

**ГБОУ ВПО «Московский Государственный Медико-
Стоматологический Университет им.А.И.Евдокимова »**

**КАФЕДРА ДЕТСКОЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ
Зав. каф., д.м.н., профессор О.З. Топольницкий**

ОПУХОЛИ ЧЕЛЮСТНЫХ КОСТЕЙ У ДЕТЕЙ.



Опухоли и дисплазии челюстно-лицевой области
составляют у детей 40 % от всех видов
новообразований ЧЛО.

Опухоли у детей чаще являются дизонтогенетическими, то
есть возникают в результате нарушения эмбриогенеза,
внутриклеточного деления или процесса развития и
дифференциации зародышевого сегмента.

Клиническая диагностика

В ранних стадиях многих новообразований костей лица не выявляются специфические для того или иного поражения симптомы, позволяющие исключить другие заболевания, поэтому необходим комплекс сведений, состоящих из отдельных данных, которые в сумме позволяют установить диагноз.

К ним относятся:

1. *данные анамнеза (время появления первых симптомов заболевания, последовательность появления других симптомов, динамика изменения симптомов во времени, связь с другими заболеваниями)*
2. *первые жалобы больного*
3. *возраст больного*
4. *локализация образования*
5. *результаты внешнего осмотра.*

ОСОБЕННОСТИ ОПУХОЛЕЙ ЧЕЛЮСТНЫХ КОСТЕЙ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

- По темпам роста многие доброкачественные опухоли напоминают злокачественные новообразования
- Относительная редкость многих видов новообразований челюстно-лицевой области у детей
- В детском возрасте большинство опухолей челюстных костей не имеют патогномоничных признаков
- У детей клинические проявления опухолей часто сходны с клиническими проявлениями неопухолевых заболеваний.

Перечислите дополнительные методы исследования, используемые для диагностики костных опухолей

- ✓ Рентгенологическое исследование
- ✓ Компьютерная томография
- ✓ Магнитно-резонансная томография
- ✓ Ангиография
- ✓ Радиоизотопное исследование
- ✓ Цитологическое исследование
- ✓ Патоморфологическое исследование

Укажите правила получения материала для морфологического исследования

- ❑ Опухолевый материал следует иссекать по границе со здоровой тканью
- ❑ Не следует выбирать для исследования участки опухоли с резко выраженными изменениями некротического или склеротического характера
- ❑ После взятия материала его сразу же необходимо поместить в фиксатор

Классификация опухолей челюстных костей

1. Новообразования, возникшие из структур одонтогенного аппарата.

А. Доброкачественные.

- 1. Амелобластома. 2. Обызвествленная эпителиальная одонтогенная опухоль. 3. Амелобластическая фиброма. 4. Аденоамелобластома. 5. Кальцифицирующая одонтогенная киста. 6. Дентинома. 7. Амелобластическая фиброодонтома. 8. Одонтоамелобластома. 9. Одонтома. 10. Фиброма (одонтогенная фиброма). 11. Миксома. 12. Цементома. 13. Меланотическая нейроэктодермальная опухоль младенцев (меланоамелобластома).

Б. Злокачественные.

- 1. Одонтогенный рак: А. злокачественная амелобластома. Б. Первичный внутрикостный рак. В. Другие виды рака, возникшие из одонтогенного эпителия и кист.
- 2. Одонтогенная саркома: А. Амелобластическая фибросаркома. Б. амелобластическая одонтосаркома.

2. Новообразования и опухолеподобные процессы, возникшие из кости.

