

УДК 618.19-616-006	UDC 618.19-616-006
ЛУЧЕВАЯ СЕМИОТИКА ОПУХОЛЕВЫХ И ОПУХОЛЕПОДОБНЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ КОСТЕЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ	RADIATION SEMIOTICS OF TUMOR AND TUMOR-LIKE NEOPLASMS OF THE MAXILLOFACIAL REGION BONES
Малия Хамида Игоревна	Malia Hamida Igorevna
<i>ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2», Краснодар</i>	<i>SBIHC «Region clinic hospital Nr 2», Krasnodar</i>
Литвиненко Елена Александровна – канд. мед. наук	Litvinenko Elena Alexandrovna – MD
<i>ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»; ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет», Краснодар</i>	<i>SBIHC «Region clinic hospital Nr 2»; SBEA HE «Kuban state medical university», Krasnodar</i>
Бурова Илона Вячеславовна	Burova Ilona Vyacheslavovna
<i>ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»; ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет», Краснодар</i>	<i>SBIHC «Region clinic hospital Nr 2»; SBEA HE «Kuban state medical university», Krasnodar</i>
<p>Новообразования челюстей представляют разнообразную группу поражений различного генеза, среди которых существуют органоспецифичные. Некоторые из них не имеют большого клинического значения и предусматривают только наблюдение или локальное удаление, другие – мультимодальную терапию, обширное хирургическое вмешательство. В связи с повышением уровня заболеваний челюстно-лицевой области возрастает важность дифференциальной диагностики доброкачественных, злокачественных опухолеподобных и воспалительных новообразований.</p> <p>При широком применении трехмерной рентгенодиагностики визуализация челюстных поражений не вызывает затруднений, однако предполагает тщательный клинико-лучевой подход для успешной постановки диагноза и своевременного эффективного лечения.</p> <p>В статье рассмотрены наиболее часто диагностируемые новообразования челюстных костей.</p>	<p>Jaw neoplasms represent a diverse group of lesions of various genesis, among which there are organ-specific ones. Some of them are of little clinical significance and require only observation or local excision, the others require multimodal therapy, extensive surgical intervention.</p> <p>Due to the increasing the level of diseases in the maxillofacial region, the importance of differential diagnostics of benign, malignant tumor-like and inflammatory neoplasms increases.</p> <p>With the widespread use of three-dimensional X-ray diagnostics, visualization of jaw lesions does not cause difficulties, but requires a thorough clinical and radiation approach for successful diagnosis and timely effective treatment.</p> <p>The article discusses the most frequently diagnosed neoplasms of the jaw bones.</p>
Ключевые слова: НОВООБРАЗОВАНИЯ, ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ И ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ, ОДОНТОГЕННАЯ ОБЛАСТЬ	Key words: NEOPLASM, BENIGN AND MALIGNANT, ODONTOGENIC AREA

Введение

Новообразования челюстей представляют разнообразную группу поражений различного генеза, среди которых существуют органоспецифичные. Некоторые из них не имеют большого клинического значения и предусматривают наблюдение или локальное удаление, в то время как другие – мультимодальную терапию, обширное хирургическое вмешательство.

На сегодняшний день в связи с увеличением заболеваний челюстно-лицевой области возрастает важность дифференциальной диагностики доброкачественных, злокачественных, опухолеподобных и воспалительных новообразований.

При широком применении трехмерной рентгенодиагностики визуализация челюстных поражений не вызывает затруднений, однако предусматривает тщательный клиничко-лучевой подход для успешной постановки диагноза и выбора своевременного эффективного лечения.

В статье будут рассмотрены наиболее часто диагностируемые новообразования челюстных костей.

Кисты

Среди всех челюстных опухолеподобных новообразований кисты составляют 80–85 %. Наибольшая их распространенность в организме человека наблюдается в челюстных костях из-за большого количества остатков эмбрионального эпителия. Часть их сохраняется в местах слияния эмбриональных отростков лицевых костей (фиссуральные), другие – остатки эпителия, которые остаются в результате одонтогенеза (одонтогенные).

Радикалярная (периодонтальная) киста – одонтогенная киста воспалительной природы, развивающаяся в области корня зуба вследствие некроза тканей пульпы.

R-картина. Округлой формы очаг деструкции с четкими, ровными контурами (вне нагноения), в центре которого находится верхушка корня невитального (депульпированного) зуба или с глубоким кариозным поражением. Не имеет плотных включений, за исключением выведенного за верхушку корневого канала пломбирочного материала. В процессе роста окружающие ткани могут подвергаться компрессионной ремоделяции. Нагноившаяся киста теряет четкость контуров, может вызывать деструкцию окружающих тканей и резорбцию корня зуба.

Этот диагноз выставляют при выявлении полостного образования более 5 мм. Однако крупная гранулема и небольшая радикулярная киста, являющиеся исходом хронического апикального периодонтита, рентгенологически не различимы (рисунок 1).



Рисунок 1 – Радикулярная киста в области первого моляра нижней челюсти справа (MPR-реконструкция КЛКТ)

Зубная (фолликулярная киста) – одонтогенная киста, связанная с ретенированным или импактным зубом. Некоторые авторы считают некорректным термин «фолликулярная», так как киста исходит не из фолликула,

а из остатков эпителия сформировавшейся коронки зуба. Термин «зубо-держущая киста» также признан не корректным, поскольку в просвете кисты находится только коронка, а корень остается в интактной кости. Наиболее частая локализация – ветвь нижней челюсти, в области третьего моляра, развивается в ювенильном возрасте.

R-картина: овальной формы рентгенопрозрачное однокамерное образование с четко очерченными краями в области непрорезавшегося зуба. Достигая больших размеров, может вызывать вздутие кости, смещение зубного ряда, частичную резорбцию вовлеченных корней зубов.

На практике, чем больше перикорональная полость, тем выше вероятность того, что это не зубная киста, а истинное опухолевое одонтогенное поражение (рисунок 2).



Рисунок 2 – Фолликулярная киста в области непрорезавшегося зуба (MPR-реконструкция КЛКТ)

Киста носонебного (резцового) канала – неодонтогенная киста, относящаяся к группе фиссуральных. Образуется в месте сращения верхнечелюстных костей.

