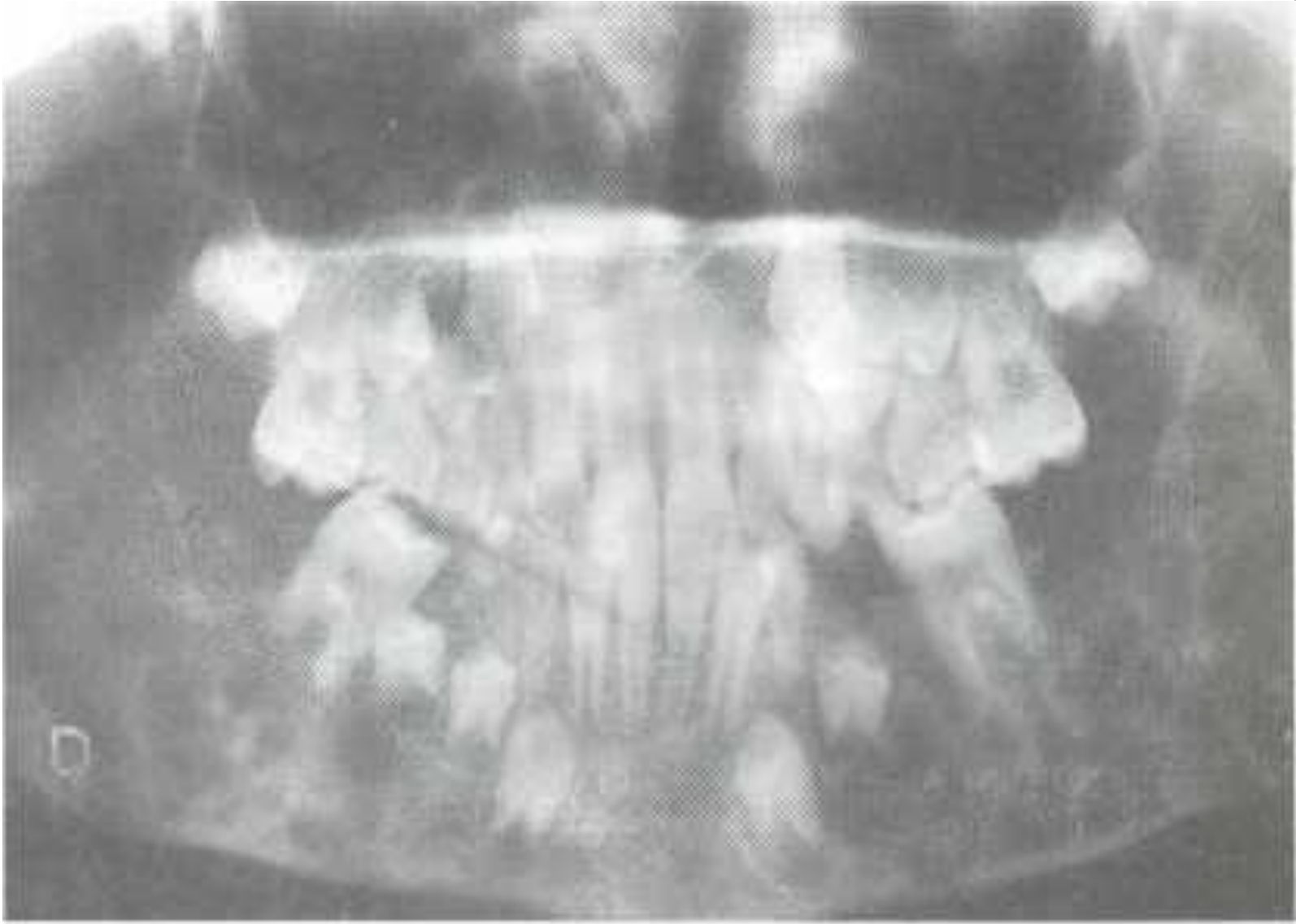


- ▶ Определенной локализации в челюстях фиброзная дисплазия не имеет. В верхней челюсти могут быть небольшие одиночные очаги, возможно диффузное поражение всей челюсти. При локализации фиброзной дисплазии в верхней челюсти и большой распространенности процесса возникают вторичные деформации костей лица и нарушение функций близлежащих органов: затрудненное носовое дыхание, нарушение обоняния, гипертрофия слизистой оболочки полости носа, нарушение зрения, экзофтальм, ограничение открывания рта при поражении всей верхней челюсти (особенно ее дистального отдела)



