

Одонтогенные новообразования челюстей у детей (амелобластома, одонтома, цементома).



Подготовили
Студентки 5 курса
503 группы
Мирикова Милана и Цогоева
Дана.

АМЕЛОБЛАСТОМА.

- **Амелобластома** — одонтогенная эпителиальная опухоль, строение которой подобно строению тканей эмалевого органа зубного зачатка. Амелобластома в научной литературе встречается и под названиями "адамантинома", "пролиферативная челюстная киста", "многокамерная киста", "центральная парадентальная киста", "адамантома" (эмолоид). Термин "адамантинома" ввел в 1901



- Амелобластомы составляют у детей 6-7 % всех доброкачественных опухолей и опухолеподобных новообразований челюстей. Они развиваются в возрасте 7-16 лет, излюбленная локализация — область ветви и угла нижней челюсти.



- Особенности этой опухоли являются: склонность к рецидивированию, разнообразие гистологического и рентгенологического строения, что осложняет ее диагностику и лечение. Этиология опухоли до сих пор не выяснена. Возможно, она является следствием дизонтогенетических нарушений, связанных с патологическими изменениями в эмалевом органе. Согласно другой точке зрения, эпителиальные клетки амелобластомы возникают из клеточных элементов слизистой оболочки ротовой полости. Как возможные источники развития эпителия в опухоли называют также эпителиальные островки Маляссе-Астахова, зачатки сверхкомплектных зубов или рассеянные клеточные комплексы зубной пластинки и зубных мешочков. И.Г. Лукомский (1927), О.Л. Козырева (1959) допускают возникновение амелобластомы из эпителия эмалевого органа зубного зачатка. Кисты амелобластомы могут быть выстланы многослойным плоским эпителием и содержать кристаллы холестерина. Все авторы считают, что возникновение амелобластомы так или иначе связано с нарушением процесса зубообразования. Таким образом, происхождение амелобластом имеет много общего с происхождением кист челюстей.

Жалобы.

- Жалоб на раннем этапе развития опухоли обычно нет, но еще до появления деформации кости может возникать боль в патологическом очаге, которая воспринимается как зубная. Когда опухоль достигает значительных размеров и деформирует челюсть, дети или их родители указывают на наличие увеличения участка челюсти. В этот период может возникать ноющая боль в зубах на стороне поражения, иногда амелобластома нагнаивается. Опухоль могут выявить случайно при рентгенологическом исследовании по поводу заболеваний зубов. Если она локализуется на верхней челюсти, больные жалуются на затрудненное носовое дыхание, слезотечение, диплопию, или парестезию кожи на стороне поражения.



Клинические признаки.

- *Клинические признаки* амелобластомы связаны с деформацией челюстей. Опухоль имеет две формы: солидную и кистозную. Последняя у детей диагностируется чаще.



- При **солидной форме** долгое время опухоль себя не проявляет. Лишь когда она приобретает большие размеры, лицо становится асимметричным за счет увеличения (чаще) угла или ветви нижней челюсти. Кожа над опухолью бледная, с выраженным сосудистым рисунком. Пальпаторно определяется плотная, с участками размягчения, безболезненная опухоль, представленная конгломератом мягкой и костной тканей. Подчелюстные лимфатические узлы в связи с большими размерами опухоли выявить не удается. При нагноении появляются все признаки воспаления, часто на коже открываются свищи. Такая картина обычно наблюдается у детей в



- При кистозной форме пальпаторно определяется гладкая и блестящая или бугристая веретенообразно вздутая кость, чаще нижней челюсти. Позже может наблюдаться симптом пергаментного хруста (как при всех кистах и кистоподобных новообразованиях) и даже флюктуация (при кистозной форме в результате полной резорбции костной стенки). Зубы в зоне поражения могут быть смещены в тех случаях, когда они расположены с обеих сторон кистозной полости. Полость раздвигает корни зубов, и, как следствие, коронки сходятся друг с другом. Происходит так называемая конвергенция коронок и дивергенция корней. Зубы подвижны в результате разрушения опухолью кости альвеолярного отростка, перкуссия их ненормальная.