R-картина. Округлое отграниченное рентгенопрозрачное образование в области резцового канала чаще с истончением или нарушением целостности кортикальных пластинок. При росте в вестибулярном направлении киста может вызывать резорбцию зубов и их смещение, а также достигать дна полости носа. Выделяют три типа роста

1) латеральный – с распространением парасагиттально в одну сторону;
 2) центральный – с расположением в центре между резцами, симметрично оттесняя их;

3) билатеральный тип – распространяется симметрично относительно резцового канала в виде двух округлых самостоятельных образований, не смещающих резцы, а обрастающих их небо (рисунок 3).

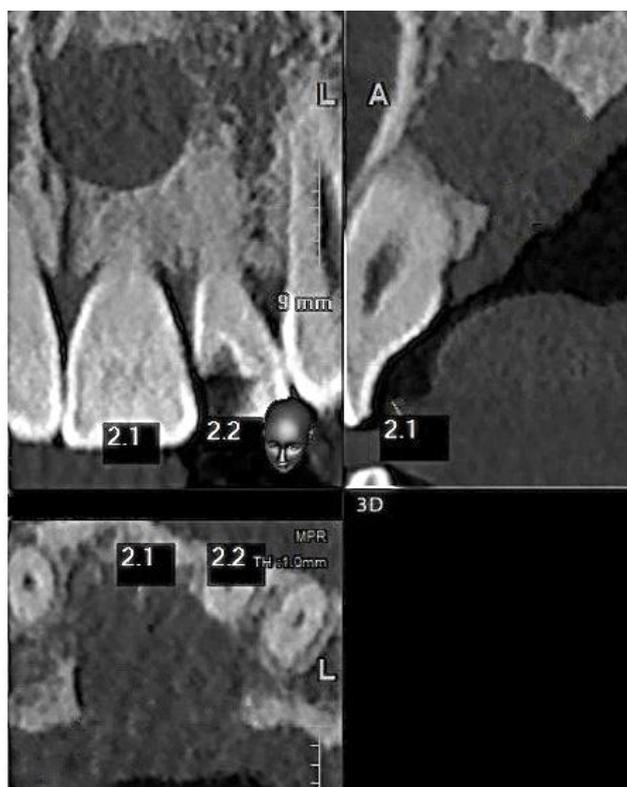


Рисунок 3 – Киста резцового канала (MPR-реконструкция КЛКТ)

Глобуломаксиллярная киста – неодонтогенная киста, относящаяся к группе фиссуральных кист. Располагается между резцовой костью и альвеолярным отростком верхней челюсти, т. е. между боковым резцом и клыком.

R-картина. Веретенообразной формы рентгенопрозрачное образование с четкими, ровными контурами, локализующееся между боковым резцом и клыком, либо между центральным и боковым резцами с дивергенцией их корней (рисунок 4).



Рисунок 4 – Глобуломаксиллярная киста справа (MPR-реконструкция КЛКТ)

Простая (травматическая/геморрагическая/аневризматическая) костная киста – идиопатическая костная полость, не имеющая связи с зубами. Чаще образуется в нижней челюсти. Она является результатом некроза кости вследствие травмы с интрамедуллярной неорганизованной гематомой или интенсивного роста скелета, при котором губчатое вещество кости не успевает перестроиться и образуются не полностью минерализованные костные полости.

R-картина. Однокамерное полостное образование, распространяющееся вдоль губчатого вещества кости, ограниченное кортикальной пластинкой, овально вытянутой формы, с фестончатыми краями. Вздутие обычно отсутствует или выражено минимально. Киста внедряется в межзубные промежутки, верхушки корней могут оказаться погруженными в полость, но без

влияния на связочный аппарат, не вызывая их резорбцию и дислокацию (рисунок 5).



Рисунок 5 – Простая костная киста нижней челюсти слева (MPR-реконструкция КЛКТ)

Одонтогенные опухоли и опухолеподобные образования

Одонтома – одонтогенное опухолеподобное образование челюстей, возникающее вследствие порока развития и формирования тканей зубов. Локализуется в пределах зубного ряда, чаще на нижней челюсти в боковых отделах. Выделяют твердую одонтому, состоящую из твердых тканей (кость, эмаль, дентин, цемент) и мягкую, которая состоит из низкодифференцированных тканей зуба (пульпа, фиброзная и эпителиальная ткани), некоторые авторы называют ее амелобластической фибромой. По ряду предположений мягкая одонтома – это ранняя стадия твердой одонтомы, встречается крайне редко (рисунок 6).



Рисунок 6 – MPR-реконструкция КЛКТ. Аневризматическая костная киста нижней челюсти слева

Одонтома может смещать анатомические структуры на пути ее роста, вызывать задержку прорезывания постоянных зубов, поэтому выявляется в детском и юношеском возрасте.

Различают простые и сложные одонтомы. Сложные в свою очередь делятся на составные и смешанные. Обычно выявляются в возрасте от 10 до 20 лет.

R-картина

Простая одонтома образована небольшим количеством хаотично перемешанных твердых тканей (достаточных для построения только одного зуба).

Сложная одонтома образована значительным количеством твердых тканей, достаточных для построения нескольких зубов.

Составная одонтома представляет конгломерат правильно сформированных, но деформированных зубов или зубоподобных структур с центрально расположенной пульпой.

Смешанная одонтома – сложная одонтома, состоящая из хаотично перемешанных твердых тканей (рисунок 7).