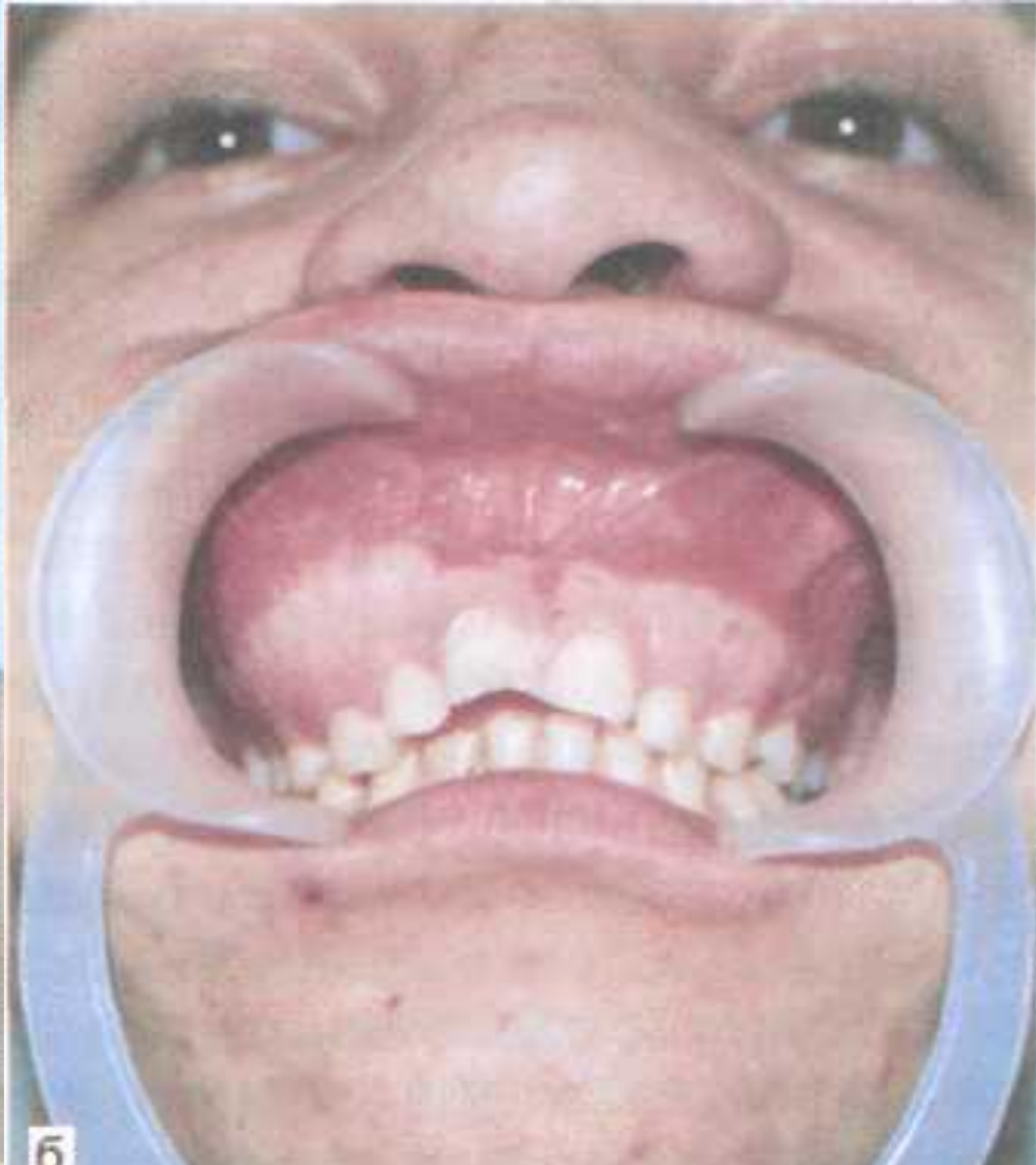
a





6

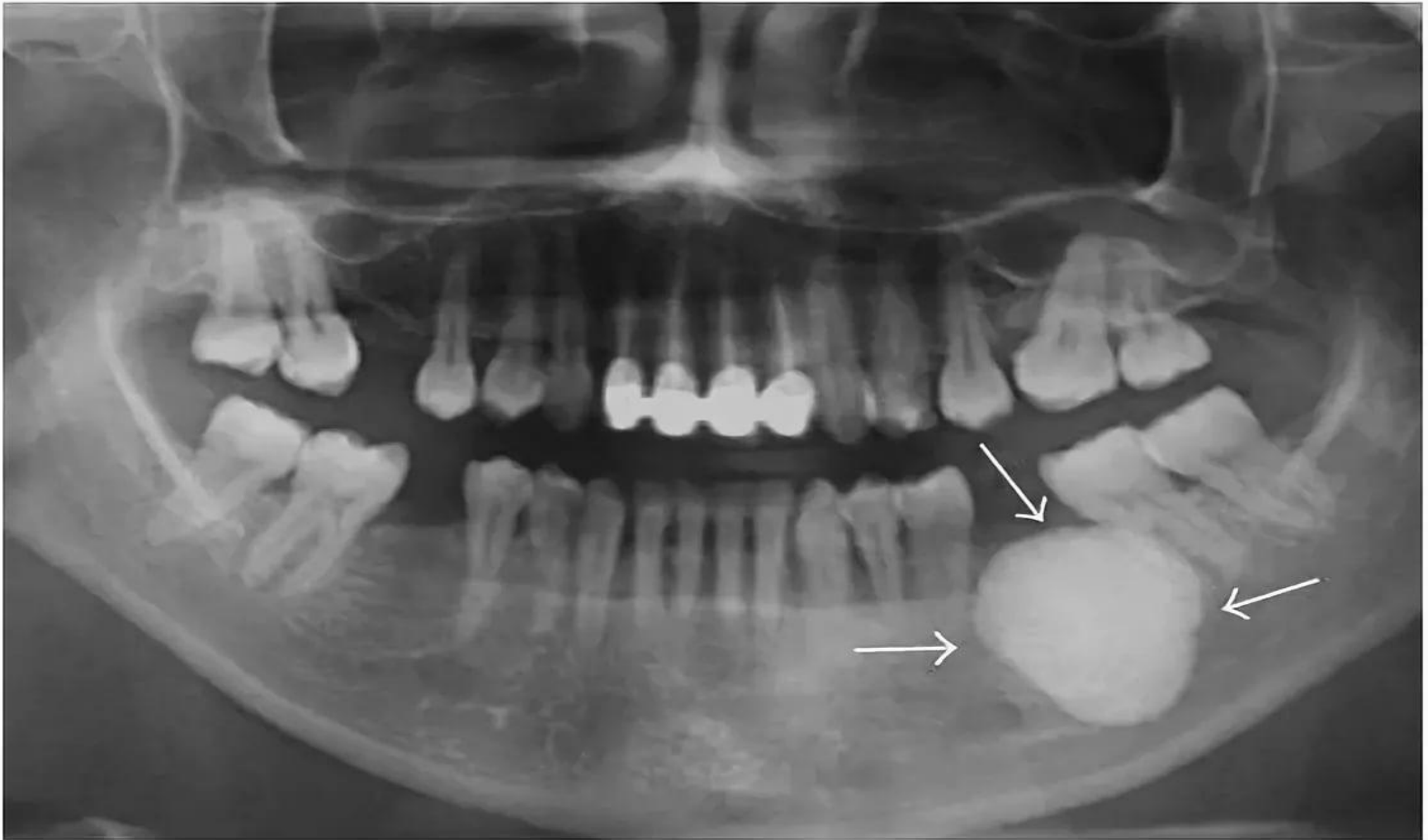
- ▶ *Синдром Олбрайта* ЧЛО встречается редко. Этот синдром характеризуется триадой: поражением кости или костей, наличием пигментных пятен на коже, ранним половым созреванием. Чаще наблюдается «неполный» синдром Олбрайта, когда имеются два первых симптома. Причины сочетания этих симптомов остаются неясными, но свидетельствуют о диспластической природе заболевания .