- Амелобластома поражает верхнюю челюсть очень редко. При этом дефект кости почти никогда не наблюдается, поскольку опухоль прорастает в верхнечелюстную пазуху. Лишь когда она прорастает в носовую полость и глазницу, происходит смещение глазного яблока, деформация альвеолярного отростка и твердого нёба. В тех редких случаях, когда амелобластома нагнаивается, она клинически проявляется как воспалительный процесс.
- Малигнизации амелобластомы у детей практически не бывает, но она может возникнуть при многоэтапном длительном неправильном лечении. Тогда симптомы заболевания нарастают быстро, происходит



- Чтоб поставить диагноз "амелобластома", кроме клинических данных используют такие дополнительные методы, как пункция, рентгенография, КТМ, МРТ и патогистологическое исследование. Последнее является наиболее информативным.
- Особенности гистологического строения амелобластомы заключаются в наличии двух типов клеток — цилиндрических и звездчатых. Первые имеют длинные эпителиальные отростки, проникающие за пределы опухоли в здоровую костную ткань. Они играют значительную роль в возникновении рецидивов амелобластомы.



- ***Рентгенологическая картина.*** О.Л. Козырева описала девять вариантов изменений костной ткани челюсти при амелобластоме, которые можно увидеть на рентгенограмме. При поликистозном варианте характерно наличие многочисленных, больших по размеру круглых и овальных очагов разрежения костной ткани, с четкими контурами и локализацией (чаще) в области угла и ветви челюсти. Кисты прилегают друг к другу, границы их четкие, но неровные; иногда в одной из кист можно выявить фолликул постоянного моляра. Крайне редкой является однокамерная форма (очаг деструкции с полициклическими контурами). Такая киста чаще локализуется в участке угла и ветви челюсти; границы ее четкие, разрежение кости нередко гомогенное, на полость может проецироваться ретинированный зуб. Деструктивные процессы в кости вызывают смещение, истончение и прерывание ее кортикального слоя в отдельных местах. Реакция надкостницы отсутствует. Солидная амелобластома на рентгенограмме представлена гетерогенным разрежением кости, границы которого относительно четкие. На этом фоне можно выявить едва видимые кистозные полости (за счет опухолевидной ткани).

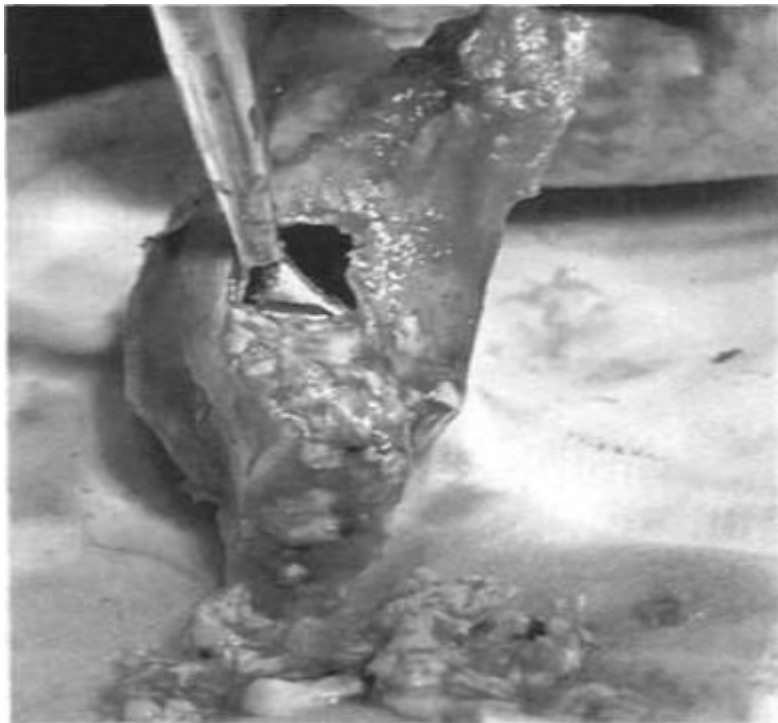
- **Амелобластому необходимо дифференцировать** с теми заболеваниями, для которых на рентгенограмме характерно разрежение костной ткани, то есть "минусткань", а именно:
- **1.С фолликулярной кистой** — определенная локализация, отсутствие в дуге постоянного зуба, при проведении операции определяется толстая оболочка.
- **2.С радикулярной кистой** — четко очерченный дефект кости явно связан с гангренозным зубом, разная локализация; макроскопически: оболочка кисты толще и плотнее; гистологически: отсутствие двух типов клеток (цилиндрических и звездчатых).
- **3.С остеобластокластомой** — при пункции опухоли получают бурую жидкость; рентгенологически — горизонтальная резорбция корней зубов, входящих в опухоль.
- **4.С саркомой** — злокачественная опухоль, имеющая инфильтративный быстрый рост, рано вызывает сильную боль, подвижность зубов (из-за разрушения костной ткани альвеолярного отростка). Рентгенологически выявляется дефект (лизис) кости с изъеденными неровными краями и периостальная реакция по нижнему краю челюсти в виде спикл