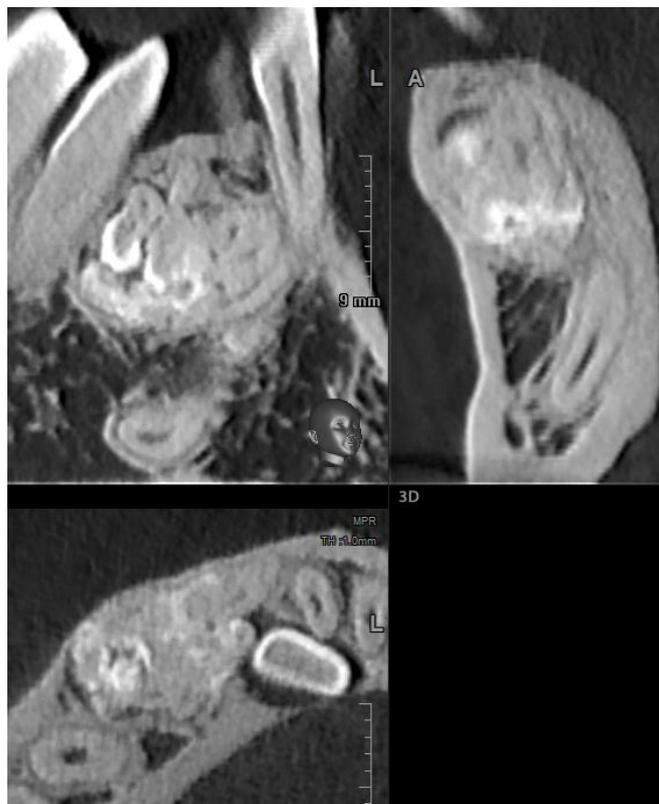


Рисунок 7 – Сложная одонтома верхней челюсти в области бокового резца

Амелобластома – истинная одонтогенная опухоль, исходящая из клеточных элементов эмалевого органа. Выявляют в возрасте 20–40 лет, с одинаковой частотой у мужчин и женщин. Они обычно доброкачественны, но локально агрессивны, некоторые имеют злокачественный потенциал. Злокачественные формы могут метастазировать.

Распространенная локализация амелобластомы – область боковых отделов нижней челюсти – тела, угла и ветви, крайне редко образуется на верхней челюсти. Опухоль верхней челюсти может прорасти в полость носа, гайморову пазуху, орбиту; деформировать твердое небо и альвеолярный отросток.

Различают солидную и кистозную формы амелобластомы.

R-картина. Солидная форма характеризуется картиной однополостного рентгенопрозрачного образования с полициклическими контурами. Кистозная форма имеет картину многокамерного образования, с симптомом «мыльного пузыря». В отличие от истинных кист, внедряясь между корнями зубов, амелобластома не вызывает их дивергенцию, но может приводить к резорбции верхушек корней. Локализуясь в боковых отделах тела нижней челюсти, полость опухоли часто содержит ретинированный третий моляр. При агрессивном росте отмечают вздутие кости, истончение и прерывистость кортикальной пластинки. При нагноении опухоли в ее просвете может визуализироваться уровень жидкости. При озлокачествлении исчезают перегородки между отдельными костными полостями, контуры очагов становятся неровными, изъеденными, может возникнуть патологический перелом (рисунок 8).



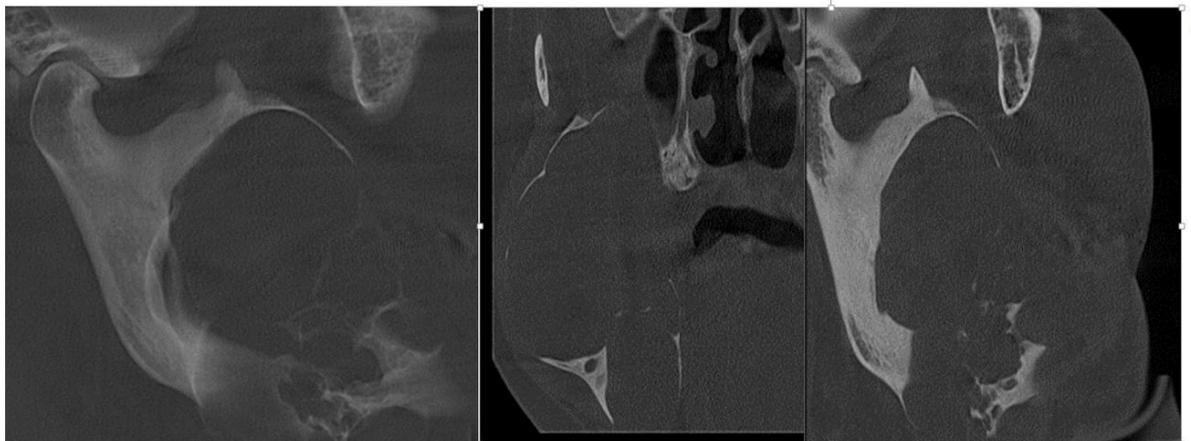


Рисунок 8 – Амелобластома нижней челюсти справа (ортопантомограмма (ОПТГ))

Одонтогенная кератокистозная опухоль (кератокиста) – полостное образование с местным агрессивным ростом, исходящее из одонтогенного эпителия. Может развиваться вместо сверхкомплектного зуба или третьего моляра или быть связанной с импактным зубом. Поражает чаще тело и ветвь нижней челюсти в области моляров. В литературе чаще встречается как «кератокиста». В результате неопластического поведения в самой последней классификации ВОЗ (2005) это поражение предлагается обозначать как опухоль. Она может наблюдаться спорадически как солитарное образование или проявляться как один из признаков известного синдрома Горлина – Гольтца (синдром невоидной базальноклеточной карциномы, невобазоцеллюлярный синдром).

R-картина. Чаще однокамерная (при малых размерах), с четко очерченными стенками, распространяется по губчатому веществу кости, не вызывая значимого вздутия. Может достигать больших размеров, с наличием псевдодоперегородок, вызывая вздутие кости и истончая кортикальные пластинки. На верхней челюсти диагностируется как округлая или грушевидная полость, исходящая из альвеолярного отростка между латеральным резцом и клыком (рисунок 9).



Рисунок 9 – Одонтогенная кератокистозная опухоль в области третьего моляра нижней челюсти справа (MPR-реконструкция КЛКТ)

Аденоматоидная одонтогенная опухоль – одонтогенная киста, полость которой заполнена железистой тканью, схожей с тканью слюнной железы. Довольно часто принимает клиническую форму зубочелюстной кисты, поражая коронковую часть зуба, с которым она соединена на уровне цементно-эмалевого соединения. Встречается в литературе как «аденоматоидная одонтогенная киста». В последней классификации ВОЗ (2005) предложено относить ее к опухолям. Чаще локализуется на верхней челюсти, связана с непрорезавшимся клыком.

R-картина. Однокамерное кистозное образование округлой или овальной формы (обычно размерами 2–3 см), в полости которого определяются множественные мелкие петрификаты («симптом снежинок») (рисунок 10).



Рисунок 10 – Аденоматоидная одонтогенная опухоль в области ретенированного клыка верхней челюсти справа (MPR-реконструкция КЛКТ в режиме МIP)

Кальцифицирующая одонтогенная опухоль (или киста Горлина) представляет образование кистозно-солидного характера с кальцинатами. Встречается в тех же местах, что и кератокистозная одонтогенная опухоль.