Лечение

- ▶ фиброзной дисплазии челюстей только хирургическое. При монооссальных формах проводят резекцию челюсти (верхней или нижней) экономно в пределах здоровых тканей в сочетании с восстановительной операцией. При полиоссальной форме удалению подлежат очаги, вызывающие нарушение функции близлежащего органа, и лечение имеет паллиативный характер. Такая же тактика терапии синдрома Олбрайта. При херувизме показания к хирургическому лечению индивидуальны.

- ▶ **Остеома.** Это доброкачественное образование из зрелой костной ткани. Некоторые авторы не считают остеому истинной опухолью, полагая, что она возникает в результате нарушений эмбрионального развития и формирования костей.
- ▶ По нашим данным, остеома встречается у 8 % больных с костными новообразованиями челюстей, чаще у женщин молодого и среднего возраста. Различают периферическую и центральную остеомы. Периферическая остеома в виде костного образования округлой, реже неправильной формы соединяется с челюстью узким или довольно широким основанием, приводит к деформации лица.
- ▶ Центральная остеома, исходящая из эндоста, располагается в глубине челюстной кости, небольшого диаметра (до 1,5 см), протекает бессимптомно. Возможно, что ее появление в виде очага остеосклероза является реакцией на раздражение при хроническом периодонтальном процессе. По структуре опухолевой ткани различают компактную и губчатую остеомы. К остеоме тесно примыкают экзостозы и остеофиты, локализующиеся на альвеолярном отростке челюсти в виде небольших костных выступов.



- ▶ **Клиническая картина** остеомы зависит от ее размера и локализации. Увеличивается она медленно, безболезненно, развивается в различных участках лицевого скелета, выявляется случайно или при обнаружении деформации лица. Функциональные расстройства могут возникнуть при локализации остеомы на верхней челюсти (диплопия, затруднение носового дыхания), на скуловой дуге (ограничение открывания рта). Остеома шиловидного отростка (в виде так называемого мега-стилоида) ведет к неприятным ощущениям и боли в позадичелюстной области и соответствующей половине горла. Озлокачествление остеомы не наблюдалось.