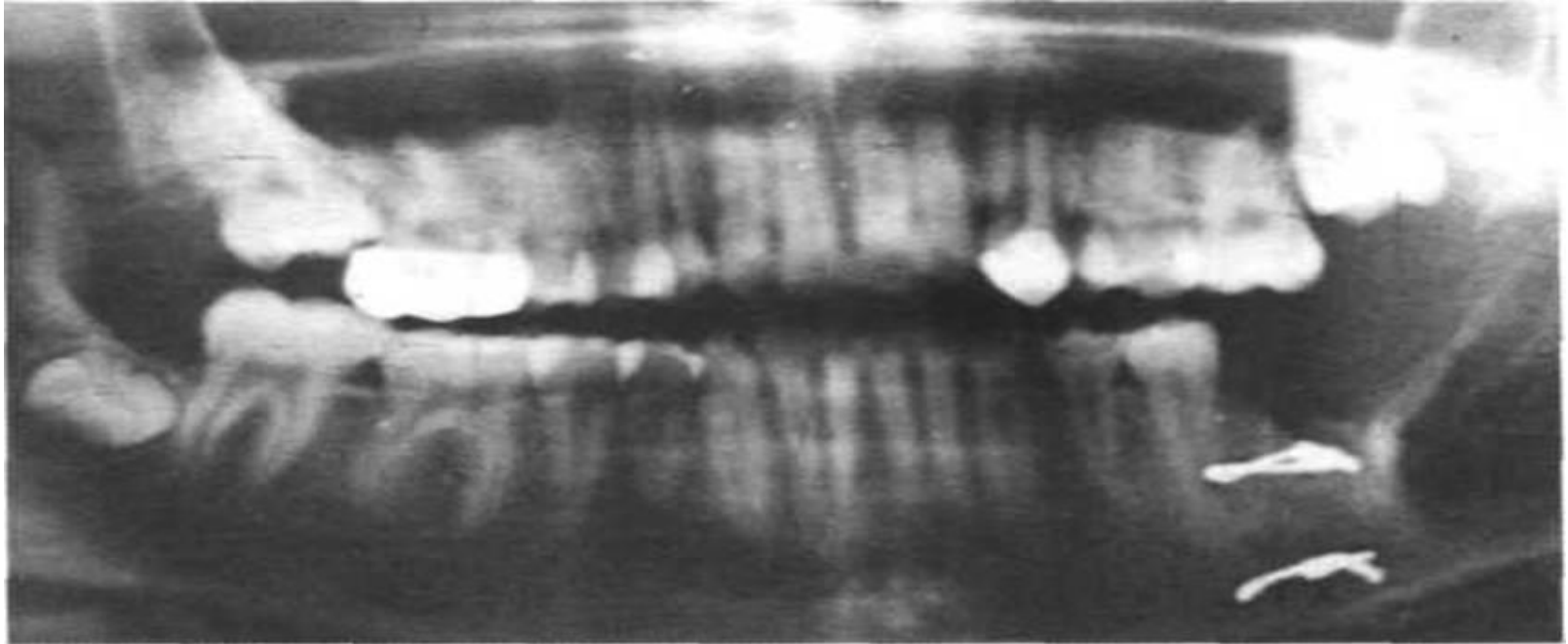
• **Лечение** исключительно хирургическое и заключается в резекции участка челюсти в пределах здоровой ткани, отступив на 1-1,5 см от опухоли, без нарушения непрерывности кости (по Наумову). При значительном поражении нижнечелюстной кости наиболее радикальным методом является резекция или экзартикуляция челюсти с одномоментной аутопластикой проваренным реплантатом (по Ю.И. Вернадскому и Л.В. Дробцюн). В термически и механически обработанном фрагменте нижней челюсти, удаленном по поводу амелобластомы, необходимо удалить фолликулы зубов, поскольку они могут стать источником воспаления в послеоперационный период. После этого реплантат помещают в подготовленное ложе и фиксируют разными видами накостной, реже — назубной фиксации. При прорастании опухоли в прилегающие ткани нужно удалять и их.