R-картина. Однокамерное полостное образование округлой или овальной формы, с четко очерченными краями, с участками обызвествлений (от мелких включений до крупных глыбок), обычно размерами 2–4 см (рисунок 11).

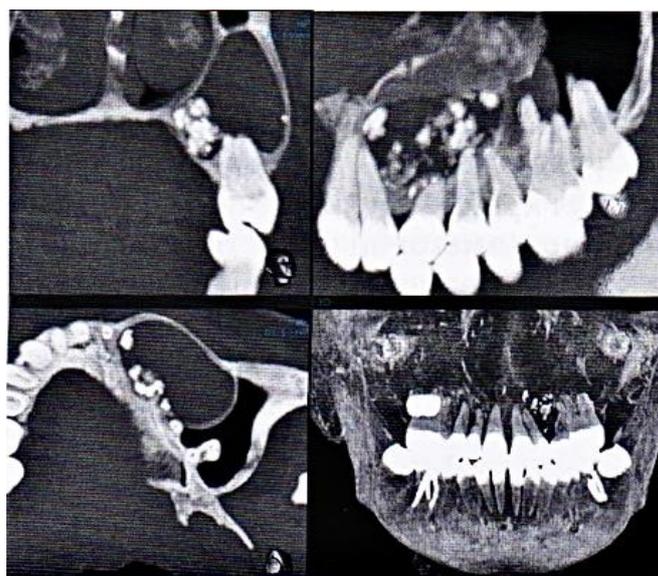


Рисунок 11 – Кальцифицирующая одонтогенная опухоль верхней челюсти слева (MPR-реконструкция КЛКТ в режиме МIP)

Цементобластома – доброкачественная одонтогенное опухолевое образование. Формируется в пределах зубного ряда, обычно имеет одиночный характер, поражает чаще всего первые моляры нижней челюсти. Может развиваться в любом возрасте и имеет тенденцию к росту, часто поражает нижнюю челюсть в области премоляров или первого моляра.

R-картина. Округлый очаг уплотнения, отчетливо отграниченный мягкотканым контуром «гало». Плотность очага может быть различной в зависимости от степени минерализации. Апикальная и средняя части зуба погружены в опухоль, часто с признаками внешней резорбции корня. Пространство периодонтальной связки, вовлеченной части корня не прослеживается. В процессе развития может смещать корни соседних зубов, ремоделировать, разрушать кортикальную пластинку челюсти, но не распространяется за ее пределы. Размеры обычно не превышает 2 см (рисунок 12).

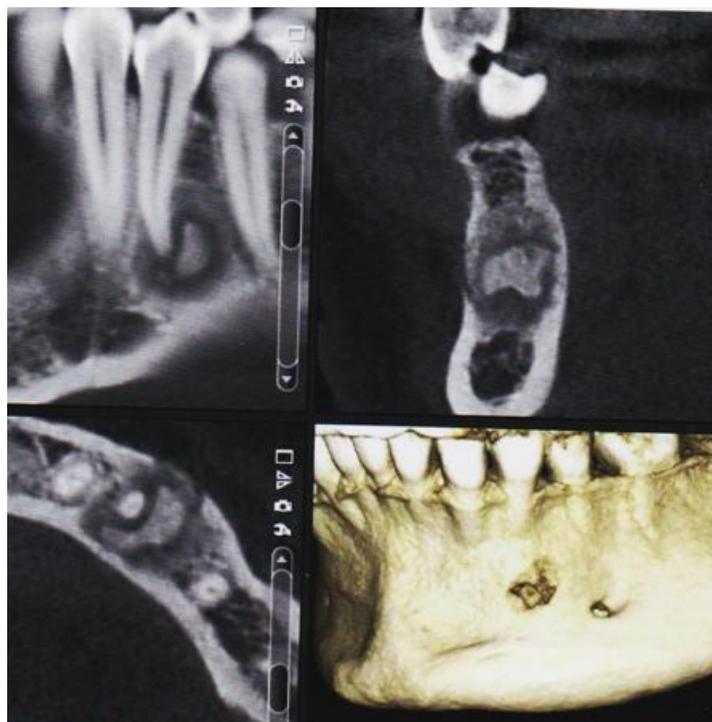


Рисунок 12 – Цементобластома в области зуба 3.4 (MPR-реформат)

Одонтогенная миксома – одонтогенная доброкачественная опухоль, не имеющая капсулы и обладающая агрессивным местным инфильтратив-

ным ростом. Локализуется обычно в переднебоковом отделе нижней челюсти и в боковом отделе верхней челюсти. Чаще встречается в возрасте 10–30 лет. У детей характеризуется быстрым ростом. По клиническому течению напоминает злокачественные новообразования.

R-картина. Определяются множественные очаги деструкции костной ткани различной формы и величины, с нечеткими контурами (картина напоминает поликистозную амелобластому). Зубы в зоне роста опухоли смещены, подвижны, верхушки корней резорбированы. Миксомы могут разрушать кортикальную пластинку челюсти и прорастать в мягкие ткани (рисунок 13).

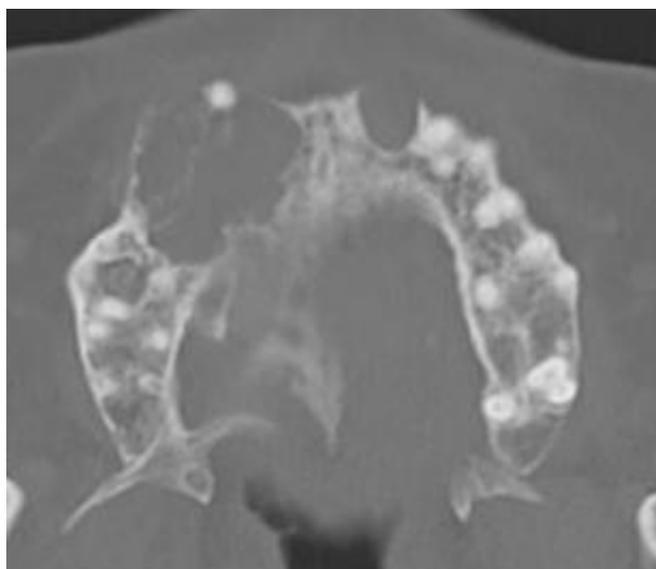


Рисунок 13 – Одонтогенная миксома верхней челюсти справа

Фиброзно-костные опухолеподобные поражения

Периапикальная цементно-костная дисплазия (ЦКД) – относят к фиброзно-костным поражениям челюстей, при котором нормальная костная ткань замещается тканью, состоящей из фибробластов и коллагена, с содержанием различного количества костных или цементоподобных кальцификатов. Несмотря на активное распространение сведения об этой патологии в литературных источниках противоречивы. Цементно-костная дисплазия может иметь локальный (в области одного зуба), очаговый (с вовлечением

нескольких зубов), генерализованный (обеих челюстей) характер. Формируется в ювенильном возрасте.