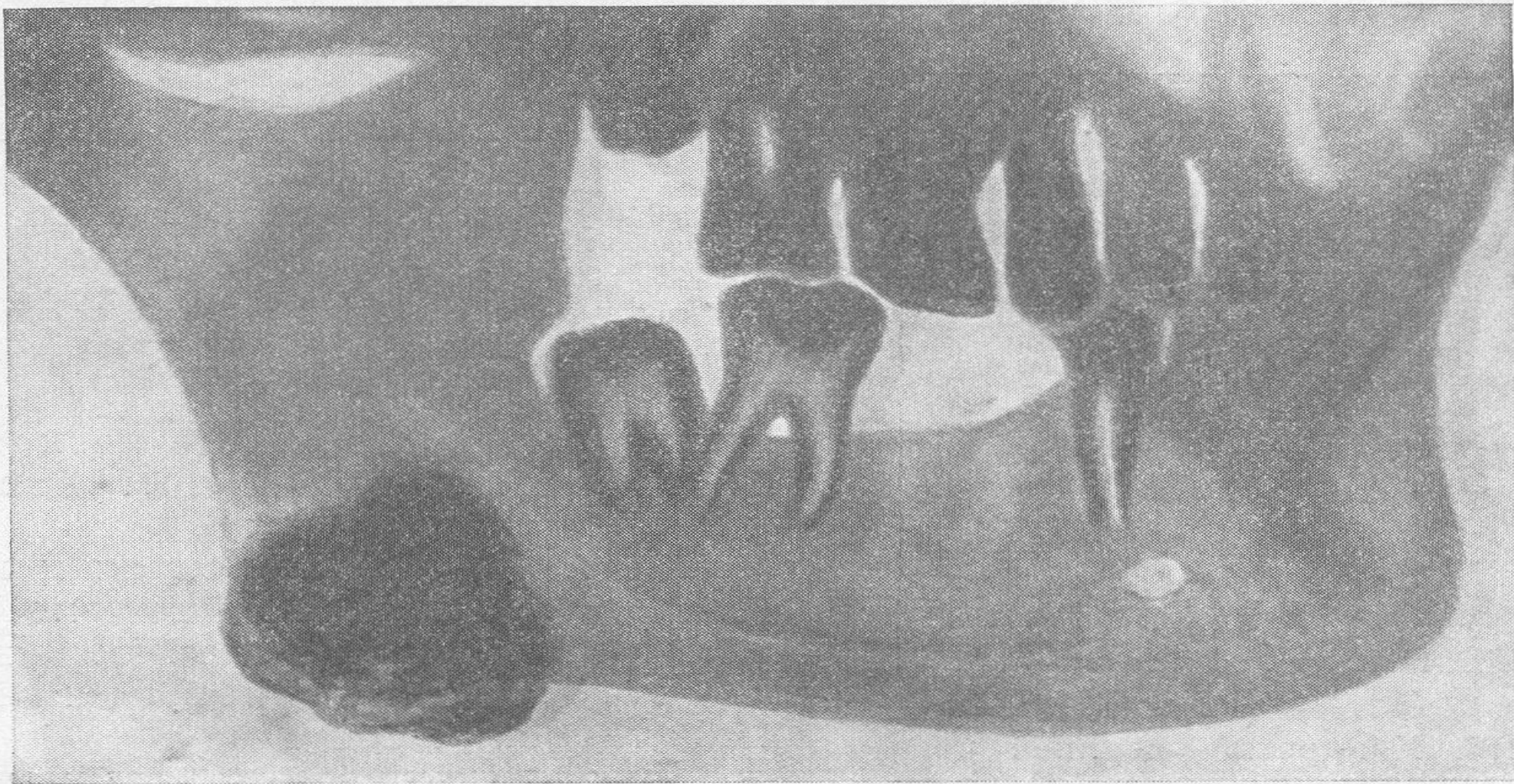
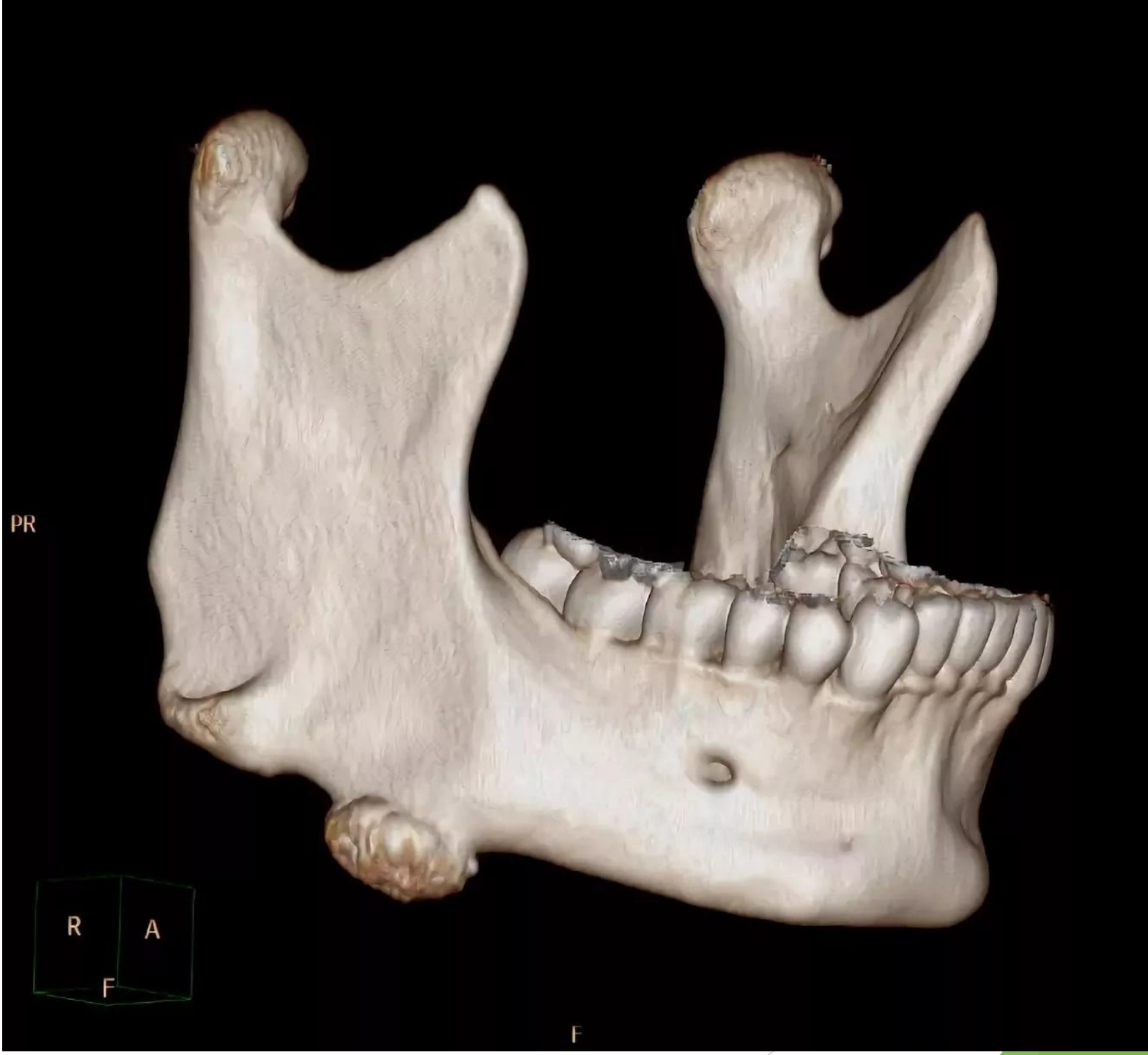