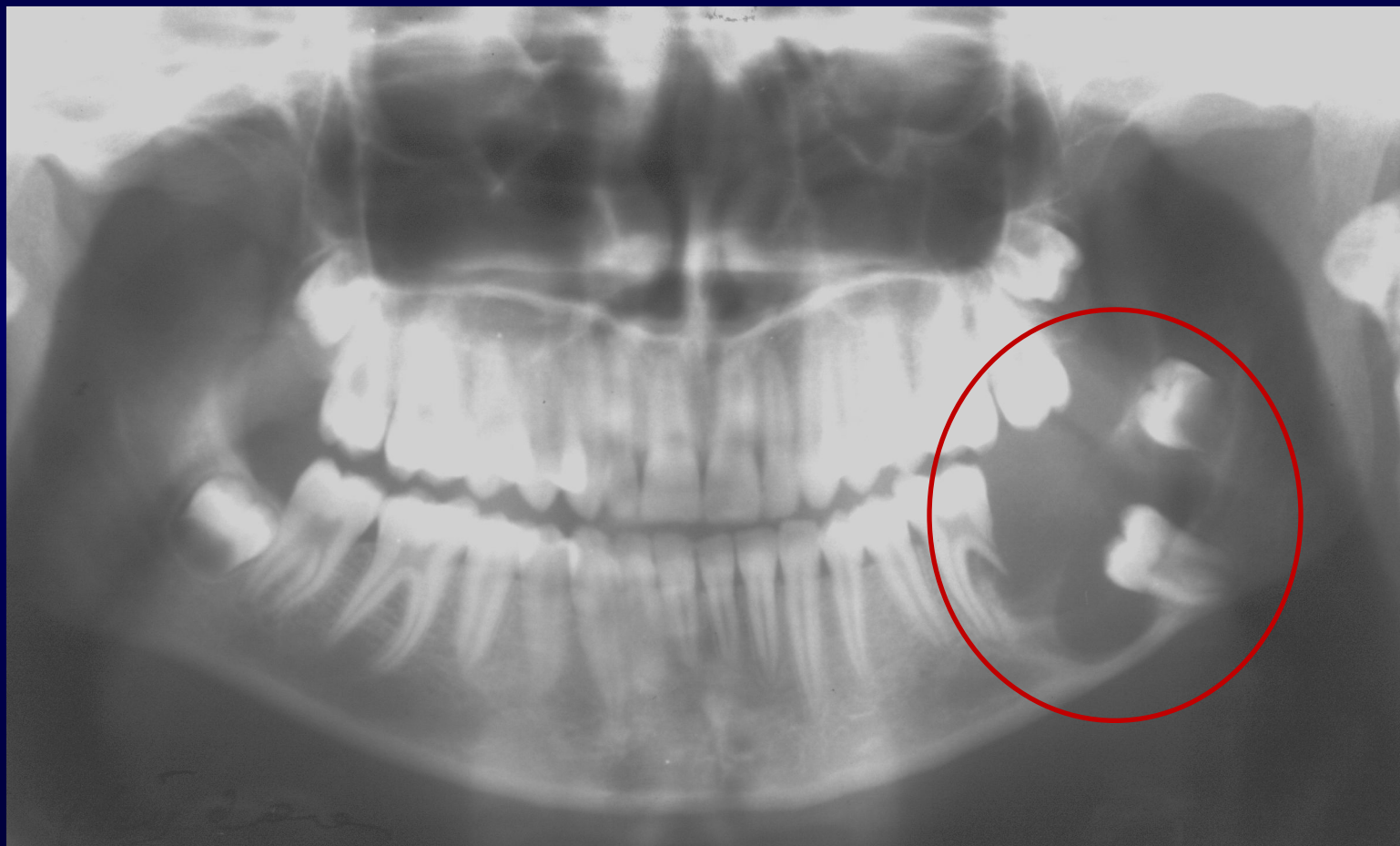
- А. Остеогенные опухоли: 1. Оссифицирующая фиброма (фиброостеома), остеома, остеобластома.
- Б. Неопухолевые костные поражения: 1. Фиброзная дисплазия. 2. Херувизм. 3. Гигантоклеточная гранулема. 4. Кисты

- В большинстве случаев диагностируется у детей после 10 лет, но может встречаться даже в грудном возрасте.
- Нижняя челюсть поражается чаще (область больших коренных зубов, угол и ветвь), чем верхняя.
- Проявления амелобластомы мало характерны. Клинические признаки сходны с таковыми при одонтогенной воспалительной кисте.
- Рентгенологическая картина вариабельна. Чаще встречается поликистозный характер поражения. Крайне редко встречается монокистозное поражение.

АМЕЛОБЛАСТОМА

- Одонтогенная эпителиальная опухоль, строение которой сходно со строением ткани эмалевого органа зубного зачатка.
- Обладает способностью к инвазивному росту.
- В большинстве случаев диагностируется у детей после 10 лет, но может встречаться даже в грудном возрасте.
- Нижняя челюсть поражается чаще (область больших коренных зубов, угол и ветвь), чем верхняя.
- Проявления амелобластомы малохарактерны. Клинические признаки сходны с таковыми при одонтогенной воспалительной кисте.
- Рентгенологическая картина вариабельна. Чаще встречается поликистозный характер поражения. Крайне редко встречается монокистозное поражение.

*Амелобластома дистальных отделов тела, угла
и ветви нижней челюсти слева*



ОДОНТОМА

- Порок развития зубных тканей.
- Чаще проявляется в период прорезывания зубов.
- Рост одонтомы самоограничен, связан с окончанием формирования и прорезывания зубов.
- Наиболее часто образование опухоли обусловлено пороком развития одного зубного зачатка. Это так называемая простая одонтома. Если опухоль связана с нарушением формирования нескольких зачатков и содержит твердые ткани на разных стадиях развития, то ее называют сложной одонтомой.
- Клинически деформация челюстных костей выявляется редко.
- Наиболее характерный клинический признак – задержка прорезывания постоянных зубов.
- Лечение одонтомы хирургическое – выскабливание (вместе с капсулой) или резекция фрагмента челюсти.

