

A stylized blue silhouette of a human head in profile, facing right. On the forehead area, there are several concentric white circles, resembling a target or a focus point. The background is a gradient from light blue on the left to a darker blue on the right.

# Одонтогенные опухоли

# Классификация



## ОПУХОЛИ ИЗ ХРЯЩЕВОЙ ТКАНИ

1. Хондрома.
2. Хондробластома.
3. Хондромиксоидная фиброма.

## ОСТЕОГЕННЫЕ ОПУХОЛИ

1. Остеобластокластома (гигантоклеточная опухоль).
2. Остеоид-остеома (классический тип).
3. Остеома губчатая; остеома компактная.

## ОПУХОЛИ ИЗ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

1. Миксома.
2. Фиброма.

## ОПУХОЛИ ИЗ СОСУДИСТЫХ ЭЛЕМЕНТОВ

1. Гемангиома.
2. Гемангиоэндотелиома.
3. Ангиома телеангиэктатическая.

## ОПУХОЛИ ИЗ НЕРВНОЙ ТКАНИ

1. Нейрофиброма.
2. Неврилеммома.

# ХОНДРОМА

- **Хондрома** - доброкачественная опухоль, состоящая из хрящевой ткани. На челюстных костях встречается редко.
- По данным К.Thoma, большинство хондром челюстных костей имеет эмбриональное происхождение. Ch. Geshickter и Copeland высказывают предположение, что источником хондром, возможно, являются очаги физиологического костеобразования.
- Клиника. Хондромы имеют различную величину и форму, хрящевую консистенцию, бугристость, при удалении их определяется фиброзная капсула. Опухоль растёт медленно, не вызывая болевых ощущений и каких-либо иных расстройств.. Обычно опухоль покрыта неизменённой оболочкой. При пальпации опухоль безболезненная, плотной консистенции, поверхность её бывает бугристой или гладкой, границы относительно чёткие. С зубами опухоль не связана, однако корни зубов, оказавшиеся в толще опухоли, подвергаются резорбции. Локализуясь на верхней челюсти, хондрома может распространяться на скуловой отросток и далее на скуловую кость вызывая заметную деформацию лица.
- Рентгенологическая картина: определяется очаг просветления неправильной или округлой формы («плюс ткань»), резко отграниченный от неизменённой кости, иногда определяется рассасывание корней зубов, расположенных в зоне роста опухоли.
- Гистологически хондрома построена из гиалинового хряща с проходящими в нём прослойками соединительной ткани, содержащими сосуды; среди основного вещества располагаются хрящевые клетки, нередко с двумя ядрами, окружённые капсулой
- Лечение хондром - хирургическое (радикальное удаление опухоли в пределах здоровой ткани).

# ХОНДРОБЛАСТОМА

- **Хондробластома** – недостаточно изучена, встречается редко. В 1931 г. Codman впервые описал этот вид опухоли под названием «эпифизарная хондроматозная гигантоклеточная опухоль».
- В настоящее время большинством авторов признан термин «хондробластома кости», которым обращается внимание на хрящевую природу опухоли.
- Клиника. В отличие от хондромы образование чаще встречается у молодых людей с незавершённым эпифизарным ростом, т.е. в возрасте от 10 до 20 лет, а иногда и моложе. Проявляется новообразование клинически также как и хондрома.
- Рентгенологически наблюдаются небольшие (от 2 до 5 мм в диаметре) овальные или округлые одиночные очаги поражения, располагающиеся эксцентрично по отношению к кости; корковый слой истончён и несколько возвышается над опухолью; возможна периостальная реакция. Фон очага отличается неомогенностью структуры, так как хрящевая ткань испещрена вкраплениями костной.
- Гистологически опухоль состоит из хрящевой основы, включающей в себя как клетки сформированного гиалинового хряща, так и хондробласты.
- Лечение - только хирургическое (удаление поражённых участков кости в пределах здоровой ткани)