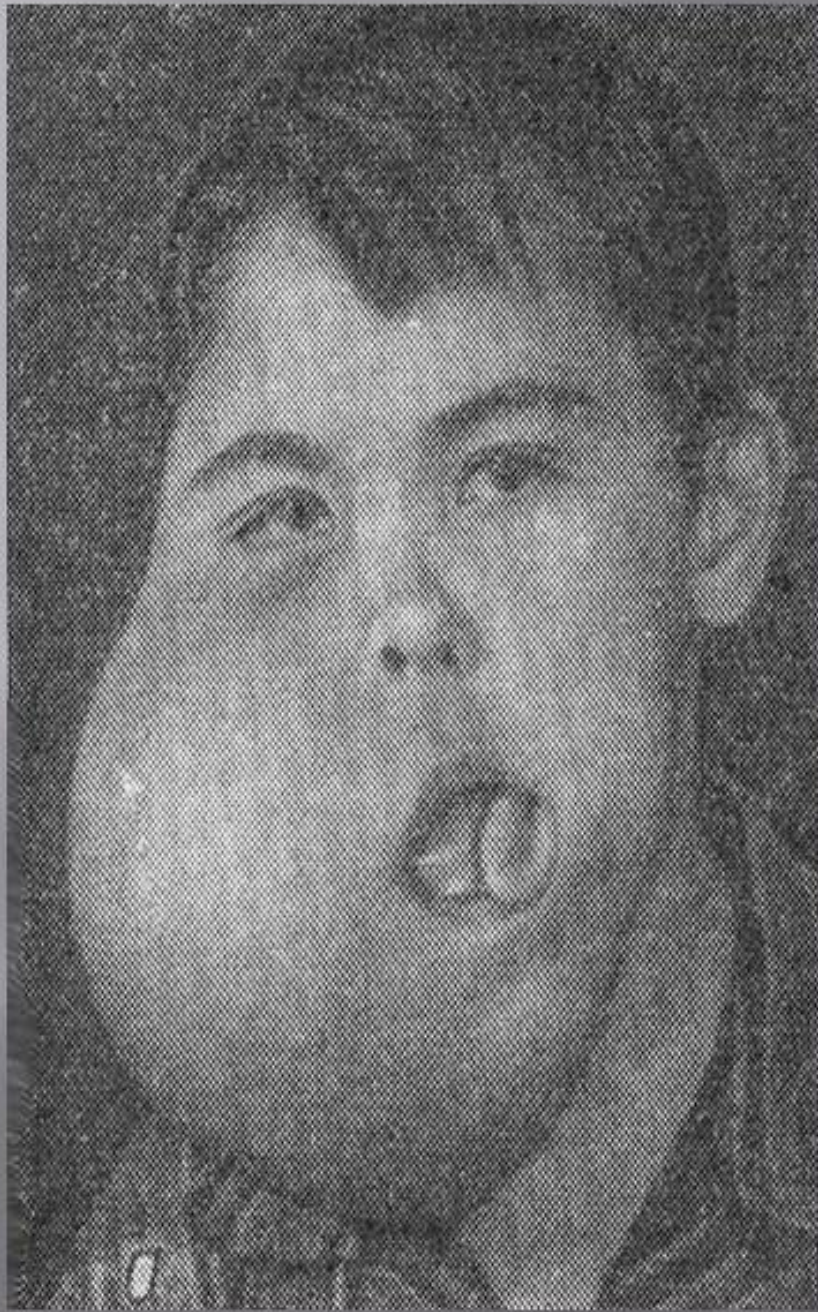


