

Кафедра стоматологии детского возраста и ортодонтии СГМУ

Опухоли и дисплазии лицевых костей



- Опухоли и дисплазии костей ЧЛО составляют у детей 40 % от всех видов новообразований ЧЛО.

- Классификация (А.А. Колесов, 1964). В ней опухоли по происхождению поделены на 3 группы:

остеогенные, неостеогенные, одонтогенные,

а по развитию на **доброкачественные** и **злокачественные**.

У детей встречаются преимущественно опухоли соединительнотканного происхождения, что подтверждает их дизэмбриогенетический тип развития.

Многие из **опухолеподобных костных поражений** являются имитаторами процессов неопухолевого генеза или **имитируют злокачественные опухоли** из-за реактивной агрессивности роста, разрушающего костную ткань, распространяющегося на окружающие ткани.

Особенности, определяющие рост костных опухолей у детей, относятся: **специфика внутриклеточного обмена, незрелость эндокринной системы** и **иммунологическая активность**, что приводит к выраженному активному росту, определяет различие в клиническом проявлении одного и того же типа **опухоли** в разные возрастные периоды и создает значительные трудности в диагностике и дифференциальной диагностике их у детей.

лечения

- На ранних стадиях их развития характерными симптомами являются **увеличение объема**, **деформации**, **нарушения прикуса**, **отсутствие функции опускания нижней челюсти**.
- В клинической диагностике опухолей челюстных костей **значительную роль играют первые жалобы** больного, **сопоставление длительности течения заболевания с размерами опухоли и ее локализацией**.

● Рентгенологическое исследование позволяет уточнить расположение опухоли в костях лица, выявленной клинически или внешне не определяемой, установить **распространение очага** в пределах кости, а также **центральную** (внутри кости челюсти) или **периферическую** (кортикальная или периостальная) локализацию ее, **направление роста** новообразования, **четкость границ** как окружающей костью, так и с мягкими тканями. Имеют значение структура опухолевой ткани и окружающий нормальный, склерозированный или остеопорозный фон челюсти.

● **Направление роста злокачественных опухолей беспорядочное**, а отдельных доброкачественных образований строго определенное.

● **Доброкачественные** опухоли характеризуются **четкими границами**, а **злокачественные** **размытыми** контурами как внутри кости, так и по границе кости с мягкими тканями.

- **КТ** за счет своей более высокой разрешающей способности дает возможность оценить состояние костной ткани в трехмерном пространственном расположении опухоли (3D).
- Такой же высокий разрешающий уровень имеет **МРТ**. Это исследование важно при распространении опухоли за пределы челюстной кости.
- Оба метода исследования очень важны при расположении опухоли в области верхней челюсти, имеют значение для дифференциальной диагностики с другими опухолями, продуктивными формами остеомиелита и опухолеподобными костными поражениями.
- Эти методы позволяют четко планировать объем хирургического лечения и одновременно решать вопрос подбора идентичного каждой ситуации заместительного пластического материала индивидуально.
- **УЗИ** при распространении опухоли в окружающие ткани позволяет оценить гемодинамику (например, при гигантоклеточной опухоли), определить объем мягкотканого компонента, изучить состояние регионарного лимфатического аппарата (гиперплазия или метастатическое увеличение лимфатических узлов) и др.

- Для предоперационного гистологического диагноза необходимо проводить биопсию.
- Она может быть пункционной или инцизионной, **предварительной** и **срочной** (в момент операции).
- **Диагноз устанавливают после анализа результатов клинического, рентгенологического, морфологического и других видов исследования.**

Лечение костных новообразований

- Следует придерживаться принципа раннего радикального удаления доброкачественных опухолей.
- Основным методом лечения первичных злокачественных опухолей является комплексный, включающий хирургическое, лучевое, противоопухолевое химиотерапевтическое воздействие.
- Лечение злокачественных опухолей проводят в онкологических центрах.
- Ведущее значение в выборе методов лечения злокачественных опухолей имеет определение чувствительности конкретного морфологического типа злокачественной опухоли к лучевой терапии, противоопухолевой химиотерапии.
- Хирургический метод остается ведущим при опухолях, не чувствительных к лучевой и химиотерапии.
- Но часто эти методы сочетаются, причем после проведения хирургического лечения обязательными являются органосохраняющая операция или сложное заместительное протезирование дефекта.

- **Остеома** — медленно растущая доброкачественная опухоль, построенная из хорошо дифференцированной зрелой костной ткани. Эта опухоль выявляется чаще после 15 лет и в более старшем возрасте.
- Растет крайне медленно, в течение многих лет.
- Развиваясь из кости челюсти, остеомы вызывают постепенное утолщение соответствующего участка, приводя к деформации челюсти, косметическим и функциональным нарушениям.
- Опухоль может располагаться *центрально* и *периферически* (А.А. Колесов).
- *Центральные* и *периферические* остеомы бывают губчатыми, компактными и смешанными.