# ОСТЕОБЛАСТОКЛАСТОМА

- **Остеобластокластома.** В Международной гистологической классификации первичных опухолей и опухолеподобных заболеваний костей принят термин «гигантоклеточная опухоль».
- До настоящего времени существуют различные наименования гигантоклеточной опухоли: гигантоклеточная опухоль типа эпюлида, бурая опухоль, гигантома, гигантоклеточная саркома, остеокластома, местная фиброзная остеодистрофия.
- Различают три основные формы остеобластокластом: 1) ячеистую, 2) кистозную, 3) литическую (А.А.Колесов, 1972).
- *Ячеистая форма* чаще наблюдается в зрелом и пожилом возрасте, характеризуется очень медленным развитием. При обследовании больного определяется плотная припухлость с бугристой поверхностью; челюсть часто имеет веретенообразную форму. Зубы, расположенные в зоне опухоли редко меняют своё положение. Электровозбудимость пульпы интактных зубов не нарушена. Слизистая оболочка, покрывающая опухоль, несколько анемична.
- При *кистозной форме* опухоли первыми симптомами заболевания в большинстве случаев являются жалобы на зубную боль. При пальпаторном обследовании отдельные участки опухоли податливы при надавливании (симптом «пергаментного хруста»); истончённая кость над опухолью имеет гладковыпуклую, куполообразную форму.
- *Литическая форма* встречается редко, чаще в детском и юношеском возрасте. В ряде случаев первый признак развивающейся опухоли – боль. При истончении кортикального слоя наряду с самостоятельными болями в покое появляется боль при пальпации. Зубы нередко смещаются и становятся подвижными, электровозбудимость пульпы понижается. В области поражения могут происходить патологические переломы челюсти; при локализации на верхней челюсти возможно прорастание в верхнечелюстную пазуху, носовую полость и другие кости лицевого скелета. При пункции образования обнаруживается жидкость бурого или желтоватого цвета, что связано с распадом эритроцитов и образованием гемосидерина иногда с кровью. Пунктат не включает в себя кристаллов холестерина.

## Рентгенологически

- *при ячеистой форме* опухоли на месте очага поражения отмечается тень от множества мелких и более крупных полостей или ячеистых образований, отделённых друг от друга костными перегородками различной толщины.
- *Кистозная форма* на рентгенограмме напоминает одонтогенную кисту челюсти и амелобластому. Отличие в том, что её граница с костью нередко имеет мелкофестончатые очертания в виде чрезвычайно маленьких бухточек.
- При *литической форме* остеобластокластомы опухоль даёт бесструктурный очаг просветления.

Гистологически в остеобластокластоме различают большое количество мелких, слегка вытянутых клеток с округлым ядром (типа остеобластов), среди которых определяются массивные скопления гигантских многоядерных клеток (остеокластов).

Лечение остеобластокластом челюстей – хирургическое. При кистозной и ячеистой формах обычно бывает достаточно провести тщательное выскабливание очага поражения. При литической форме чаще используется частичная резекция челюсти без нарушения непрерывности нижнечелюстной кости или резекция фрагмента челюсти с одномоментной костной пластикой.

# ОСТЕОМА

- Представляет собой доброкачественную остеогенную опухоль из зрелой, сформированной костной ткани
- По строению остеомы делятся на следующие виды: 1) компактные, которые состоят из коркового вещества кости с полным отсутствием костного мозга и почти полным отсутствием сосудистых каналов.
- 2) губчатые или спонгиозные, состоящие из порозного губчатого вещества; 3) мягкие – с широкими костномозговыми полостями.
- Клинически различают центральные остеомы (расположены в толще кости) и периферические (экзостозы). Рост остеомы – очень медленный, опухоль длительное время остаётся незамеченной. Иногда её обнаруживают случайно при рентгенологическом исследовании. Первый клинический признак остеомы, как правило, деформация кости. В зависимости от локализации опухоли и направления её роста могут возникать нарушения, обусловленные топографическими особенностями поражённой области.
- Остеома определяется в виде одиночного гладкого или бугристого выпячивания плотной консистенции, безболезненного с чёткими границами. Кожа или слизистая оболочка, покрывающая остеому в цвете обычно не изменены, свободно собираются в складку. Данное образование не нагнаивается.
- На рентгенограмме центральная остеома определяется в виде очага интенсивного затемнения, обычно гомогенного, округлой или овальной формы, с чёткими границами, весьма переменных размеров. С зубами опухоль не связана. Периферическая остеома на рентгенограмме имеет вид ограниченного выступа с чёткими ровными контурами. Иногда она представляет собой шиповидное разрастание кости
- Рентгенологически компактные остеомы проецируются в виде более плотных, чем кость, образований с очерченными краями. На рентгенограмме губчатой остеомы определяется нарушение нормальной структуры кости, отмечается чередование плотных участков и разрежения. Контуров опухоли не всегда чёткие.
- Лечение остеомы исключительно хирургическое. Опухоль удаляют в пределах здоровой кости. Операция показана только в тех случаях, когда опухоль вызывает какие-либо неприятные ощущения: боль, функциональные или эстетические нарушения.