Резецированный и экзартикулированный фрагмент нижней челюсти и два удаленных зуба



**Механическая обработка удаленного фрагмента
нижней челюсти перед реплантацией.**



Ортопантомограмма того же больного после реплантации резецированного фрагмента нижней челюсти, фиксированного двумя серебряными лигатурами.



**Конфигурация тканей угла и ветви
нижней челюсти слева после снятия
ШВОВ.**

- Обязательные условия при проведении такой операции:
- 1) поднадкостничная резекция челюсти (за счет надкостницы идет восстановление кости в послеоперационный период);
- 2) "невхождение" в полость рта, чтобы не инфицировать реллантант с ее стороны.
- Если поражен незначительный участок челюсти, дефект кости можно заместить гребнем подвздошной кости или расщепленным ребром.
- Негативными последствиями лечения могут быть рецидивы опухоли, разные виды послеоперационных деформаций челюстей, их переломы, образование ложных суставов, остеомиелит, нагноение и т. п.

ОДОНТОГЕННЫЕ ОПУХОЛЕПОДОБНЫЕ НОВООБРАЗОВАНИЯ

- По международной гистологической классификации одонтомы и цементомы относят к одонтогенным опухолям, что, на наш взгляд, не совсем правильно. О.Г. Лукомский, исследовав одонтому, сделал вывод, что это не опухоль, а конгломерат из всех или части тканей, образующих зуб и зубную лунку. Это свидетельствует о происхождении одонтомы из эпителия ротовой полости. А.А. Лим-берг и П.П. Львов выдвигали несколько теорий происхождения одонтомы: из остатков избыточных тканей зуба (Брок); результат пролиферации разных составных элементов зуба (Маляссе); одонтома — это эпителиально-мезенхимная опухоль ротовой



Одонтома.

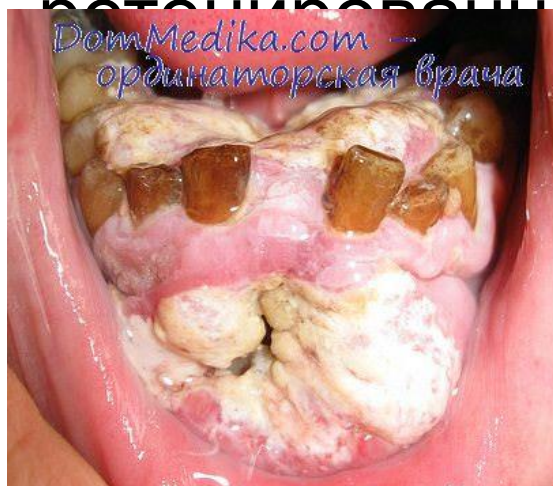
- Одонтома состоит из эпителиального и мезенхимального компонентов зубо-образующих тканей и является результатом дифференциации зубообразующего тканевого комплекса в сторону образования структур, подобных структуре зуба на разных стадиях его развития. Одонтома увеличивается за счет измененного фолликула зуба, имеющего потенцию к росту. Характерный для опухолей бесконтрольный митоз клеток здесь не наблюдается. Существует две формы этой опухоли — мягкая и твердая одонтома.