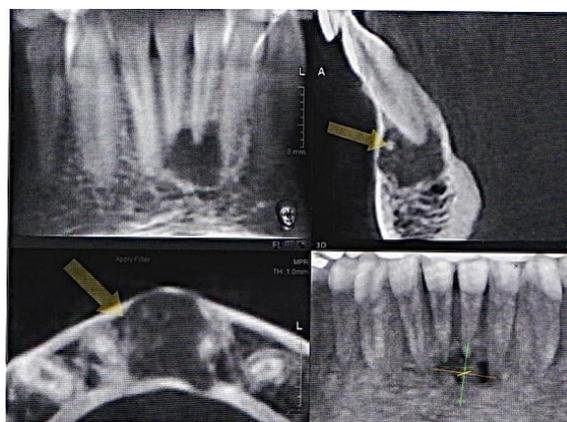
R-картина в зависимости от стадий развития:

1) начальная (остеолитическая) стадия: округлой формы очаг деструкции костной ткани в области вершины интактного зуба, напоминающий апикальную гранулему;

2) стадия созревания (промежуточная): мягкотканый очаг с участками обызвествления;

3) зрелая ЦКД: конгломерат кортикальной плотности, не спаянный ни с апексом, ни с окружающей костной тканью, окаймленный гиподенсным ободком по типу «гало».

Гистология: все формы цементно-костной дисплазии выглядят одинаково при гистологическом исследовании и состоят из фрагментов мезенхимальной ткани, фибробластов и коллагеновых волокон с многочисленными небольшими кровеносными сосудами; типичны кровоизлияния, проходящие через пораженные участки. Между соединительной тканью располагаются костные трабекулы и цементоподобные частицы. Пропорции каждого минерализованного материала варьируют по мере созревания. От одной стадии до следующей может пройти несколько лет. Максимального размера ЦКД достигает в остеолитическую стадию, в дальнейшем она претерпевает изменения соответственно стадиям (рисунок 14).



Цементно-костная дисплазия в литической стадии



Цементно-костная дисплазия в смешанной и в зрелой стадии



Цветущая цементно-костная дисплазия



Рисунок 14 – Периапикальная цементно-костная дисплазия (ЦКД)

Фиброзная дисплазия – опухолеподобное состояние, возникающее в результате дисморфогенеза кости. Выделяют монооссальную (частично или полностью вовлечена одна из лицевых костей), полиоссальную (в двух и более костях) и краниофациальную (выраженная деформация большинства костей черепа) формы. Наряду с полиоссальным поражением скелета у девочек описан синдром Олбрайта, при котором отмечают очаговую пигментацию кожи и раннее половое созревание.

R-картина. Пораженная кость, как правило, вздута, с диффузным уплотнением всех слоев костной ткани по типу «матового стекла», без четкой границы между измененной и интактной костной тканью. Иногда изменения могут иметь неравномерный характер с включениями гиподенсных и гиперденсных участков, образующих смешанную мозаичную картину. Корни зубов деформации и резорбции не подвергаются (рисунок 15).



Рисунок 15 – Фиброзная дисплазия нижней челюсти справа

Херувизм – редкое аутосомно-доминантное врожденное опухолеподобное заболевание, диагностируемое у детей, при котором костная ткань замещается большим количеством фиброзной ткани. Заболевание поражает исключительно челюстные кости. Характеризуется двусторонним симметричным увеличением нижней части лица, преждевременной эксфолиацией временных и постоянных зубов, особенно первого и второго моляров нижней челюсти. Смещение, мальформация, агенезия, эктопия, отсутствие прорезывания зубов. При вовлечении верхней челюсти: нарушение речи, дыхания, глотания, жевания. Круглое лицо и ретракция нижних век: «взор, устремленный к небесам», напоминающий херувима.

R-картина. Множественные двусторонние чередующиеся участки уплотнения и деструкции костной ткани. Истончение кортикальной пластинки и ее вздутие, отсутствие периостальной реакции. Деформация корней зубов (резорбция, как правило, не отмечается). Частичная первичная адентия чаще первого и второго моляра нижней челюсти. Смещение нижнечелюстного канала книзу. Обязательное поражение нижней челюсти и менее выраженное – верхней челюсти (рисунок 16).



Рисунок 16 – Херувизм (ОПТГ)

Болезнь разрешается самостоятельно; регрессирует после полового созревания. Клинически увеличение лица исчезает к 30 годам. При агрессивной форме увеличение лица сохраняется, инволюция поражений с возрастом не происходит.

Деформирующий остеит (Болезнь Педжета) относится к фиброзно-костным поражениям. Характеризуется непрерывной перестройкой костной ткани – рассасыванием старой и неорганизованным образованием новой кости.

R-картина. Компактная и губчатая кость приобретает пятнисто-очаговый «ватный» рисунок. Костномозговые каналы не дифференцируются. В костях черепа швы почти не определяются. На фоне хлопьевидного рисунка отмечается утолщение внутренней и наружной пластинок с неровными, «лохматыми» краями поверхности. В челюстных костях, кроме типичного «ватного» рисунка, наблюдается ретенция не полностью сформированных постоянных зубов, а у прорезавшихся зубов периодонтальная щель не всегда четко определяется (рисунок 17).