Составная одонтома нижней челюсти слева



ОДОНТОГЕННАЯ ФИБРОМА

- Источником роста может быть соединительная ткань зубного зачатка.
- Отличается медленным ростом.
- Одинаково часто локализуется на верхней и нижней челюсти.
- Клиническая картина неспецифична.
- Чаще развивается безболезненно.
- Иногда наблюдается наслоение воспалительного процесса в области опухоли.

Одонтогенная фиброма ветви нижней челюсти справа



ЦЕМЕНТОМА

- Новообразование, занимающее промежуточное положение между диспластическим процессом (цементодисплазией) и истинной опухолью, исходящей из перицементы прорезывавшихся зубов.
- Характерна связь с зубами.
- Характерен спокойный характер роста и четкое ограничение очагов поражения от окружающей ткани.
- В детском возрасте клинико-рентгенологическая картина не укладывается в эти рамки – наблюдается тенденция к безграничному росту, способность к рецидивам, не всегда обнаруживается связь с зубами.

Возможные жалобы пациента



Изменение конфигурации лица:
деформация

Офтальмологические симптомы:
нарушение остроты зрения
диплопия
экзофтальм

изменение величины глазной щели

Нарушение носового дыхания

Цементома верхней челюсти слева



- ✓ На ортопантомограмме определяется очаг затемнения на верхней челюсти слева, занимающий всю верхнюю челюсть, с четкими границами, неправильной формы.
- ✓ Структура очага поражения неоднородная: имеются участки повышенной плотности (сравнимые по плотности с эмалью зуба), и менее плотные (сравнимые по плотности с дентином)
- ✓ Дно глазницы оттеснено вверх, наружная стенка полости носа оттеснена к средней линии.
- ✓ Определяется связь образования с корнями зубов 2.5, 2.6. Отсутствие зубов 2.7, 2.8.

Послеоперационный дефект после удаления цементомы



ОСТЕОМА

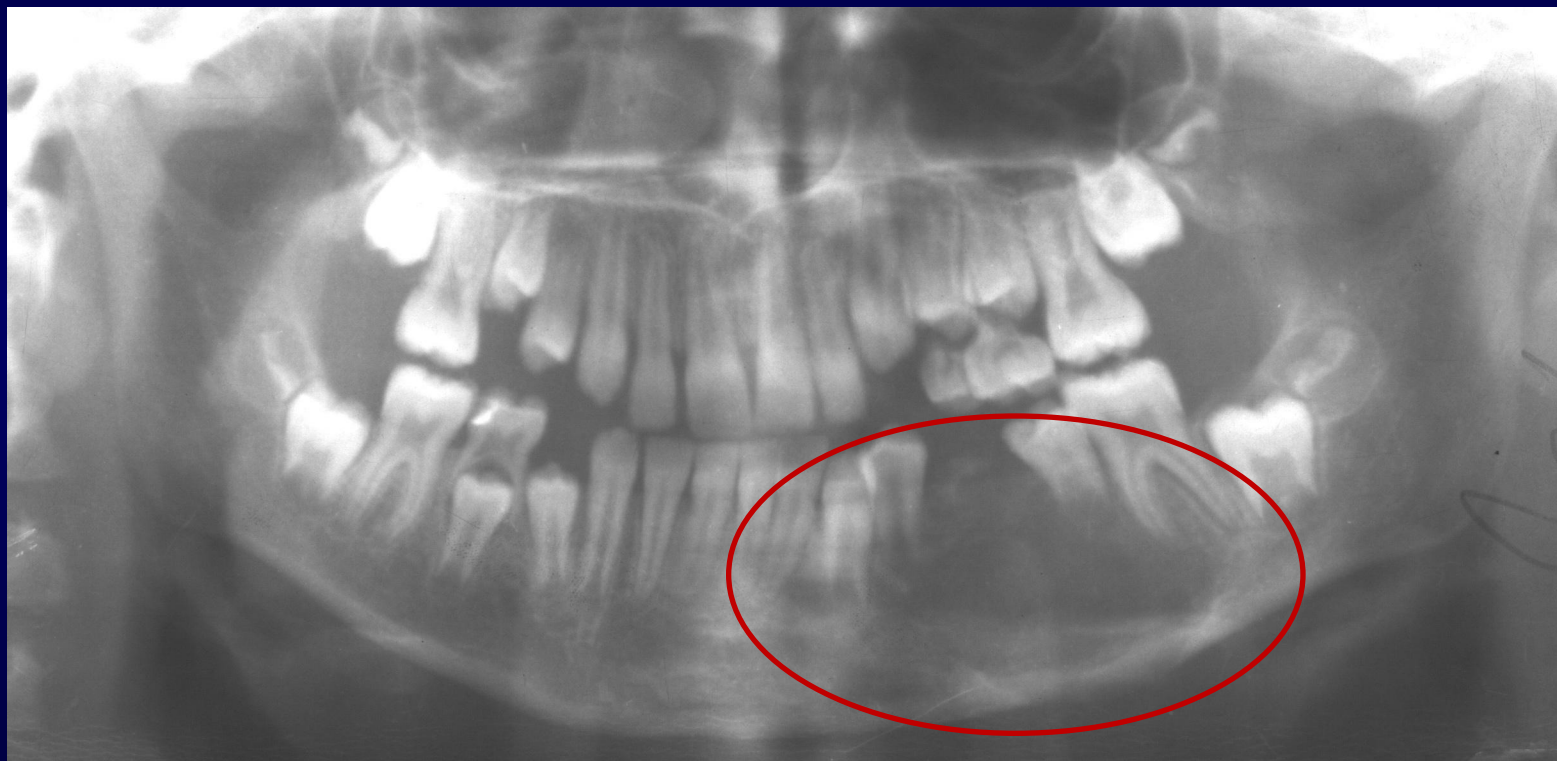
- Характеризуется медленным ростом
- Построена из хорошо дифференцированной зрелой костной ткани
- Выявляется чаще у детей старше 15 лет
- Не имеет характерных клинических проявлений
- Клинические проявления зависят от размеров и локализации опухоли