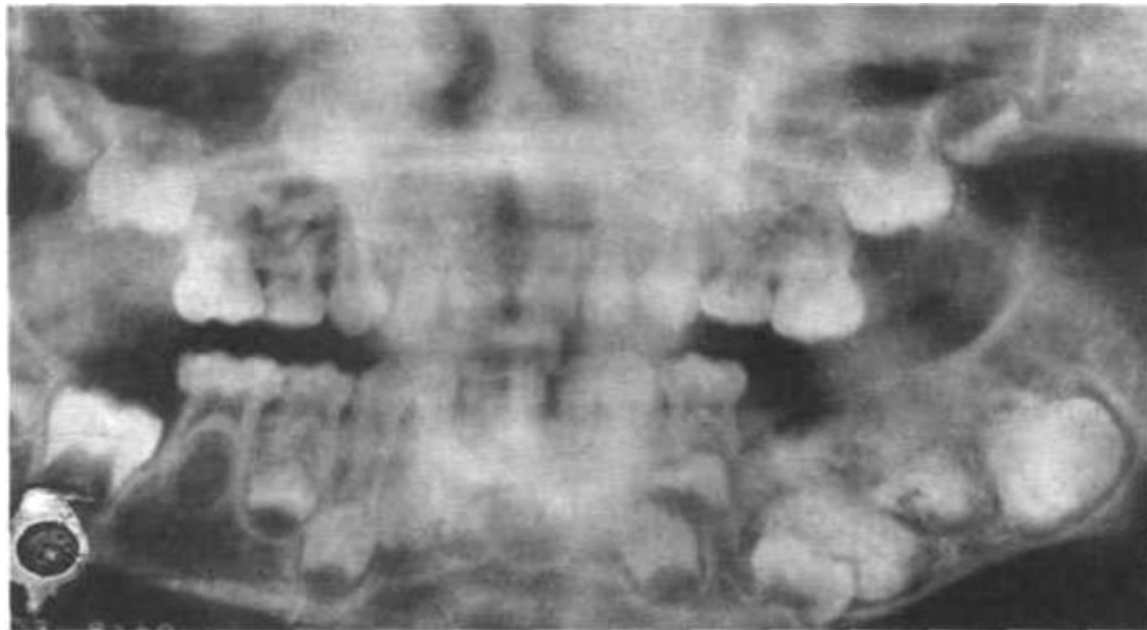
- **Твердая одонтома** развивается из одного или нескольких зачатков зуба. Возникает в период формирования постоянных зубов, но проявляется у детей редко. Локализуется опухоль преимущественно в участке резцов, клыков и премоляров нижней челюсти.
 - Различают две формы твердой одонтомы: простую и сложную. Простая одонтома развивается из тканей одного зуба и может быть простой полной (накопление беспорядочно расположенных тканей) и неполной (состоит из одного вида твердых тканей зуба). Сложная одонтома состоит из зачатков многих зубов, все зубные ткани ее хорошо развиты, но расположены беспорядочно. Такая опухоль чаще локализуется на верхней челюсти.
- **Жалобы.** Жалоб немного, и сводятся они к отсутствию зуба или наличию безболезненной деформации челюсти.



