

МОЗ України

ПОЛТАВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ

Кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої
хірургії

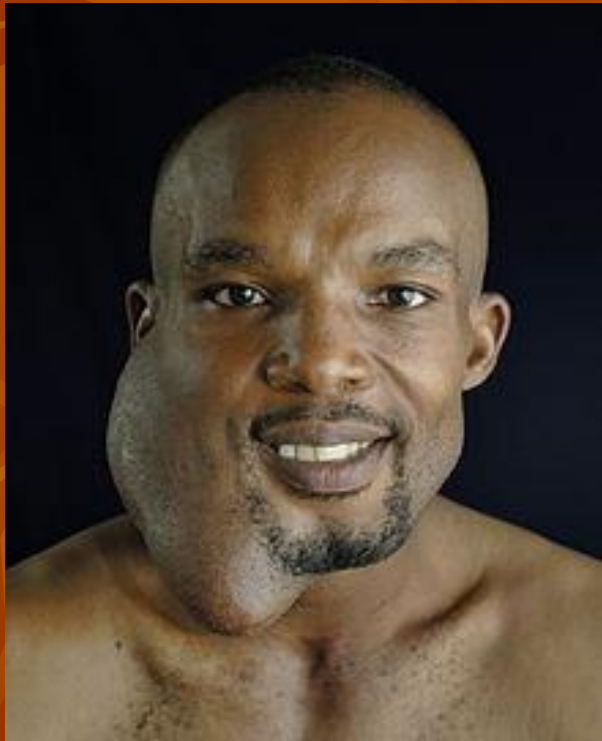
Одонтогенні пухлини щелеп —
амелобластома, одонтоми, цементоми,
епулідиди, одонтогенна фіброза. Одонтогенні
кістки щелеп, які виникають внаслідок вад
розвитку та запальної природи.

Лектор: доцент Яценко І.В.

План лекції

1. Етіологія та патогенез одонтогенних пухлин та пухлиноподібних захворювань щелеп.
2. Класифікація, клініка, діагностика, лікування одонтогенних пухлин та пухлиноподібних захворювань щелеп.
3. Етіологія та патогенез одонтогенних кіст щелеп.
4. Класифікація, клініка, діагностика, лікування одонтогенних кіст щелеп.