Диагностика и лечение остеомы

- Периферическая остеома определяется как **одиночное ограниченное избыточное костное разрастание, вдающееся в виде шипа или выступа в окружающие мягкие ткани.** Эти образования могут быть связаны с костью узкой ножкой или имеют широкое основание, правильную форму, гладкие, ровные контуры.
- Центральная остеома выявляется в виде **очага интенсивного уплотнения округлой формы с гладкими контурами, остеопороз и деструкция отсутствуют (компактна).**
- Диф.диагностика: с фиброзной дисплазией, реактивными гиперостозами неопухолевого происхождения, оссифицирующим миозит, остеомиелитом, оссифицированной гематомой.
- Лечение. Удаление опухоли в пределах здоровой кости.

● **Синдром Гарднера** — наследственный симптомокомплекс, проявляющийся множественными остеомами лицевых, плоских и трубчатых костей, диффузным полипозом прямой и ободочной кишки, опухолями мягких тканей (липомы, фибромы, эпителиальные кисты). Встречаются также сверхкомплектные зубы, одонтомы.

● **Лечение только хирургическое.** Оперативное вмешательство заключается в радикальном иссечении опухоли в пределах здоровой кости. Операция показана в тех случаях, когда остеома вызывает функциональные или косметические нарушения в ЧЛО.

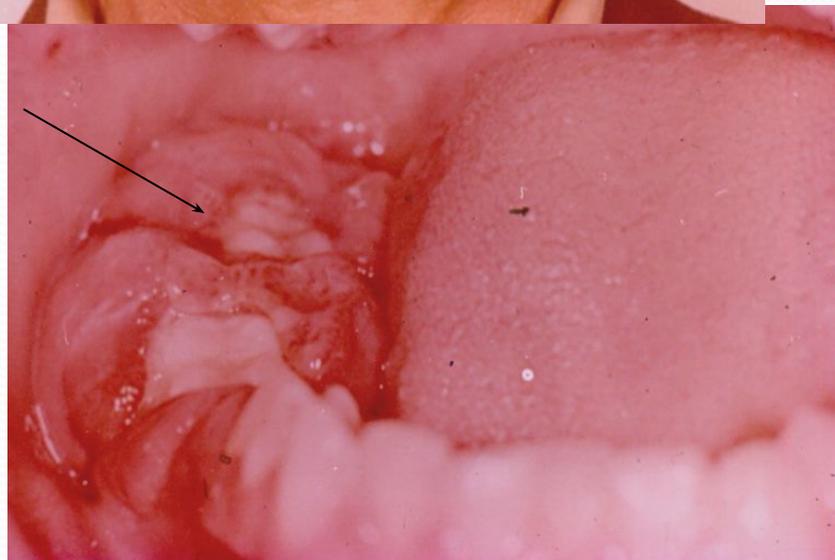
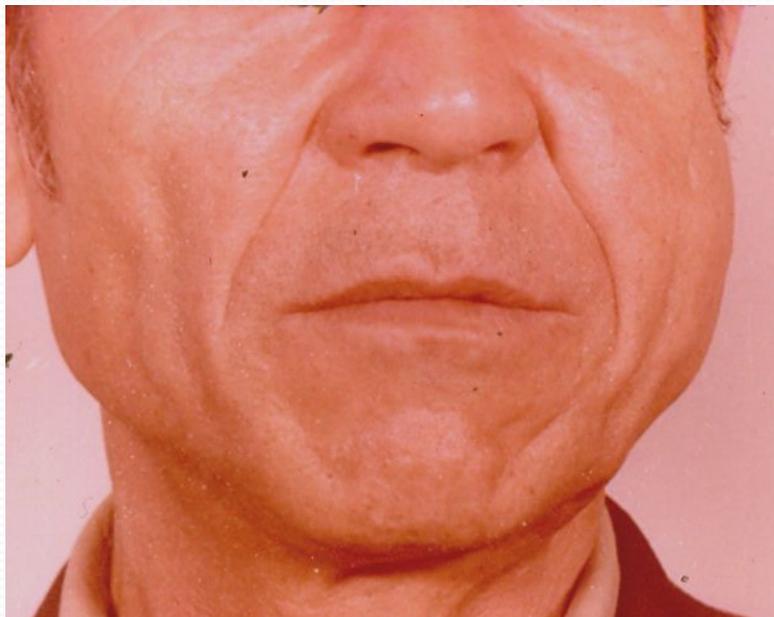
- **Хондрома** — опухоль, состоящая из **зрелой хрящевой ткани**.
- Большинство хондром челюстных костей **эмбрионального** происхождения.
- Наблюдается преимущественно у детей школьного возраста.
- Хондромы бывают **одиночными** и **множественными**. В челюстных костях они обнаруживаются, как правило, в виде **солитарного** узла.
- В зависимости от расположения по отношению к кости их принято разделять на **центральные** и **периферические** (эн- и экхондромы).
- Опухоль обнаруживают чаще на верхней челюсти, как правило, в переднем ее отделе по ходу срединного шва или в толще челюсти.
- Хондромы бывают **одиночными** и **множественными**, способны к **рецидивированию** и **озлокачествлению** (хондросаркома).