- **Клиника.** Клиническая симптоматика одонтомы "бедна", большая часть симптомов имеет вторичный характер. Одонтома характеризуется очень медленным ростом. Появление ее иногда сопровождается болью. Опухоль может прорасти в разные стороны нижней челюсти. При проращении ее в вестибулярную сторону альвеолярного отростка она травмируется зубами-антагонистами. В области развития опухоли постоянный зуб может отсутствовать или быть ретенционным.



- **На рентгенограмме** одонтома определяется как гомогенная или негомогенная тень высокой интенсивности, с четкими бугристыми контурами. По периферии новообразования видны полоса разрежения костной ткани и ободок склероза, который отграничивает одонтому от здоровой ткани челюсти (рис. 194). На фоне тени одонтомы можно видеть отдельные зубоподобные образования неправильной формы (рис. 195). При сложной форме твердой одонтомы иногда определяются многочисленные зубоподобные образования разной формы и величины. В процессе роста челюстей может наблюдаться истончение кости и кортикального слоя челюсти .

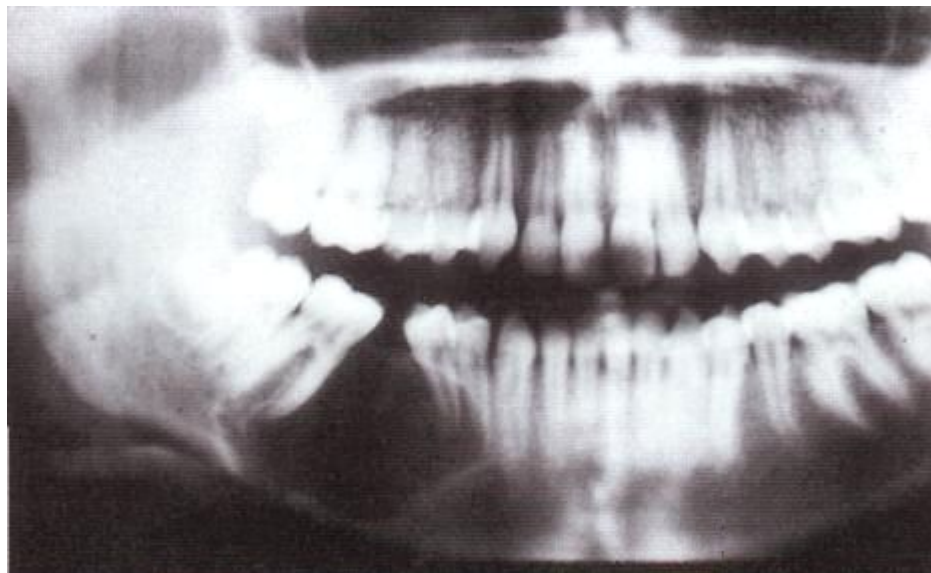


Ортопантомограмма ребенка с одонтомой левой половины нижней челюсти. Определяются конгломераты зубоподобных тканей неправильной формы с участками разрежения костной ткани вокруг них и ободком остеосклероза

- **Мягкая одонтома** — новообразование, которое встречается у детей очень редко. Существует предположение, что мягкая одонтома — это ранняя стадия образования твердой одонтомы.
- **Жалоб**, особенно в начале заболевания, нет. Лишь когда опухоль достигает больших размеров, появляется деформация того участка челюсти, где локализуется одонтома.



- **Клиника.** При малых размерах мягкая одонтома клинически себя не проявляет. При увеличении ее появляется деформация челюсти. Локализуется одонтома чаще в участке моляров - челюсть здесь становится болезненной при пальпации. На рентгенограмме мягкая одонтома напоминает в одних случаях кисту, но границы ее нечеткие, а в других — поликистому.
- Окончательный диагноз ставят по данным патогистологического исследования.