# Остеоид-остеома

- Клиника. Первым признаком заболевания иногда является чувство неловкости на стороне поражения. Далее может присоединиться ощущение зуда с различной степенью интенсивности, постепенно переходящее в ноющую боль. Боль носит сверлящий характер, чаще постоянная, но может быть приступообразной и усиливается в ночное время. Внешне образование ничем себя не проявляет. При локализации опухоли в кортикальном слое альвеолярного отростка на уровне её расположения можно наблюдать незначительную гиперемию слизистой оболочки. При пальпации участка поражения определяется нерезко выраженная болезненная припухлость.
- На рентгенограмме выявляется в виде нечётко очерченного неправильно округлой формы очага деструкции в костной ткани альвеолярного отростка или тела челюсти диаметром 0,5-1 см. Вокруг очага деструкции окружающая кость на большем или меньшем протяжении склерозирована.
- Гистологически опухоль состоит из большого количества анастомозирующих между собой мелких остеоидных и слабо обызвествлённых костных балок различной степени зрелости. Пространства между костными балками обильно васкуляризированы и заполнены волокнистой тканью
- Лечение остеоид-остеом хирургическое. Опухоль удаляют в пределах здоровой ткани вместе с окружающей склерозированной костью.



# ФИБРОМА

- Является редко встречающейся опухолью неостеогенной природы.. Внутрикостные фибромы челюстей принадлежат к числу редких и малоизученных заболеваний.
- **Клиническая картина** фибром челюстей неспецифична. Опухоль растёт медленно, бессимптомно, Иногда её обнаруживают. Достигнув больших размеров, фиброма деформирует челюсть. При этом может нарушаться речь и затрудняться приём пищи. В отдельных случаях рост опухоли может сопровождаться болями ноющего характера. Распространяясь за пределы кости челюсти, фиброма образует выпячивание под неизменённой слизистой оболочкой полости рта или кожей в виде полушаровидного образования, которое прочно спаяно с костью. Поверхность её гладкая, границы чёткие. При пальпации образование имеет плотную консистенцию, безболезненное. Поражение опухолью альвеолярного отростка челюсти может вызвать смещение зубов.
- Рентгенологическая картина бывает представлена центральным очагом разрушения кости округлой или эллипсоидной формы с довольно чёткими границами; очаг имеет бесструктурный однородный вид. Этот очаг покрыт истончённым слоем кости без реакции со стороны надкостницы. В большинстве случаев рентгенологическая картина фибромы нетипична.
- Гистологически выделяют 3 морфологические разновидности фибром:
  - - *простая фиброма*, для которой характерно наличие грубоволокнистой фиброзной соединительной ткани с умеренным содержанием клеточных элементов;
  - - *петрифицирующая фиброма* характеризуется мелкоочаговыми отложениями солей кальция;
  - - *одонтогенная фиброма* характеризуется наличием остатков зубообразующего эпителия
- Лечение истинных внутрикостных фибром челюстей – только хирургическое (опухоль удаляют в пределах здоровой ткани).

# МИКСОМА

- Редкое заболевание. Локализуется опухоль в боковых отделах челюстей, чаще на верхней челюсти.
- Патогенез. Миксомы представляют собой опухоли, развившиеся из слизистой ткани, содержащей муцин и соответствующей вартоновой студени пупочного канатика. Миксомы могут быть первичными и вторичными. Последние являются результатом слизистого превращения фибром, липом, сарком и т.д. В связи с этим различают миксому, миксолипому, миксофиброму, миксохондрому, миксосаркому.
- Клиника. Миксома – плотная, безболезненная, с гладкой поверхностью опухоль. Растёт она медленно. При пальпации определяется плотный безболезненный узел с гладкой поверхностью, покрытый неизменённой слизистой оболочкой. На нижней челюсти в случае прорастания опухолью сосудисто-нервного пучка определяется симптом Венсана. На верхней челюсти опухоль может прорасти в верхнечелюстную пазуху и в полость носа.
- Гистологически в миксоме различают звёздчатые веретенообразные анастомозирующие отростками клетки, которые располагаются в полупрозрачном, содержащем муцин, основном веществе, изобилующем кровеносными сосудами, коллагеновыми и аргирофильными волокнами
- Рентгенологическая. Опухоль представляет собой очаг деструкции костной ткани челюсти округлой или овальной формы. Кортикальный слой кости изнутри истончён, имеются бухтообразные выпячивания. Границы опухоли нечёткие. На фоне очага деструкции могут наблюдаться различной формы и толщины костные балочки. В отдельных участках опухоль имеет вид кисты.
- Лечение миксомы исключительно хирургическое. Принимая во внимание, что в миксоме может быть обнаружено обилие полиморфных клеток с гиперхроматическими ядрами, характерными для злокачественных новообразований, а сама опухоль проявляет тенденцию к инфильтрирующему росту, показано радикальное удаление опухоли путём поднадкостничной резекции челюсти с одномоментной костной пластикой. Рецидивы после такой операции обычно не возникают.

- 
- Опухоли из сосудистых элементов и нервной ткани чаще локализуются в мягких тканях, хотя, в редких случаях, могут локализоваться в челюстных костях.
  - [http://zapah-izo-rta.info/rentgen\\_sm.php?id=89](http://zapah-izo-rta.info/rentgen_sm.php?id=89)

“El único paraíso del que no  
podemos ser expulsados son los  
recuerdos”