ГИГАНТОКЛЕТОЧНАЯ ОПУХОЛЬ

- Наиболее часто встречаемая костная опухоль у детей.
- Чаще встречается в возрастных группах 4 - 7 и 7 - 12 лет, чаще у мальчиков, чаще на нижней челюсти.
- Клинико-рентгенологические проявления ГКО многообразны и зависят от морфологического строения опухоли и изменений ее структуры, происходящих по мере роста образования.
- В 75% случаев результат цитологического исследования соответствует патоморфологическому диагнозу.
- Лечение - хирургическое - удаление образования с резекцией соответствующего фрагмента верхней или нижней челюсти.

Выполнение операций типа выскабливания у детей не допустимо. Зубы или зачатки зубов, прилегающие к очагу поражения, необходимо удалять

Гигантоклеточная опухоль тела нижней челюсти слева



Литическая форма гигантоклеточной опухоли

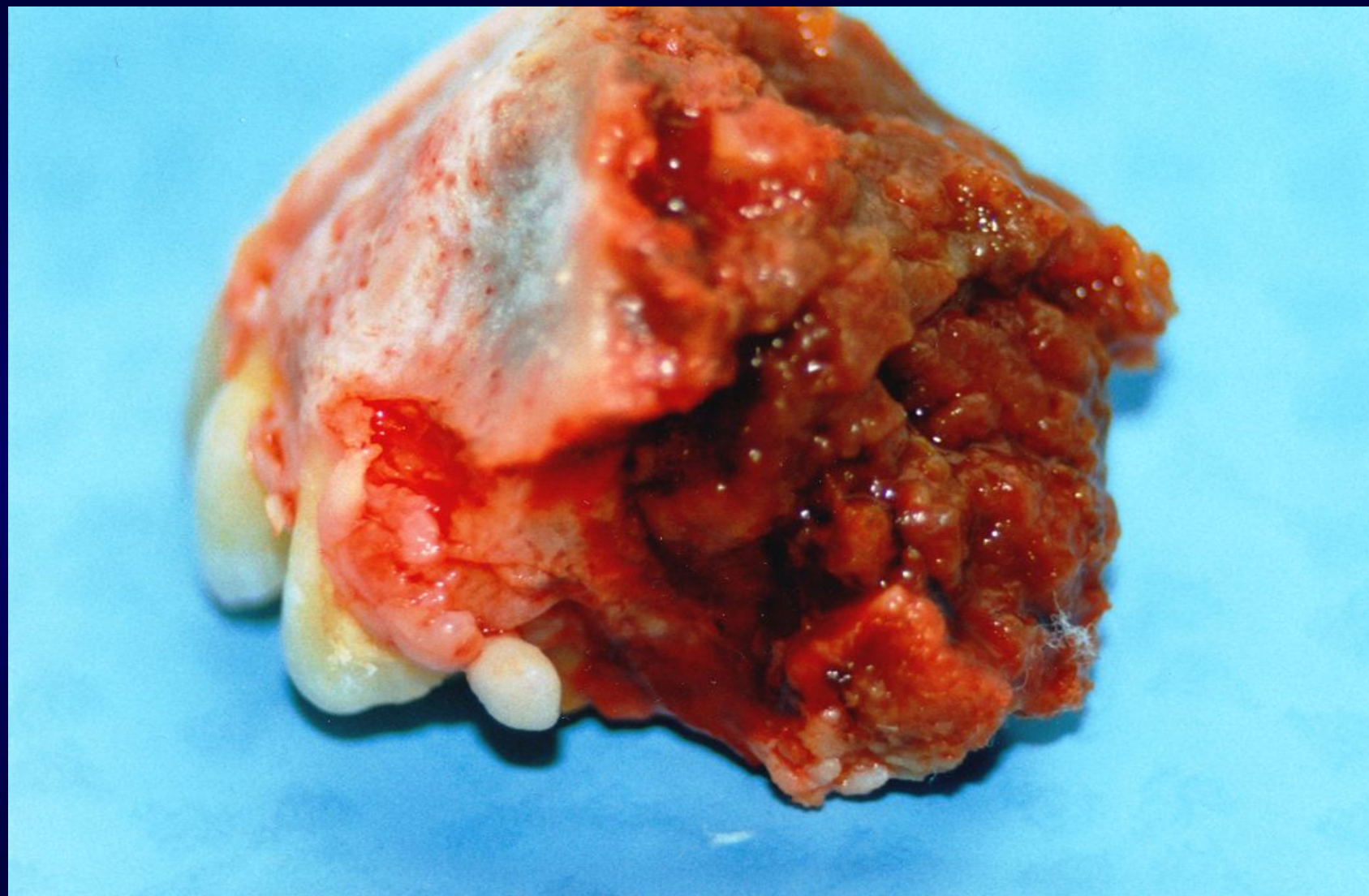


02.003:01 NO C
OM -36.5mm
-16.0°
5mm
18.0cm
x= +0.00cm
y= +2.41cm
STND

AF

2003/04/23 09:01:09

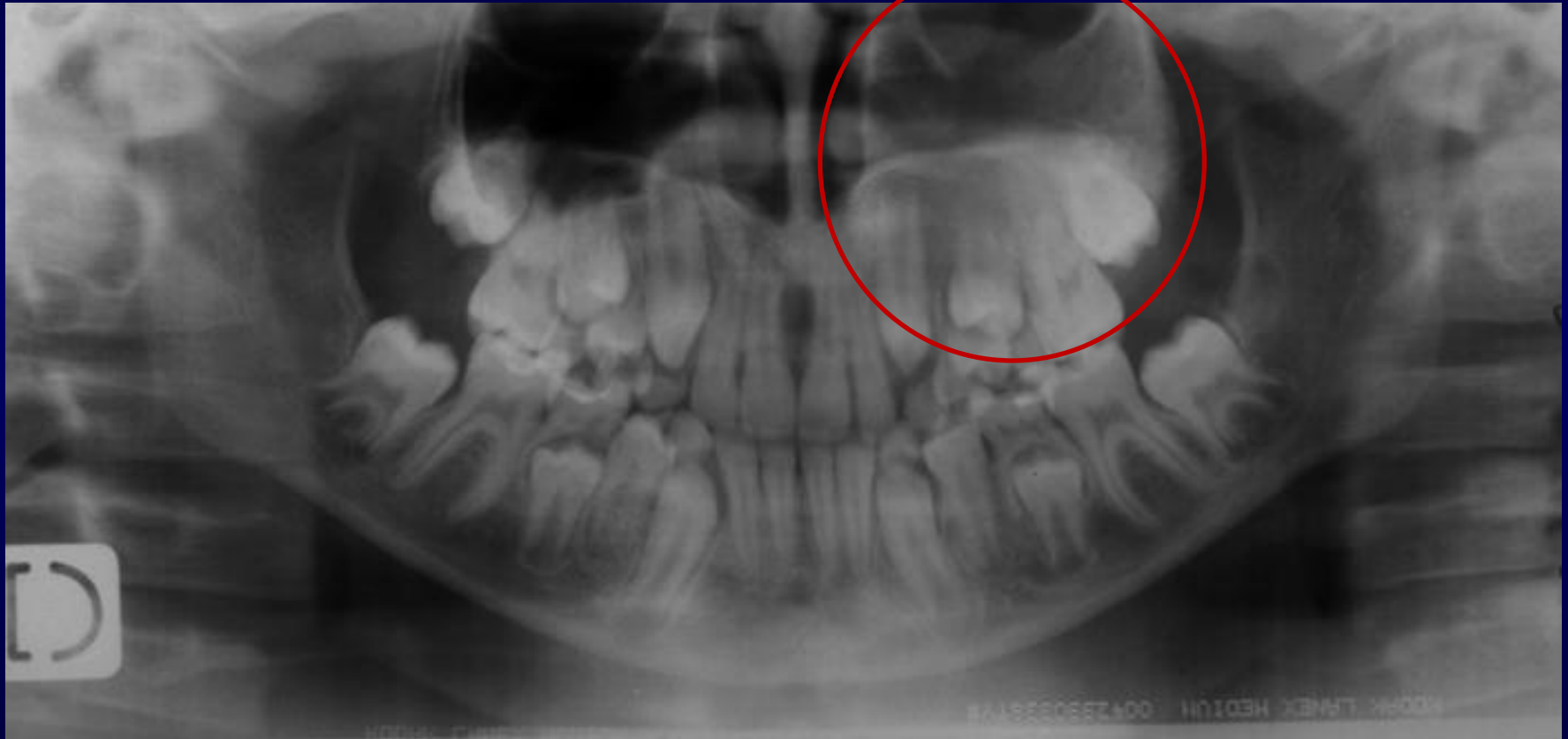




ФИБРОЗНАЯ ДИСПЛАЗИЯ

- ❑ Порок развития, по биологической сущности близкий к истинным опухолям
- ❑ Патологические очаги характеризуются автономностью роста, склонностью к рецидивированию
- ❑ При морфологическом исследовании патологических очагов у детей выявляется полиморфизм клеточных элементов и повышенная митотическая активность
- ❑ Продолжительное время заболевание протекает бессимптомно.
- ❑ По характеру изменений в кости различают очаговую и диффузную форму
- ❑ Очаговая форма встречается как в виде одиночного поражения одной из челюстей, так и многоочаговых поражений на одной или разных челюстях

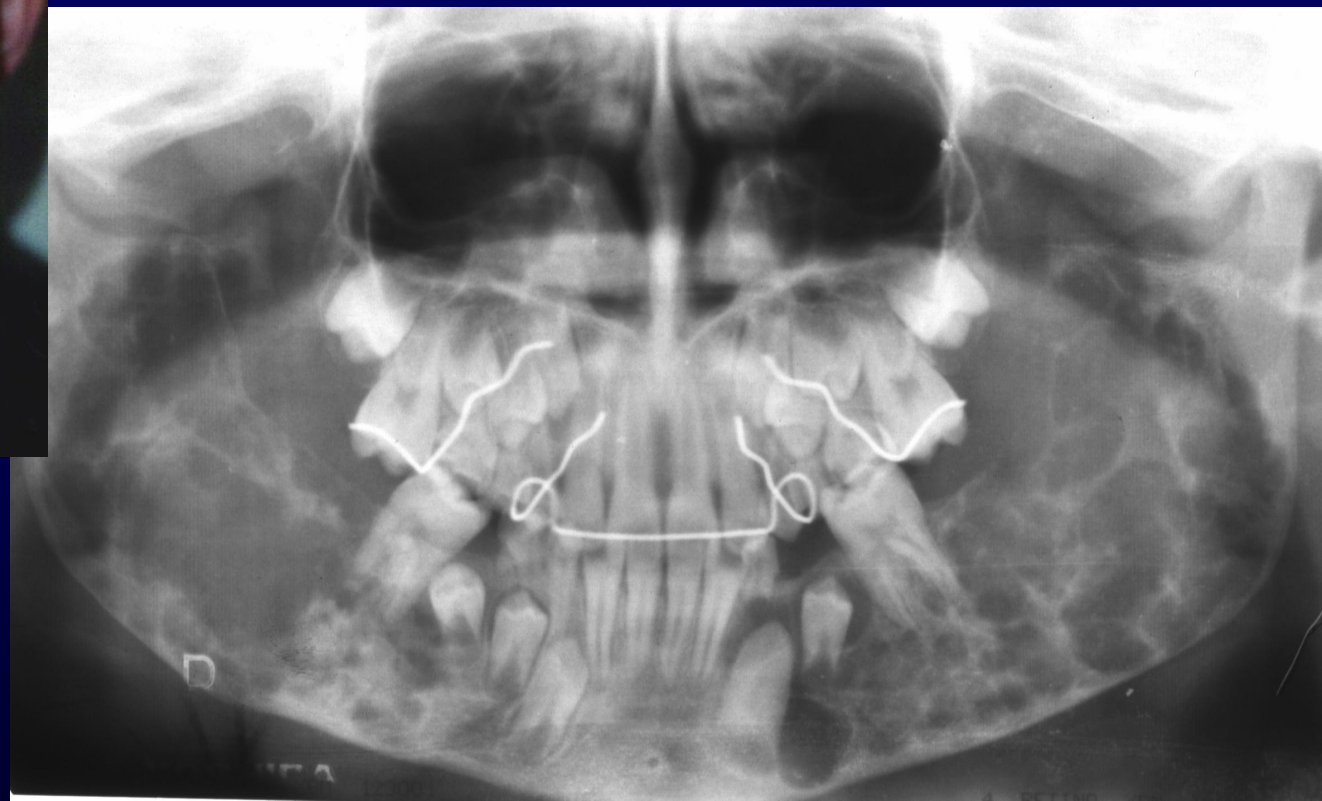
Фиброзная дисплазия верхней челюсти слева (монооссальная форма)



ХЕРУВИЗМ

- Одна из форм фиброзной дисплазии, отличающаяся семейно-наследственным характером поражения.
- Поражение встречается в одном или многих поколениях.
- Один из характерных признаков болезни - симметричное поражение челюстных костей
- В отдельные периоды болезни может преобладать более бурное развитие одной из сторон, наступает асимметрия лица.
- Период наиболее интенсивного роста патологических очагов- 5-7 лет.
- С наступлением половой зрелости процесс стабилизируется и отмечается тенденция к интенсивному костеобразованию, заканчивающемуся построением нормальной кости.
- В клинической картине помимо асимметрии наблюдаются последствия нарушения зубообразования: адентия, ретенция зубов, дистопия и раннее выпадение зубов.