Диагностика и лечение хондромы

- **Рентгенологически:** плотноватая тень новообразования, корни зубов не резорбированы, опухоль имеет бесструктурную тень неравномерной плотности.
- Диагноз затруднителен, и ставят его часто на основании **типичной локализации** для этого вида опухоли, окончательный диагноз устанавливают после **биопсии** (инцизионной).
- **Лечение.** При удалении хондромы показана **частичная или полная резекция челюсти с одномоментным удалением опухоли единым блоком и в пределах здоровых тканей.** При удалении опухоли **необходимо иссечь и надкостницу, покрывающую опухоль, иначе возможны рецидивы.**
- Вид протезирования ребенка зависит от характера оставшегося дефекта верхней челюсти. Протезирование показано непосредственно после операции (10—12 сут) или через 1 мес после заживления раны.

- Гигантоклеточная опухоль (ГКО), или бурая опухоль, остеокластома, — одна из наиболее часто встречающихся костных опухолей челюстей в детском возрасте (33 % от общего числа доброкачественных опухолей).
- Гистогенез опухоли неясен.
- ГКО характеризуется *богато васкуляризированной* тканью, состоящей из клеток типа *остеобластов*, между которыми рассеяны гигантские клетки типа *остеокластов*.
- Наибольшая частота поражения челюстных костей отмечается в двух возрастных группах - у детей **4-7** и **8—12** лет, чаще у мальчиков.
- Эта опухоль поражает, как правило, одну из челюстей и не сопровождается изменениями в других костях.
- Преобладают поражения нижней челюсти.
- Существует разделение ГКО на **центральные** и **периферические**.

Центральная и периферическая остеобластокластома верхней и нижней челюстей



Диагностика остеобластокластомы

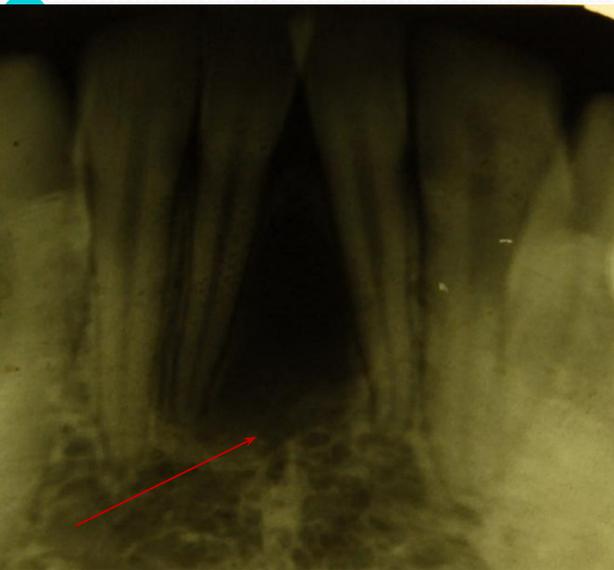
- Рентгенологически эта опухоль проявляется в виде **ячеистой** и **литической** формы.
- Клинико-рентгенологическая картина ГКО зависит от особенностей ее симптоматики в верхней и нижней челюсти.
- Рентгенологически при **ячеистой** форме в очаге поражения выявляется множество мелких полостей или более крупных ячеистых образований, отделенных друг от друга костными перегородками различной толщины. Значительное истончение кортикального слоя на нижней челюсти. Реакция со стороны надкостницы не отмечается.
- При **литической** форме ГКО очаг деструкции бесструктурен. Если процесс ограничивается частью кости челюсти, то этот дефект является краевым. Если кость разрушена по всему поперечнику, на фоне опухоли определяются свободные концы фрагментов челюсти с неровными и смазанными краями. Кортикальный слой резко истончен или не обнаруживается. При разрушении периоста опухоль может проникать в окружающие мягкие ткани, однако это еще не служит признаком ее злокачественного перерождения.
- Рентгенологические проявления ГКО зависят от морфологических изменений, протекающих в структуре опухоли по мере ее роста (кистообразование, наличие очагов остеогенеза и др.).
- При локализации опухоли на верхней челюсти, помимо стандартного рентгенологического исследования, большое значение приобретает КТ, особенно при литическом характере процесса, когда опухоль на обычных рентгенограммах имеет нечеткие границы.