Одонтогенні пухлини та кісти щелеп



Кісти щелеп

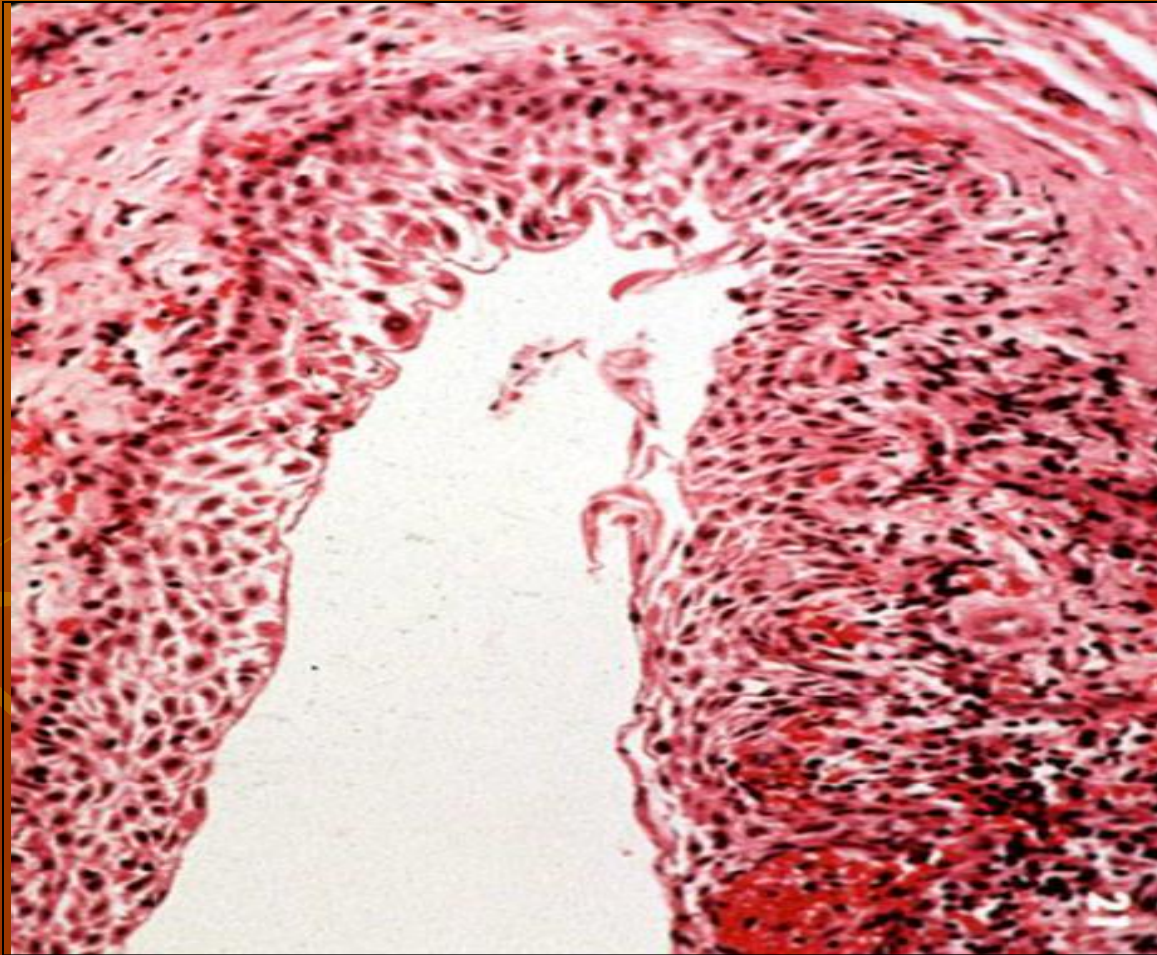


**Кіста - патологічне
порожнинне новоутворення
доброякісного характеру, що
складається із замкнутої
сполучно-тканинної оболонки з
рідким або напіврідким
вмістом**

**Справжня кіста вислана
всередині тим чи іншим видом
епітелію.**

**Псевдокіста не має
епітеліального вистилання.**

Патологічна анатомія кісти



**Схожі риси з доброякісними
пухлинами - повільне,
експансивне зростання.**

**Відмінні риси від доброякісних
пухлин - кіста не має автономного
зростання. Її розвиток
припиняється після створення
евакуації рідкого вмісту.**

Статистика

Радиккулярна кіста зустрічається за

Васильєвим (1950) в 94 – 96 %;

Миронюк (1965) – 91%;

Солнцевим-Колесовим (1982) – 84%.

Половина з них (46 %) — це хворі з кістами щелеп, що нагноюються.

Зменшення кількості радикулярних кіст пов'язано з покращенням якості діагностики та диференційної діагностики.

Статистика

Фолікулярна кіста зустрічається за Євдокимовим-Васильєвим (1964) та Єрмолаєвим и соавт. (1972) – 4 – 6 %.

Парадентарна киіста зустрічається за Солнцевим-Колесоваим (1981) – 1,5%.

Зубовміщуюча кіста зустрічається тільки у дітей, у період змінного прикусу та за Гоголем (2006), складає 5,95%.

Статистика

Кератокісти щелеп складають овід 5,4% до 17,4% від усіх одонтогенних кіст (E.J.Raubenheimer, 1993). В 7 - 9% випадків процес має множений характер.

Класифікація кіст щелеп за ВООЗ (1971)

А. Епітеліальні еволюційні кісти

1. Одонтогені кісти:

- а) первинна (примордіальна) кіста;
- б) ясенева кіста;
- в) кіста прорізування;
- г) фолікулярна кіста.

2. Неодонтогені кісти:

- а) кіста носо-піднебінного каналу;
- б) глобуломаксиллярна кіста;
- в) носогубна кіста.

В. Епітеліальні запальні кісти:

кореневі кісти

Класифікація кіст щелеп за ВООЗ (1971)

Класифікація незручна для використання в клініці.

Відокремленні рідкі форми кіст – ясенева, кіста прорізування, но відсутня парадентарна.

Класифікація одонтогенних пухлин та пухлиноподібних утворень

за Єрмолаєвим І.І. та співавтор. (1975)

I. Епітеліальні кісти.

1. Одонтогенні кісти:

- а) первинна кіста;
- б) кіста прорізування;
- в) парадентарна кіста;
- г) ясеневі кіста;
- д) зубовміщуюча кіста;
- е) фолікулярна кіста;
- ж) коренева (радикулярна) кіста.

2. Неодонтогенні кісти:

- а) кіста резцевого каналу (носо-піднебінна);
- б) глобуломаксиллярна (фісуральна) кіста;
- в) холестоатома.

Класифікація одонтогенних пухлин та пухлиноподібних утворень за І. І. Єрмолаєвим та співавтор. (1975)

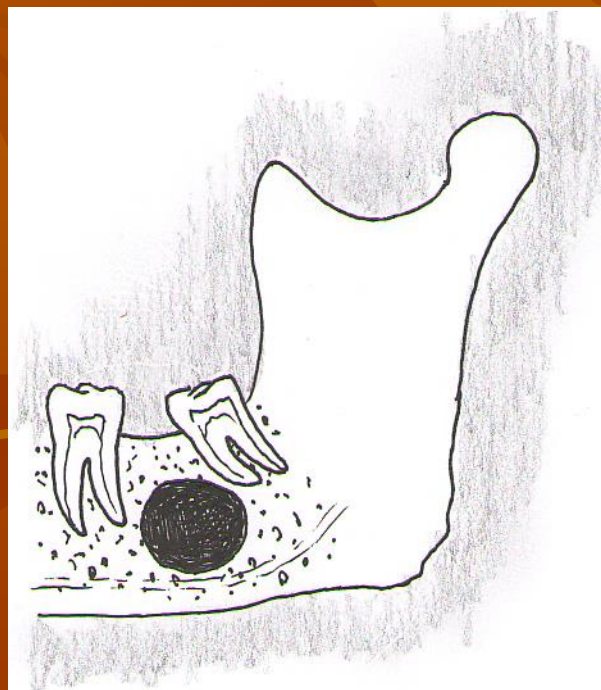
II. Неепітелиальні кісткові кісти:

- а) аневризматичні кісти;
- б) травматичні кісти;
- в) геморагічні кісти.