Рис. 214а. Компактная остеома угла нижней челюсти. Рентгенограмма (по материалам кафедры хирургической стоматологии Московского медицинского стоматологического института).

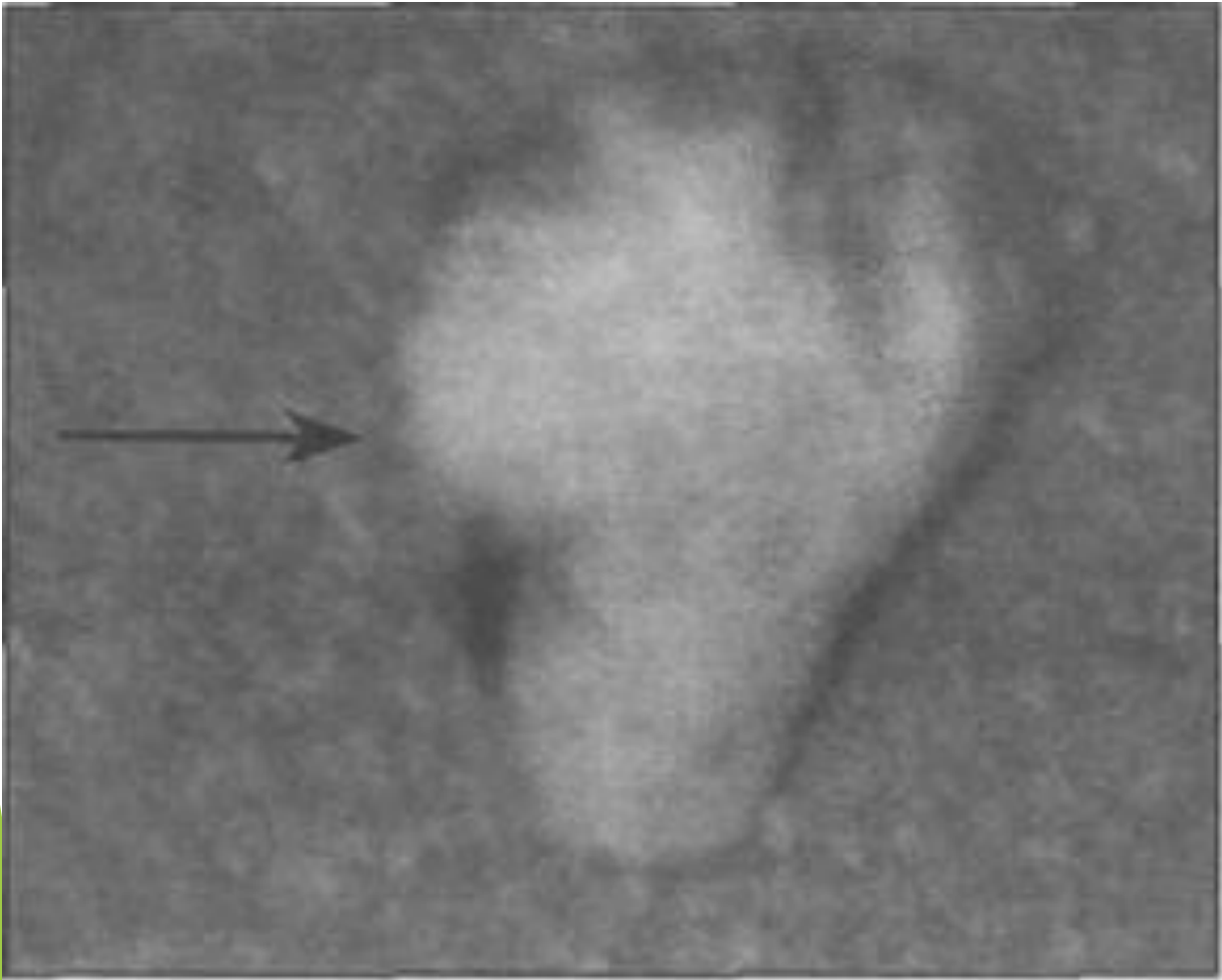
- ▶ **Лечение** остеомы заключается в иссечении ее в пределах непораженной кости. Операцию применяют по косметическим и функциональным показаниям, а также в случае затруднений при зубном протезировании. При невозможности провести оперативное лечение (нарушение общего состояния больного, труднодоступная локализация остеомы и др.) устанавливают динамическое наблюдение.
- ▶ **Прогноз** для жизни благоприятный.