Диф.диагностика и лечение остеобластокластомы

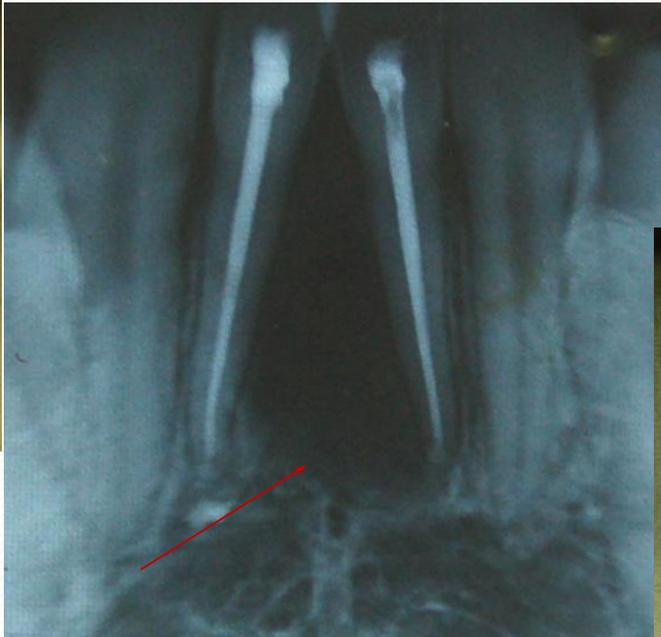
- Проявления гигантоклеточных опухолей сходны и наиболее часто эти опухоли дифференцируют со следующими патологическими процессами: доброкачественными опухолями (амелобластома, миксома, костная гемангиома, хондромиксоидная фиброма) и злокачественными (остеогенная саркома); опухолеподобными процессами (фиброзная дисплазия, кисты челюстных костей).
- Дифференциальная диагностика гигантоклеточных опухолей должна основываться на данных клинического обследования, лучевых методов диагностики, патогистологического исследования.
- Лечение хирургическое — удаление образования с резекцией соответствующего фрагмента нижней челюсти с нарушением или без нарушения ее непрерывности.
- Больным с поражением верхней челюсти показано удаление образования с частичной или полной резекцией челюсти внутриротовым доступом.
- Операции типа выскабливания не показаны.

Остеобластокластома подбородочного отдела нижней челюсти. Прицельные рентгенограммы а) до лечения, б) во время эндодонтического лечения зубов 31,41,; в) после удаления опухоли