ХЕРУВИЗМ



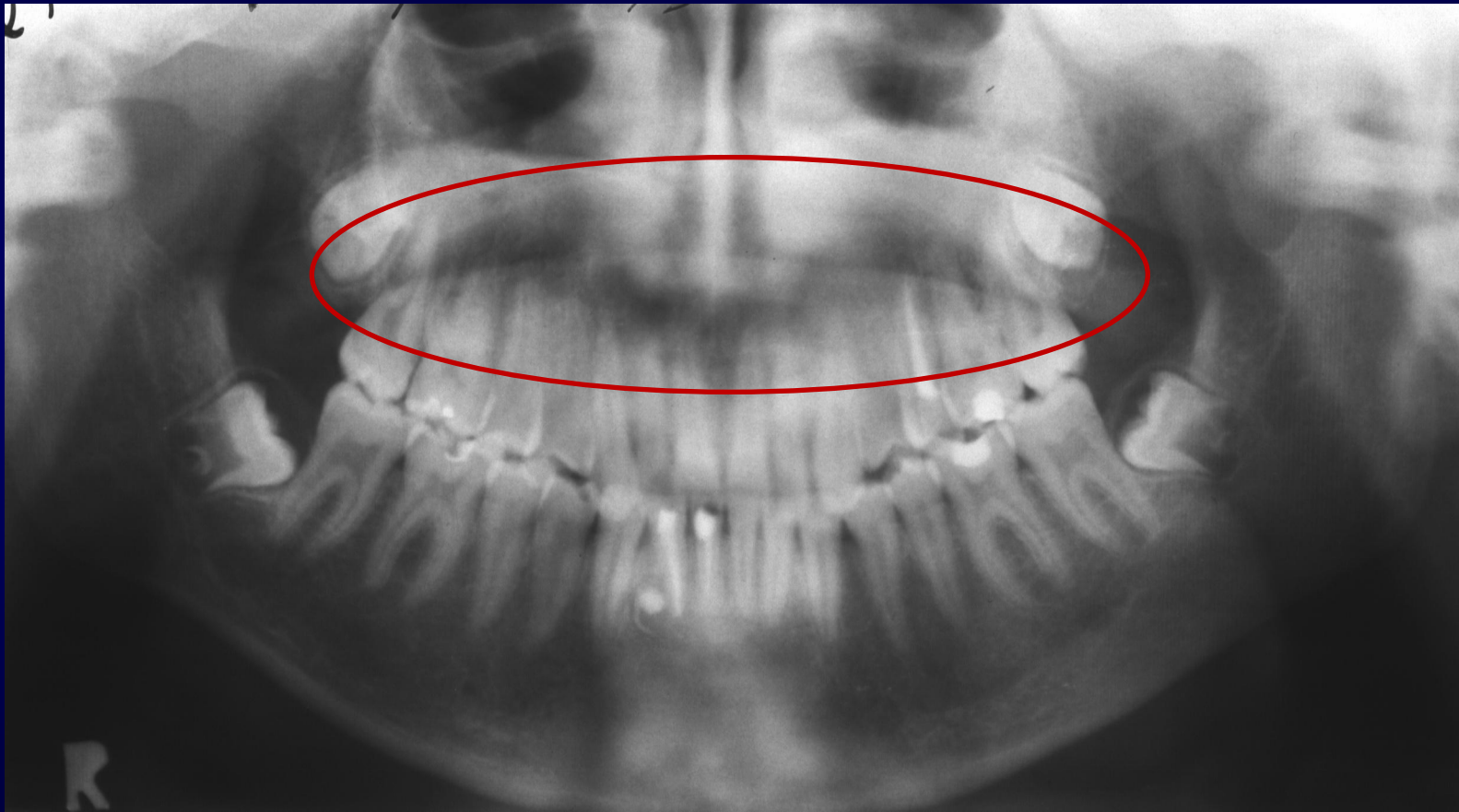
СИНДРОМ ОЛБРАЙТА

- Одна из форм фиброзной дисплазии
- Характерно раннее половое созревание
- Характерны интенсивная пигментация некоторых участков кожи и рассеянные очаги в костях скелета.
- Костные поражения являются эмбриональным пороком превращения мезенхимы в костную ткань.