- ▶ **Хондрома.** Это доброкачественная опухоль, характеризующаяся образованием зрелого хряща. Она локализуется преимущественно в переднем отделе верхней челюсти в виде изолированного солитарного узла. Описаны единичные случаи локализации опухоли на нижней челюсти.
- ▶ Различают энхондрому, расположенную центрально в глубине челюсти, и экзондрому – периферическую, периостальную, или кжстакорти-кальную, растущую за пределы челюсти.
- ▶ **Клиническая картина** хондромы характеризуется медленным ростом. Периферическая форма проявляется в виде бугристого, плотного на ощупь, безболезненного образования, связанного с подлежащей костью.



- ▶ Рентгенологически хондрома не всегда имеет четкую характерную картину, что связано с ее неоднородной структурой и наложением на другие костные образования в проекции верхней челюсти. Она определяется в виде очага деструкции со сравнительно четкими границами, в котором сочетаются плотные очаги обызвествления и разрежения (рис. 15.46). При экхондроме границы деструкции распространяются за пределы челюсти, что бывает видно лишь на боковой рентгенограмме.
- ▶ **Диагностика** не всегда бывает легкой. Локализация хондромы в переднем отделе верхней челюсти типична для данного поражения.
- ▶ **Дифференцируют** хондрому от остеофибромы, амелобластической фибромы.



- ▶ Макроскопически хондрома имеет вид дольчатого хрящевого образования плотной консистенции, серо-белого цвета, иногда с участками мик-соматоза, некроза и обызвествления. Микроскопически она состоит из гиалинового хряща, в котором неравномерно располагаются хрящевые клетки. Сравнительная бедность клеточными элементами, однородность строения, отсутствие полиморфизма и митозов отличают ее от хондросаркомы.
- ▶ **Лечение.** Ввиду частых рецидивов необходимо проводить более радикальную операцию – резекцию челюсти в пределах здоровых тканей.
- ▶ **Прогноз** благоприятный. Своевременное удаление опухоли ведет к выздоровлению, но возможно возникновение функциональных или косметических нарушений.



Спасибо за
внимание!)