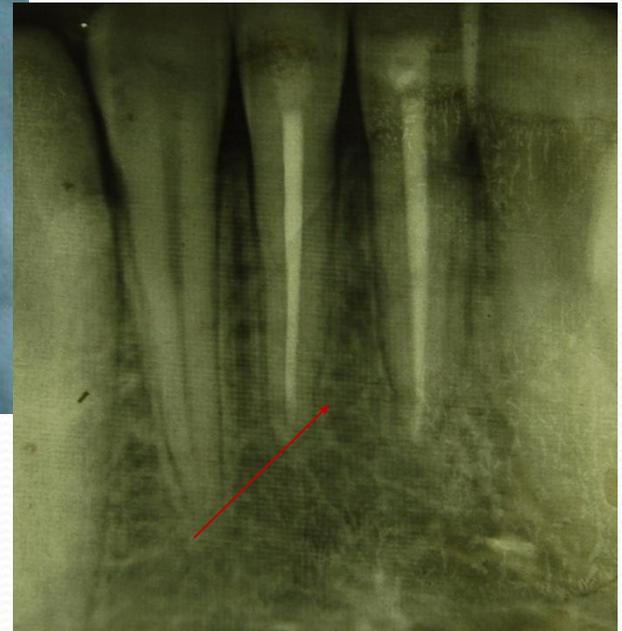
а



б



в

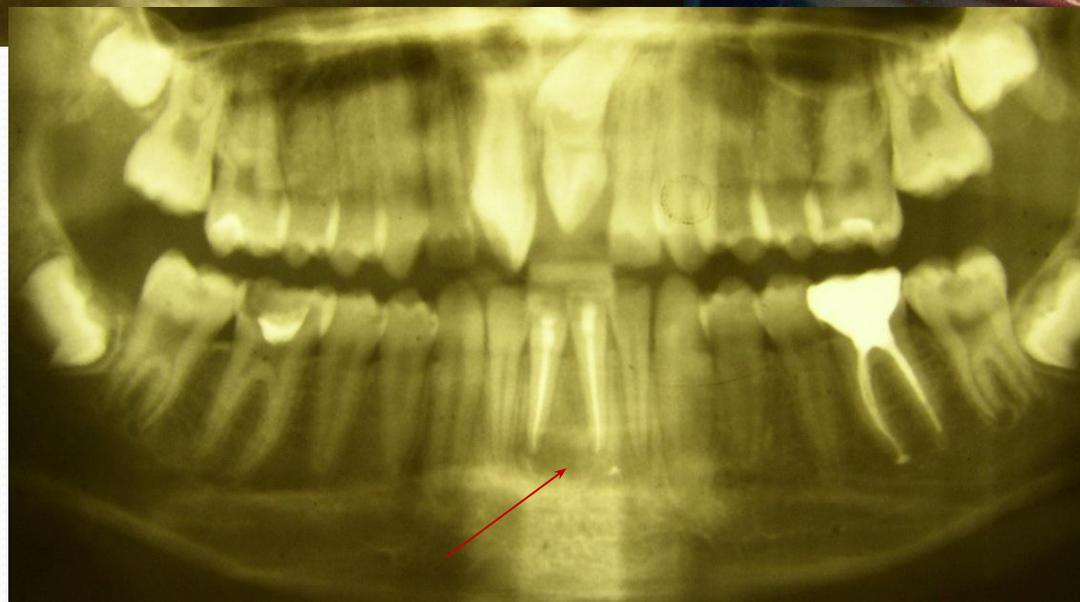


Антон, П., 12 лет, Диагноз: Центральная остеобластокластома подбородочного отдела нижней челюсти.
ОПТГ а) до лечения и б) после лечения

а



б



- **Десмопластическая фиброма.** Эта первичная опухоль кости челюсти названа десмопластической фибромой из-за ее подобия десмоидам — соединительнотканным новообразованиям, развивающимся из сухожильных и фасциально-апоневротических структур с инфильтрирующим ростом.
- Опухоль преимущественно обнаруживают у детей до 5 лет, чаще у мальчиков, и в большинстве случаев она локализуется в нижней челюсти.
- *Клиническая картина.* Десмопластическая фиброма характеризуется солитарным очагом в одной челюсти. Развитие опухоли начинается внезапно, безболезненно, без внешней ясной причины, временного замедления или приостановки роста. Опухоль растет у детей младшего возраста очень быстро и в течение 1—2 мес достигает значительного размера. Чаще опухоль выявляется в течение первого месяца, вначале в виде небольшого выбухания.
- Изменение кожи над опухолью зависит от ее размера. При небольших опухолях кожа не изменена, при больших — истончена, бледновато-синюшного цвета. Изменения кожи не имеют такой степени выраженности, как при остеогенных саркомах, когда кожа становится блестящей, лоснящейся, горячей на ощупь, с резко развитой венозной сетью.
- В поздних стадиях опухоль неподвижно спаяна с костью, плотноэластичная, малоболезненная при пальпации. Поверхность ее в большей части случаев гладкая, реже крупнобугристая. Слизистая оболочка, покрывающая опухоль, истончена, бледноватая или багрово-синюшного цвета. Переходная складка в зависимости от размера и распространения опухоли свободна или сглажена.

Диагностика и лечение десмопластической фибромы

- *Рентгенологически десмопластическая фиброма нижней челюсти* определяется в виде нечетко очерченного, неправильно округлой или овальной формы, малоинтенсивного однородного образования, расположенного на кости. К моменту выявления опухоли имеются изменения кортикальной пластинки. Процессы деструкции приводят к неравномерному истончению в области нижнего края челюсти. При этом наблюдается «бахромчатый периостит» — результат реактивного остеогенеза.
- При десмопластической фиброме верхней челюсти рентгенологическая картина однообразна: видна тень без резко выраженной границы в виде полосы разрежения или склеротического ободка, гомогенная тень может иметь в центре участка просветления.

● **Оссифицирующая фиброма** (фиброosteома) включена в серию № 5 МККО «Гистологическая классификация одонтогенных опухолей» ввиду исключительного проявления только в челюстных костях.

● Опухоль выявляется только у детей старшего возраста, чаще у мальчиков.

● *Клиническая картина.* Оссифицирующая фиброма напоминает картину монооссальной (очаговой) фиброзной дисплазии, однако в отличие от нее растет значительно быстрее. Зубы в области расположения опухоли смещаются. Рост опухоли безболезненный. При выраженной деформации отмечается крепитация или отсутствие кортикального слоя; в этом случае пальпируется упругое эластичное образование.

● *Рентгенологическая картина* оссифицирующей фибромы челюстей является имитатором фиброзной дисплазии. Очаг деструкции костной ткани с ровными, четкими контурами. Опухоль отграничена от прилежащей кости тонкой остеосклеротической каймой. В очаге деструкции видны множественные мелкие очаговые тени — участки кальцификации. Опухоль вызывает вздутие челюсти, смещение и истончение кортикального слоя, смещает зубы.