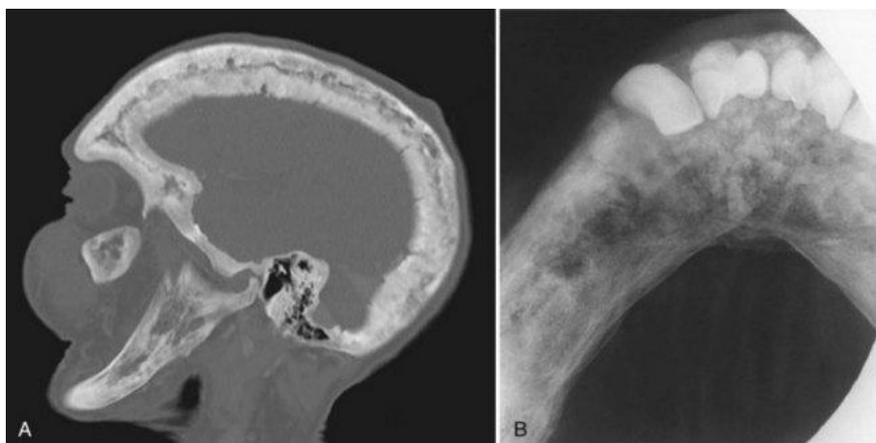


Рисунок 17 – Деформирующий остеит. Болезнь Педжета

Оссифицирующая и цемента-оссифицирующая фиброма – доброкачественное фиброзно-костное опухолеподобное образование. Опухоль может формироваться в верхней и нижней челюстях, распространяясь на другие лицевые кости, чаще локализуется в области премоляров и моляров

нижней челюсти. Заболевание чаще встречается у пациентов в возрасте 30–40 лет, иногда его можно наблюдать у лиц моложе 20 лет.

R-картина. Четко отграниченное кортикальной пластинкой экспансивное образование смешанной плотности в зависимости от степени зрелости. Обычно уплотнение по типу «матового стекла» с разбросанными плотными очагами и кальцинатами (симптом «снежной бури»). Наблюдается дивергенция корней зубов и/или их резорбция.

Для обозначения тяжелой формы оссифицирующей фибромы был предложен термин «ювенильная активная оссифицирующая фиброма». Это редкое новообразование развивается преимущественно у детей и подростков, характеризуется быстрым ростом и агрессивным течением, иногда напоминающим саркому (рисунок 18).

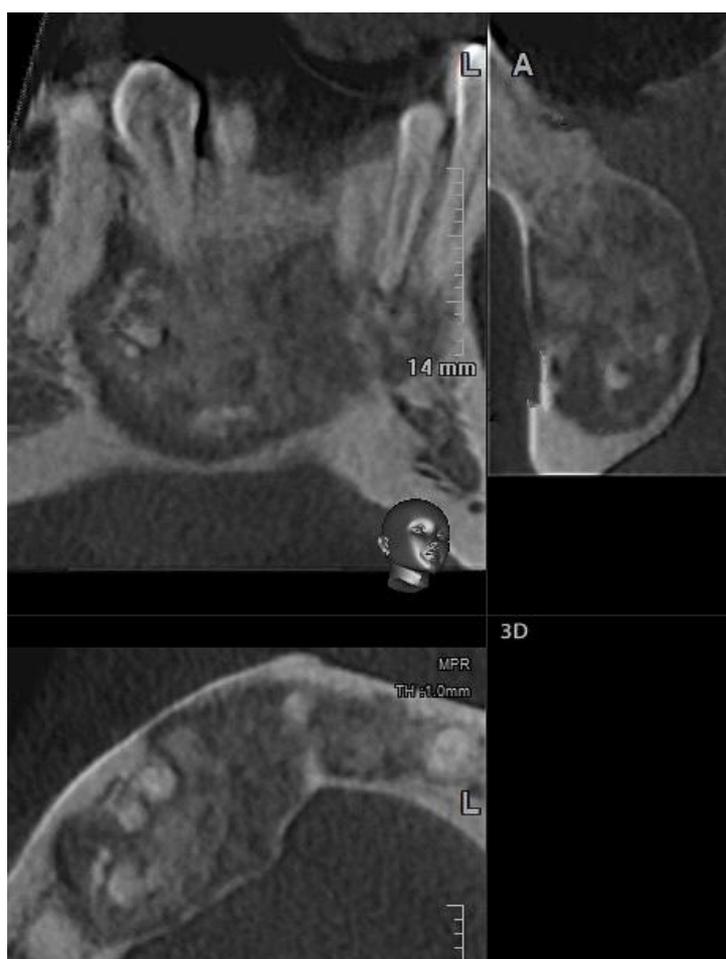


Рисунок 18 – Цементно-оссифицирующая фиброма нижней челюсти (КЛКТ, MPR-реформат)

Остеогенные опухоли (первичные) и опухолеподобные образования

Остеома представляет доброкачественную остеогенную опухоль из зрелой, сформированной костной ткани. Наблюдается в возрасте после 30–40 лет. Чаще образуется на нижней челюсти. По локализации различают центральные (расположены в толще кости) и периферические остеомы.

По строению определяют следующие виды остеом: 1) компактные – состоят из коркового вещества кости с полным отсутствием костного мозга; 2) губчатые или спонгиозные, состоящие из порозного губчатого вещества.

R-картина. Компактная остеома визуализируется в виде одиночного, более плотного, чем кость, образования с очерченными краями; губчатая остеома – чередования участков уплотнения и разрежения, контуры не всегда четкие.

Периферическая остеома имеет экзофитный тип роста, диагностируется чаще на наружном или нижнем крае нижней челюсти в области моляров. Имеет вид ограниченного выступа с четкими ровными контурами, иногда представляет шиповидное разрастание кости. Множественное поражение – остеоматоз челюстных костей является признаком синдрома Гарднера (рисунок 19).

Экзостозы – это доброкачественные опухолеподобные костные образования, представляющие наросты, образуются в обеих челюстях как на внутренних, так и на наружных поверхностях.

Небный и нижнечелюстной торусы – наиболее распространенные костные выступы челюстей. Они отличаются от других экзостозов только тем, что развиваются в характерных местах и симметричны. Образуются на небной средней линии, буккально на верхнечелюстном альвеолярном гребне или как буккально, так и язычно на альвеолярном гребне нижней челюсти.

R-картина. В зависимости от локализации – костные выступы, плотность которых идентична прилежащей костной ткани без признаков отграничения от нее (рисунок 20).