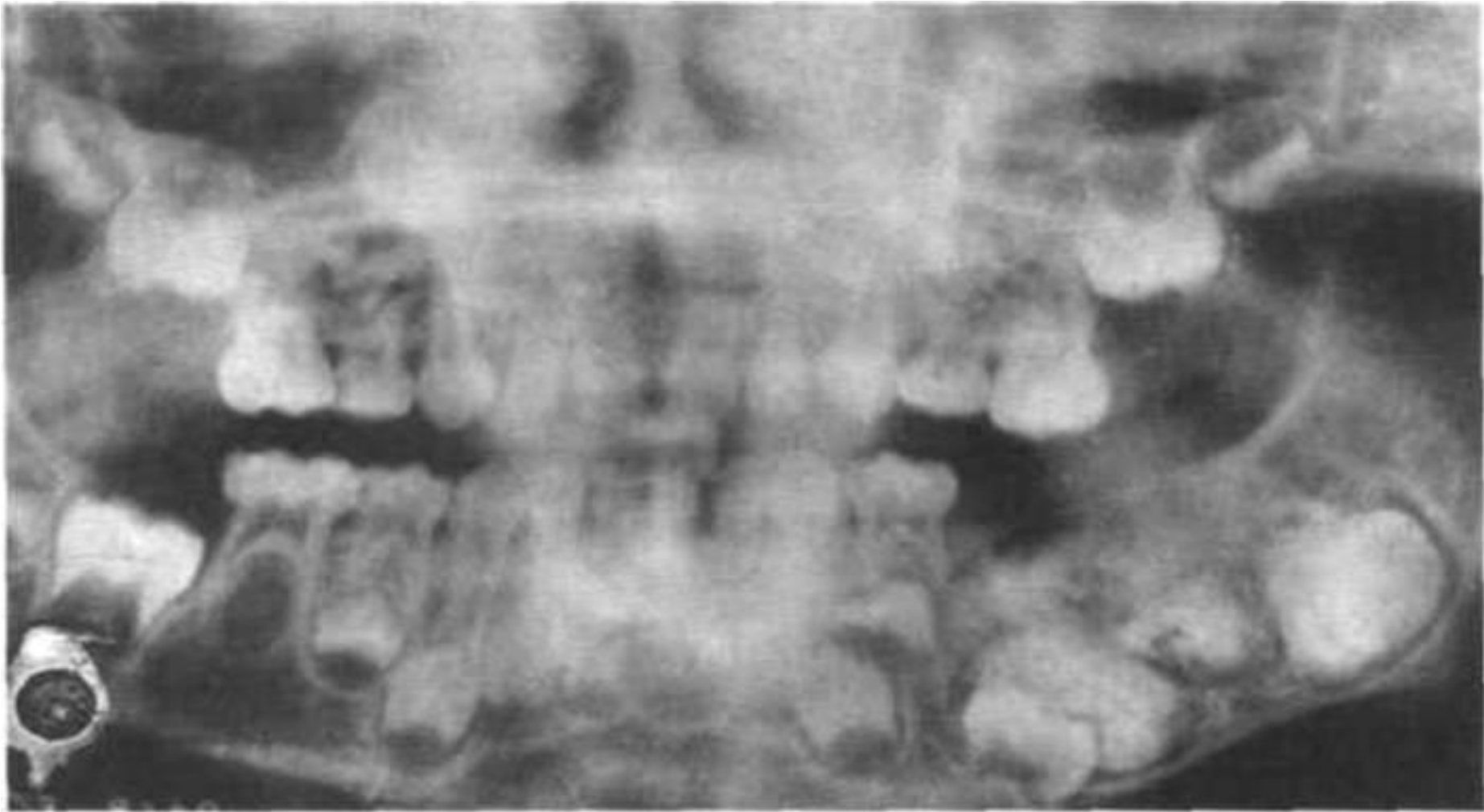
Прицельная рентгенограмма 11, 12, 21, 22 зубов ребенка с одонтомой.

Определяется интенсивная гомогенная тень с четкими бугристыми контурами, участком разрежения костной ткани вокруг нее и полосой остеосклероза



Рентгенограмма правой половины нижней челюсти в боковой проекции больного с одонтомой в области моляров.