● *Диф. диагностика:* проводят с десмопластической, амелобластической и одонтогенной фибромами, но наибольшие трудности возникают при дифференцировании с фиброзной дисплазией.

● Подтверждением диагноза остается клинико-рентгенологическое исследование, подкрепленное морфологически присутствием кальцификатов сферического вида.

● **Лечение радикальное — удаление опухоли.**

Опухолеподобные поражения костей лица

- Опухолеподобные поражения (сходные с истинными опухолями) лица рассматриваются в сериях № 5, 6 МГКО.
- Разграничить опухолевый и диспластический характер поражения ЧЛО сложно.

Фиброзная дисплазия (болезнь Крайнева-Лихтенштейна)

- Порок развития кости, близкий по биологической сущности к истинным опухолям.
- 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.
- 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.
- При фиброзной дисплазии очаги характеризуются автономностью роста. Новообразование чаще проявляется в период интенсивного роста лицевых костей, прорезывания постоянных зубов, активизации деятельности эндокринных органов и полового созревания.
- При неполном удалении возможен рецидив.

- Монооссальная фиброзная дисплазия выявляется в возрасте от 12-16 лет.
- Клинически характеризуется появлением медленно увеличивающейся безболезненной костной припухлости в одном из участков верхней или нижней челюсти. Боли - редкие. При прогрессировании процесса кость в зоне поражения деформируется.
- Полиоссальная фиброзная дисплазия встречается редко, характеризуется поражением нескольких костей.
- Клиническое течение как и при монооссальной форме.
- Общий прогноз при монооссальной и полиоссальной форме фиброзной дисплазии благоприятный; функционально-косметический прогноз неблагоприятный.

Херувизм- особая форма фиброзной дисплазии лицевого скелета

- Семейно-наследственный характер заболевания обнаруживается при тщательном обследовании родителей и наблюдается одинаково часто как по линии матери, так и по линии отца. В потомстве могут встречаться как здоровые, так и унаследовавшие заболевание дети, заболевание может быть в одном или многих поколениях.
- Начало заболевания относится к эмбриональному периоду.
- Для херувизма характерно:
 - **симметричное утолщение нижней (и верхней) челюсти;**
 - **лицо имеет «надутый», «маскообразный» вид;**
 - **носогубные складки сглажены;**
 - **мимика нарушена;**
 - **сеть сосудов расширена;**
 - **лимфатические узлы (подчелюстные) увеличены, подвижны, безболезненны;**
 - **консистенция очагов – от эластичного до мягкоэластического (в старшем возрасте более плотная);**
 - **пальпация обычно безболезненна;**
 - **нарушается зубообразование, прорезывание зубов, дистопия, гиподентия, ретенция, раннее выпадение зубов;**
 - **наиболее интенсивный рост (в 5-10 лет);**
 - **в период полового созревания наступает стабилизация роста.**

Херувизм

- ***Рентгенологически отмечается:***
 - симметричность поражения челюстей;
 - кортикальный слой неравномерно истончается;
 - четкие ячеистые кистоподобные образования чередуются с грубыми, бесформенными костными трабекулами;
 - определяются крупные гомогенные очаги повышенной плотности.

Лечение хирургическое.

Возможны рецидивы через один-два года.

Синдром Олбрайта

- 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.
- Костные поражения, которые при синдроме Олбрайта являются главными и определяющими, ничем не отличаются от таковых при моно- и полиоссальных формах фиброзной дисплазии.
- С наступлением половой зрелости отмечается тенденция к приостановке процесса.

- Все формы фиброзной дисплазии *дифференцируют* от гигантоклеточной опухоли, ее ячеистой формы, имеющей центральное расположение в челюсти, оссифицирующей фибромы, амелобластомы, саркомы, первично-хронического продуктивного остеомиелита.
- 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.

- **Эозинофильная гранулема челюстных костей** – это разрастание ретикулоэндотелиальных элементов костного мозга с наличием эозинофильных лейкоцитов, постепенно замещающих костную ткань, (МГКО, серия № 6) — входит в группу заболеваний гистиоцитоза X — «хронические моноцитарные лейкозы и системные гистиоцитарные заболевания».
- Эозинофильной гранулемой заболевают преимущественно дети и юноши, особенно часто в школьном возрасте.
- Наблюдается болезнь и у детей самого младшего возраста, у мальчиков в 3—4 раза чаще, чем у девочек.
- В лицевом скелете поражение имеет **солитарный (очаговый)** либо **множественный (диффузный)** характер.