Рисунок 19 – Периферическая остеома нижней челюсти справа (МСКТ, MPR-реформат)

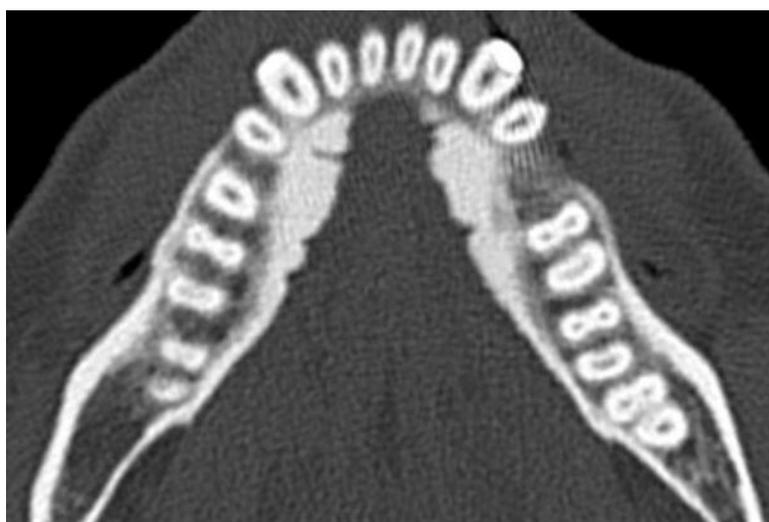


Рисунок 20 – Нижнечелюстные торусы

Идиопатический остеосклероз (эностоз) – представляет доброкачественный локальный опухолеподобный участок дисплазии губчатого вещества кости с эндофитным типом роста (костный островок), обычно небольшого размера. Встречается на нижней челюсти в области моляров, реже – на верхней челюсти в области клыка и премоляров.

R-картина. Четко очерченный округлой, эллиптической или неправильной формы очаг уплотнения кости с эффектом эбурнеации, имеющий очевидную связь с внутренней кортикальной пластинкой (рисунок 21).

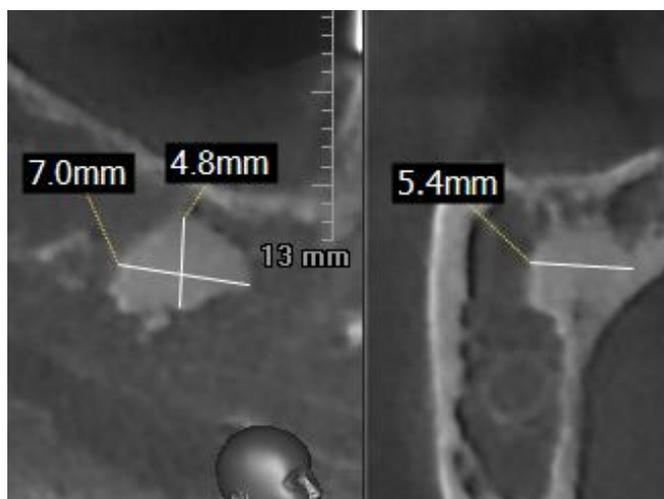


Рисунок 21 – Эностоз верхней челюсти

Остеобластома – доброкачественное медленно растущее опухолевое образование с неограниченным потенциалом роста.

R-картина. Представляет четко очерченный очаг смешанной плотности с склеротическим ободком. В зависимости от размеров происходят истончение и разрушение кортикальных пластинок (рисунок 22).

Остеоид-остеома – доброкачественное остеогенное опухолевое образование с ограниченным потенциалом роста (диаметром 1,5–2,0 см). Обычно встречается у молодых мужчин и в основном в нижней челюсти. Локализуется в губчатом, компактном веществе или субпериостально.

R-картина. Опухоль представлена характерной скиалогической картиной. Очаг повышенной плотности, округлой формы, окаймленный зоной пониженной костной плотности. Она в свою очередь окаймляется неровным

контуром склерозированной кости, чаще в области премоляров и моляров нижней челюсти (рисунок 23).



Рисунок 22 – Остеобластома нижней челюсти слева



Рисунок 23 – Остеоид-остеома нижней челюсти слева

Остеобластокластома (гигантоклеточная опухоль) – доброкачественная остеогенная опухоль. Развивается преимущественно у лиц молодого возраста, чаще у женщин 11–30 лет. Может располагаться по периферии кости и в толще костной ткани. В нижней челюсти опухоль чаще выявляется в области премоляров и моляров, в верхней челюсти – премоляров.

Различают три основные формы остеобластокластом: ячеистую, кистозную, литическую.

R-картина. При ячеистой форме определяется многокамерное образование, состоящее из мелких и более крупных полостей, отделенных друг от друга костными перегородками различной толщины (картина, сходная с амелобластомой).

Остеобластокластома кистозной формы представляет однокамерное полостное образование, напоминающее одонтогенную кисту или кистозную форму амелобластомы; литической формы – бесструктурное радиопрозрачное образование (рисунок 24).



Рисунок 24 – Остеобластокластома нижней челюсти (МСКТ, MPR-реформат)

Остеохондрома – это доброкачественное гамартромное образование, представляющее костный выступ, снаружи покрытый шапочкой из хрящевой ткани, а изнутри заполненный костномозговым содержимым. Поражается чаще нижняя челюсть – область мышечкового отростка и головки. Чаще встречается в возрасте до 30–40 лет, преимущественно у женщин. По характеру их роста выделяют экзофитные, которые образуются на передней

поверхности мыщелка в месте прикрепления латеральной крыловидной мышцы, и шаровидные – деформируют всю головку мыщелка.

R-картина. Отличается характерной скелетными характеристиками. Определяют увеличение мыщелка, появление симптома «раздробленного флага» с массой, возникающей с боковой стороны мыщелка (рисунок 25).

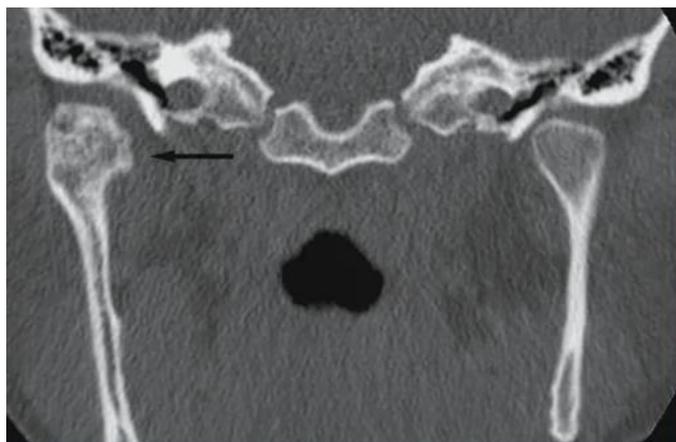


Рисунок 25 – Остеохондрома

Центральная гигантоклеточная гранулема – реактивное внутрикостное /доброкачественное опухолеподобное поражение, возникающее в результате остеокластической пролиферации, проявляющейся в виде обширных литических изменений костной структуры. Поражает исключительно челюсти, чаще нижнюю в передних отделах.