Определяется интенсивная тень (подобная рентгеноконтрастности зуба) неправильной формы в конгломерате с дистопированным моляром



Ортопантомограмма ребенка с одонтомой левой половины нижней челюсти. Определяются конгломераты зубоподобных тканей неправильной формы с участками разрежения костной ткани вокруг них и ободком остеосклероза

***Дифференциальная диагностика* твердой одонтомы проводится с:**

- —остеомой — встречается редко, для нее характерны всегда гомогенная тень на рентгенограмме и плотность ткани, ниже плотности зуба (такая, как кости);
- —ретенированными и дистопированными зубами (при рентгенографическом исследовании в нескольких проекциях они обычно имеют правильную анатомическую форму).
- Мягкую одонтому следует дифференцировать с одонтогенной кистой, аме-лобластомой и кистозной формой остеобластокластомы.

***Лечение* хирургическое.**

- Высокодифференцированная опухоль подлежит экскохлеации, низкодифференцированная удаляется методом резекции челюсти в пределах здоровой ткани (для предотвращения рецидивов).
- После удаления опухоли костную полость заполняют различными остеотропными веществами. При больших одонтомах во время удаления может возникнуть угроза перелома челюсти. Это нужно предусмотреть, планируя операцию.

Одонтогенная фиброма

- Одонтогенная фиброма у детей наблюдается очень редко. Образуется из дифференцированной соединительной ткани, которая происходит из мезенхимы зубного бугорка или из тканей зубного фолликула. Иногда строение одонтогенных фибром подобно строению тканей пульпы зуба. Локализуется чаще на нижней челюсти.



- **Жалоб** у детей с одонтогенной фибромой обычно нет, лишь иногда может возникать ноющая боль в определенном участке челюсти.



- **Клиника.** Долгое время одонтогенная фиброма ничем себя не проявляет. Характеризуется медленным, безболезненным ростом, деформацией челюсти при значительных размерах новообразования. В отдельных случаях возможно присоединение воспалительного процесса в участке фибромы в результате проникновения инфекции из кариозного зуба. В процессе роста новообразования нарушается прорезывание зубов. На рентгенограмме виден гомогенный очаг повышенной рентгенопроницаемости кости, нередко прилегающий к фолликулам зубов. Наличие подобных изменений в костной ткани может напоминать хронический остеомиелит челюсти. При кальцификации фиброзной ткани на рентгенограмме определяется достаточно четко очерченная тень фибромы, напоминающая кистозную полость со склерозированными краями, имеющую разную степень рентгенопроницаемости. Наблюдается ретенция зубов.
- **Дифференцировать** одонтогенную фиброму следует с мягкой одонтомой.
- **Лечение** опухоли заключается в полном ее удалении в пределах здоровых тканей.

Цементома.

- Цементома — опухолевидное образование, представляющее собой порок развития одонтогенного происхождения. Состоит из грубоволокнистой плотной ткани, подобной цементу зуба. Характерным для цементомы является медленный рост и четкое отграничение от прилегающих тканей.
- **Жалоб** при цементоме у детей обычно не возникает. Образование можно случайно выявить при рентгенологическом исследовании зубов по поводу их заболеваний.



- **Клиника.** Растет цементома очень медленно, деформируя челюсть. При развитии на верхней челюсти может прорасти в верхнечелюстную пазуху и вызывать соответствующие нарушения функций.
- Рентгенологически цементома определяется как однородная плотная тень округлой, овальной или неправильной формы возле корня зуба, образующая с ним единое целое. Контуры тени ровные, границы четкие. По рентгеноконтрастности цементома напоминает ткани корня зуба.



Прицельная рентгенограмма 34, 35, 36 зубов ребенка 14 лет с цементомой нижней челюсти в области 35 зуба.

Определяется округлое новообразование, по контрастности напоминающее ткань корня зуба, окруженное участком разрежения ее и тесно связанное с несформированным корнем 35 зуба

- ***Лечение*** цементомы заключается в частичной резекции пораженного участка челюсти, желательна с сохранением целостности костной ткани.