Эозинофильная гранулема

- У детей грудного возраста:
 - на десневых валиках появляются участки некротизированной ткани серовато-зеленого цвета, после отторжения которых остаются незаживающие эрозии и язвы
 - преждевременное прорезывание резко подвижных молочных зубов
 - ошибочно диагностируется язвенный стоматит

Очаговая форма эозинофильной гранулемы –

- слабо болезненная припухлость в области угла или ветви челюсти без признаков воспаления

- рентгенологически определяются очаги деструкции кости неправильной округлой или овальной формы

Диффузная форма эозинофильной гранулемы-

- с альвеолярного отростка постепенно распространяется на тело и ветвь челюсти

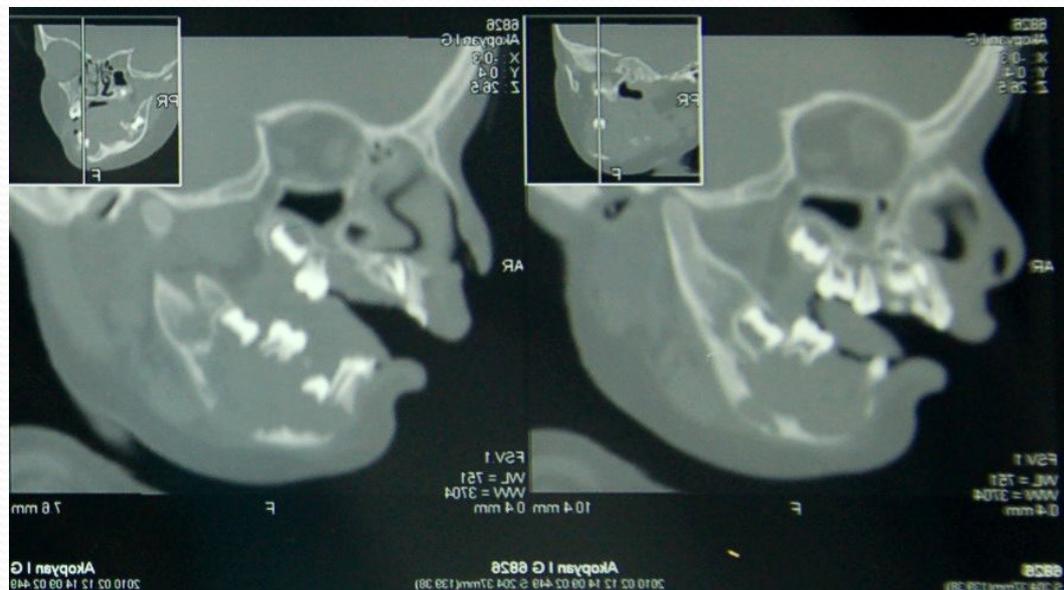
- в полости рта она напоминает гингивит: патологические десневые карманы, прогрессирующая подвижность и потеря отдельных зубов, секвестрация зачатков постоянных зубов

-рентгенологически: превалируют остеолитические процессы в альвеолярном отростке и кости с преимущественным поражением межзубных перегородок.

Диф.диагностика: с атипичной формой остеомиелита, периоститом и всеми кистозными поражениями, саркомой Юинга, остеогенной саркомой, хондромой, гемангиомой.

Лечение хирургическое. В тяжелых случаях – рентгенотерапия, химиотерапия (цитостатики).

Бо́льная А., 2 года. Диагноз: Эозинофильная гранулема нижнечелюстной и височной костей слева



Амелобластома (адамантинома)

- Одонтогенная эпителиальная опухоль, строение которой сходно со строением ткани эмалевого органа зубного зачатка.
- Предположительно может развиваться из эпителия зубной пластинки, зубного мешочка, островков Малассе.
- Обнаруживается в основном у детей старше 10 лет, но может встречаться и в более раннем возрасте.
- Клиническая картина. Начальное проявление амелобластомы бессимптомно и первые признаки определяются во время деформации челюсти.
- Длительность заболевания с момента первых симптомов нередко составляет несколько лет, поэтому опухоль часто выявляется после 16—18 лет.
- Пальпаторно чаще определяется веретенообразное выбухание кости с гладкой или бугристой поверхностью. Альвеолярная часть нижней челюсти соответственно расположению опухоли оказывается увеличенной; зубы в зоне поражения смещены и часто подвижны. При перкуссии зубов отмечается четкое укорочение перкуторного звука, что свидетельствует о поражении околоверхушечных тканей. Дети могут отмечать боли в зубах. Амелобластома, прорвав кортикальный слой кости, может распространяться в мягкие ткани. В процессе развития этой опухоли вторично может присоединиться воспалительный компонент.
- Возможно злокачественное перерождение амелобластомы.