Изменения в полости рта и
на коже при синдроме Олбрайта



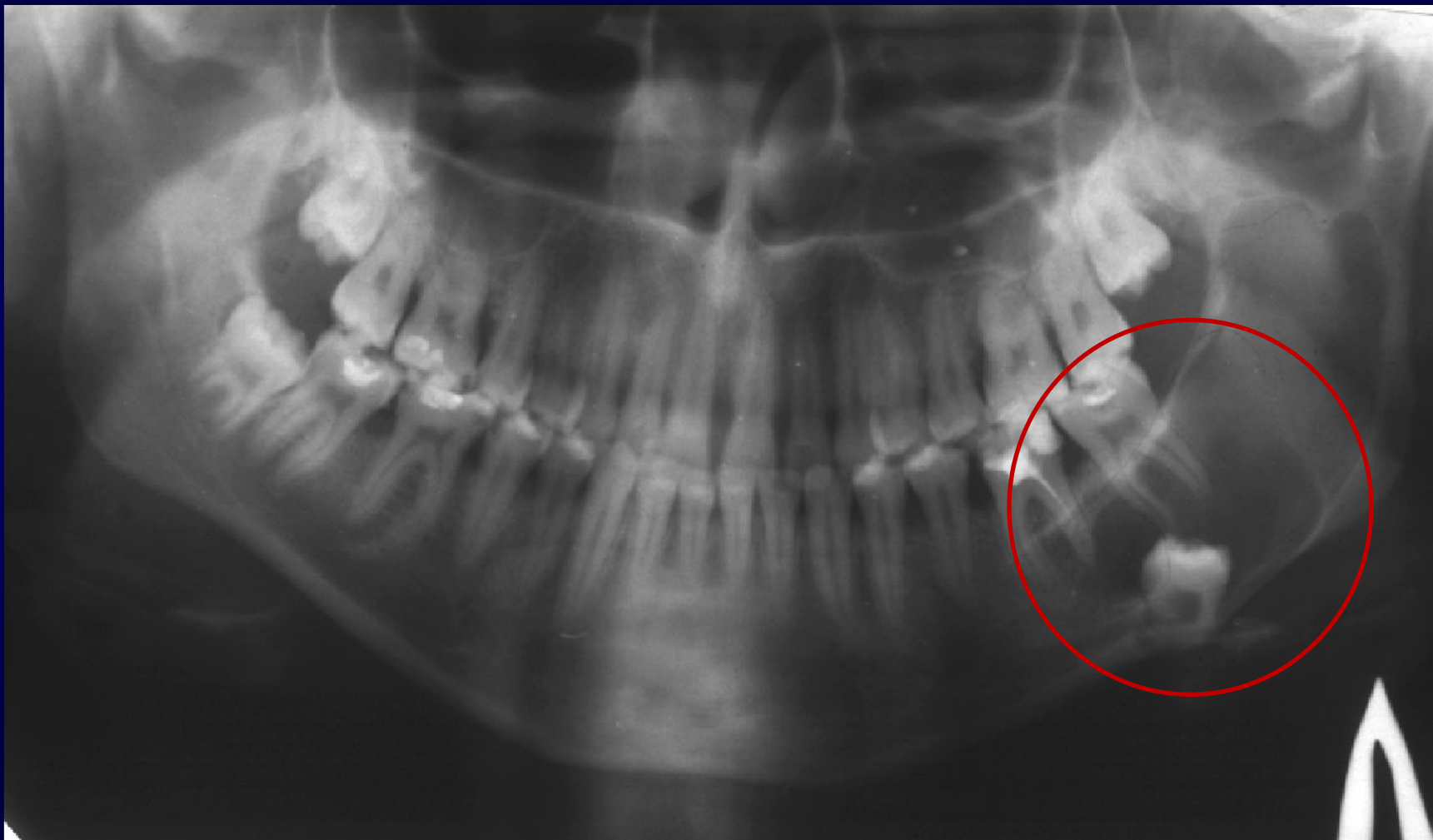
Фиброзная дисплазия верхней челюсти (Синдром Олбрайта)



КЕРАТОКИСТЫ

- Чаще развиваются в зубосодержащих участках челюсти или позади третьего моляра нижней челюсти с распространением на ветвь.
- Обладает агрессивным поведением, способна разрушать окружающие ткани, часто рецидивирует и может озлокачиваться.
- Развивается незаметно и длительное время не проявляется.
- При выявляемой незначительной деформации челюстных костей киста, как правило, достигает больших размеров.

Кератокиста нижней челюсти слева



Синдром Горлина-Гольца



Внешний вид пациента с синдромом
Горлина-Гольца



Множественные базально-клеточные
невусы на коже груди, живота

Синдром Горлина-Гольца (множественные кератокисты верхней и нижней челюсти)



Опишите клиническую картину саркомы Юинга

- Встречается преимущественно в возрасте 9-13 лет
- По клиническим проявлениям напоминает воспалительный процесс (лихорадка до 39-40°C, припухлость околочелюстных мягких тканей, боли в пораженной области, подвижность зубов).
- В крови повышение СОЭ, лейкоцитоз, иногда вторичная анемия.
- Характерна цикличность заболевания
- Характерны метастазы в регионарные лимфоузлы, отдаленные лимфоузлы, кости

Внешний вид ребенка с саркомой Юинга



Саркома Юинга