В большей степени обнаруживается у женщин в возрасте до 30 лет.

R-картина. Экспансивное одно- или многокамерное (при больших размерах) радиопрозрачное образование с зернистыми включениями, с резорбцией кортикальных пластинок, смещением зубного ряда и резорбцией корней. При КТ с контрастным усилением отмечают легкое контрастное усиление, вовлечение окружающих мягких тканей (рисунок 26).

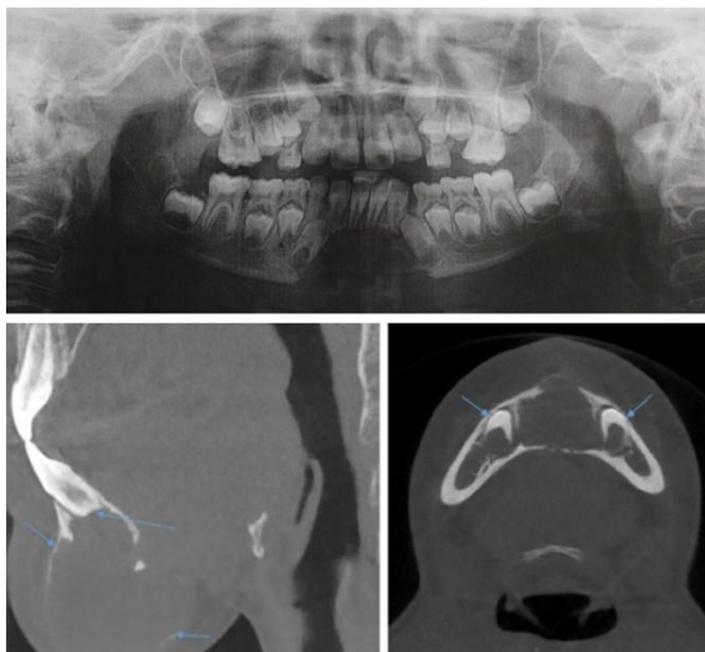


Рисунок 26 – Гигантоклеточная опухоль нижней челюсти (ОПТГ, МСКТ)

Остеосаркома – злокачественная остеогенная опухоль. В равной степени поражает обе челюсти, чаще в области моляров. Может возникать в толще челюсти – центральная и в периферических отделах – периферическая.

Для остеосаркомы челюсти характерно раннее гематогенное метастазирование в легкие.

R-картина. Остеобластическая форма чаще встречается у детей и у лиц молодого возраста. Это зона остеосклероза, с спикулообразной периостальной реакцией по мере прорастания опухоли в мягкие ткани.

Остеолитическая (остеокластическая) форма поражения чаще возникает у взрослых, выявляется как зона деструкции кости с зазубренными участками (спикулами).

При смешанном варианте встречаются одновременно (рисунок 27).



Рисунок 27 – Остеосаркома нижней челюсти (МСКТ, аксиальный реформат)

Хондросаркома – злокачественное остеогенное опухолевое образование, поражающее обе челюсти в равной степени. В верхней челюсти чаще поражаются: передние отделы, околоносовые пазухи, носовая перегородка. В нижней челюсти: ветвь, головка и шейка мыщелка, венечный отросток. Обнаруживается у лиц в период 30–60 лет.

Р-картина. Просветление неправильной формы, с нечеткими краями, с хаотично разбросанными рентгеноконтрастными очагами. При поражении надкостницы плотные включения распределяются перпендикулярно поверхности кости в виде лучей. Встречаются включения кальцинатов, напоминающие облако, с плотными завитками и дугами. В каждом рентгеноконтрастном очаге часто обнаруживается центральное рентгенонегативное включение (главный отличительный признак от остеосаркомы).

Вывод

Статья демонстрирует актуальность дифференциальной диагностики воспалительных заболеваний, доброкачественных и злокачественных новообразований челюстных костей, иных патологических процессов для выбора правильной тактики лечения пациентов.

При первичном выявлении опухолей челюстей ортопантомография играет важную роль благодаря широте обзора зубочелюстной системы. Однако в связи суммационным эффектом изображения визуализация образования на верхней челюсти и его определение точной локализации затруднительны. Не представляется возможным выявить степень деструкции наружной и внутренней кортикальных пластин челюстей.

Благодаря возможностям трехмерной визуализации (МСКТ, КЛКТ) можно получить исчерпывающую информацию о локализации, структуре, размерах новообразования, оценить его воздействие на окружающие ткани, состояние анатомических структур в зоне поражения.

Золотым стандартом для обследования стоматологических пациентов является конусно-лучевая компьютерная томография (КЛКТ), обладающая высокой разрешающей способностью и чувствительностью к костным структурам, а также быстрой скоростью сканирования с минимальными дозами облучения.

Список литературы

1. One Silva Mike Reis Differential diagnosis and clinical management of periapical radiopaque/hyperdense jaw lesions / *One Silva, Brunno Santos Freitas*. – Bueno, Mike Reis. 2017
2. *Cawson R. A. Cawson's Essentials of Oral Pathology and Oral Medicine / R. A. Cawson, E. W. Odell // Seventh ed. Churchill Livingstone. – 2003.*
3. *Slootweg P. J. Dental Pathology a Practical Introduction / P. J. Slootweg // Springer Verlag. Berlin Heidelberg. – 2007.*
4. *Lisa J. Grace. Oral cavity and maxillofacial area / J. Lisa, Denmark Tamimi, S. Petrikovsky, 2021*
5. Elsevier. Diagnostic Imaging: Head and Neck / *L. Koch Bernadette et al.* – 3rd edition, 2017.
6. *Slootweg P. J. Lesions of the jaws / P. J. Slootweg // Histopathology. – 2009, vol. 54, no. 4, pp. 401–418.*
7. Neoplasms and tumour-like lesions arising from the odontogenic apparatus and maxillofacial skeleton: introduction / *H. P. Philipsen, P. A. Reichart, P. J. Slootweg and L. J. Slater // in World Health Organization Classification of Tumours.*
8. *Cardesa A. Maxillofacial bone and teeth in Pathology of the Head and Neck / A. Cardesa and P. J. Slootweg, Eds., chapter 4, pp. 104–131, Springer, Heidelberg, Germany, 2006*