● **Рентгенологическая картина амелобластомы.**

- Наиболее типичен поликистозный (многокамерный) вариант, реже наблюдается одиночная кистозная форма.
- Более информативными являются: МРТ, КТ в трехмерном (3D) режиме.
- **Поликистозный вариант** — это множество очагов разрежения костной ткани округлой и овальной формы, создающих картину «пузырей мыльной пены». Контуры очагов деструкции четкие.
- **Кистозная форма** — очаг деструкции костной ткани с неправильными фестончатыми контурами.
- Обе формы вызывают деформацию челюсти за счет вздутия, со смещением, истончением и прерыванием коркового слоя в отдельных местах. Зубы, находящиеся в зоне опухоли, смещены, корни их подвергаются резорбции. В очаге поражения могут встречаться непрорезавшиеся зубы.
- Лечение хирургическое — удаление опухоли в пределах здоровой

Амелобластическая фиброма (мягкая одонтома)

- Преимущественно наблюдаются у детей и подростков в период развития и формирования постоянных зубов.
- Отличается медленным ростом.
- К моменту проявления достигает значительных размеров.
- Кость вздута, кортикальная пластинка прорывается опухолью на ранних этапах развития. Вздувается и альвеолярная часть челюсти, зубы становятся подвижными и смещаются опухолью. Опухоль в полости рта выглядит мягкоэластичной.
- В амелобластической фиброме нередко располагается не полностью сформированный постоянный зуб (зачаток).
- Течение амелобластической фибромы доброкачественное.

- **Рентгенологически** на нижней челюсти амелобластическая фиброма похожа на амелобластому и определяются вздутие челюсти, истонченный или частично разрушенный кортикальный слой. Основные признаки — кистоподобная структура и однородные зоны просветления, включения зубов, которые располагаются в кистозных полостях. На верхней челюсти определяются участки деструкции, их границы из-за проекционных наложений трудно установить. Более информативным методом исследования является КТ в трехмерном (3D) режиме.
- ***Дифференциальная диагностика*** сложна и проводится с амелобластомой, фибромами, кистами различного генеза. Морфологическое исследование обязательно для уточнения диагноза и планирования объема лечения.
- ***Лечение.*** Учитывая инфильтративный рост опухоли, осуществляют резекцию челюсти в пределах здоровых тканей и первичную костную пластику. Выскабливание неэффективно.

Одонтома - порок развития зубов.

- Возникает в период формирования постоянных зубов.

- Локализуются преимущественно в области моляров, то у детей — в области резцов, клыков и премоляров.

- **Клиническая картина.** Симптомы одонтом скудны, больные чаще обращаются по поводу случайно замеченной деформации челюсти или в связи с отсутствием прорезывания постоянных зубов.

- Одонтома характеризуется медленным ростом.

- **Макроскопически** картина одонтом разнообразна — от образований, напоминающих недоразвитый или деформированный зуб, до массивных комплексов, состоящих из нескольких или множества зубоподобных образований. Эти образования могут легко разделяться или быть плотно спаянными друг с другом. Опухоль окружена очень тонкой капсулой из фиброзной ткани. В опухоли иногда обнаруживаются мягкотканые полости со светлой жидкостью.

- **Простая** одонтома образуется из ткани одного зуба.
- **Сложная** возникает из нескольких зубов, и в ней все зубные ткани представлены в отдельности. Эти ткани могут быть хорошо развиты, но расположены беспорядочно. Сложная одонтома чаще встречается в переднем отделе верхней челюсти.
- **Составная** одонтома представлена конгломератом мелких рудиментарных зубов или зубоподобных образований, среди которых могут встречаться как полностью сформированные зубы, так и зубы с извращенным топографическим расположением твердых тканей.
- Составная одонтома отличается от сложной произвольно и проявляется главным образом степенью дезорганизованности ее тканей.

● Рентгенологически определяется гомогенная и негомогенная высокой интенсивности тень с четкими бугристыми контурами. По периферии опухоли видна полоса разреженной костной ткани, являющаяся отражением соединительнотканной капсулы, на фоне тени опухоли — отдельные неправильной формы зубоподобные образования, некоторые из них имеют форму зуба. Одонтома вызывает смещение рядом расположенных



- **Диф.диагностика.** С остеомой. У последней на рентгенограмме в отличие от одонтомы тень всегда гомогенна и меньшей плотности по сравнению с тенью зуба. В отдельных случаях приходится дифференцировать одонтому от ретенированных и дистопированных зубов. Погибший обызвествленный зачаток зуба также может имитировать одонтому.
- **Лечение.** Показаны резекция или выскабливание патологического очага. Выскабливание проводят вместе с капсулой. Зубы и зачатки, смещенные опухолью, по возможности оставляют. В дальнейшем они могут прорезаться и с помощью ортодонтической коррекции занять правильное положение.
- У детей составные одонтомы, содержащие низкодифференцированные ткани, подлежат резекции в пределах здоровых тканей.
- В отличие от взрослых удаление одонтом у детей следует проводить сразу после обнаружения, так как дальнейший рост опухоли вызывает нарушение формирования и прорезывания постоянных зубов.