*****Представлені всі кісти.**

Радиккулярна кіста продовжує
свій рост і після видалення
«причинного» зуба, що дало
можливість називати їх
остатковими чи
резидуальними

Резидуальна кіста



Резидуальна кіста



Етіопатогенез

Сучасна патологія пов'язує механізм
виникнення радикулярних кіст з
епітеліальними елементами
в апикальних зонах.

* Але походження цих елементів трактується
різнобоко.

Н.А.Астахов та співавт. (1907) рахують, що
кісти виникають з залишків ембрионального
епітелію клітин Маляссе-Астахова.

Етіопатогенез

А.Л.Козирева (1954) вважає, що клітини Малясе-Астахова є ні чим іншим, як ендотеліальними клітинами судинної стінки, що випадково потрапили в зріз гістологічного препарату.

Gravitch (1956) вважає за можливе проростання епітелію ясен в кістку по норицевому ходу.

Етіопатогенез

І.Г.Лукомській (1927) стверджує, що епітеліальні клітини в періодонті і кістці є результатом вегетації і проникнення в кістку найбільш глибоких шарів епітелію ясен.

О.В.Петрова (1972) представила експериментальні докази можливості метаплазії епітеліальних клітин з грануляційної тканини, що розвивається в зв'язку з хронічним періодонтитом.

Етіопатогенез

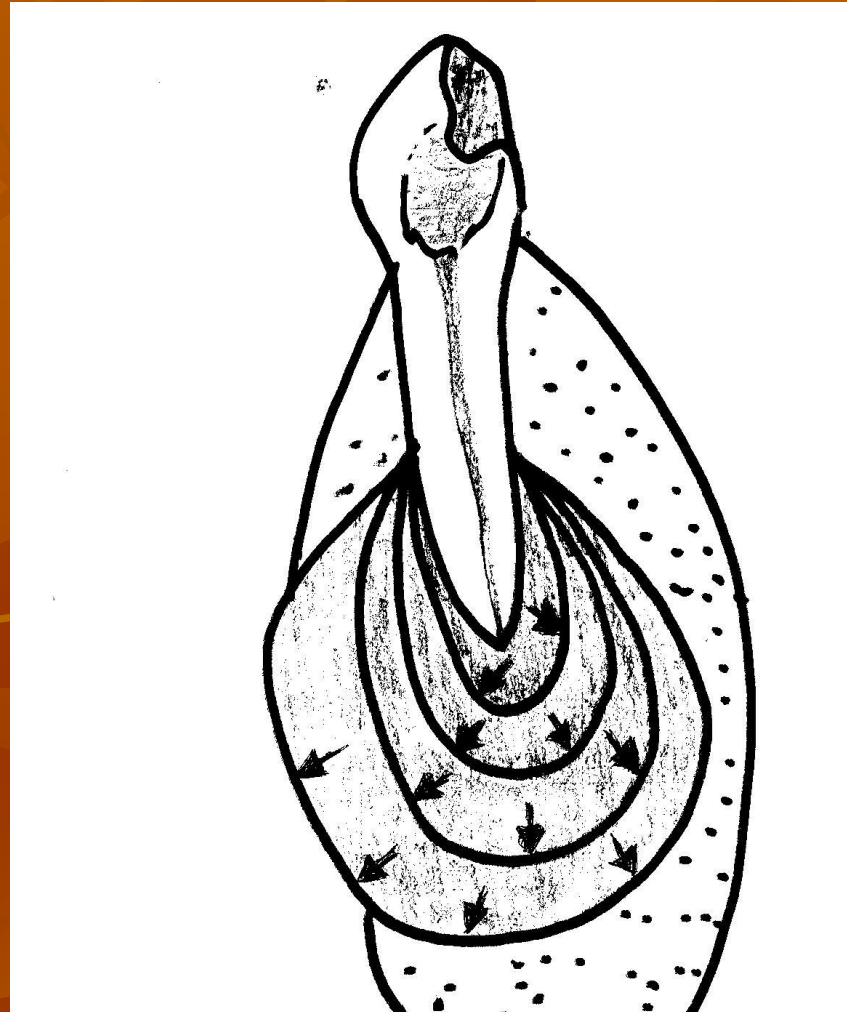
ВИСНОВОК - розходячись у поглядах на механізми походження епітеліальних включень в товщі кістки, більшість авторів, проте, солідарні в тому, що кістообразование відбувається під впливом дратівної дії хронічного запалення в пародонті.

Механізм кістоутворення

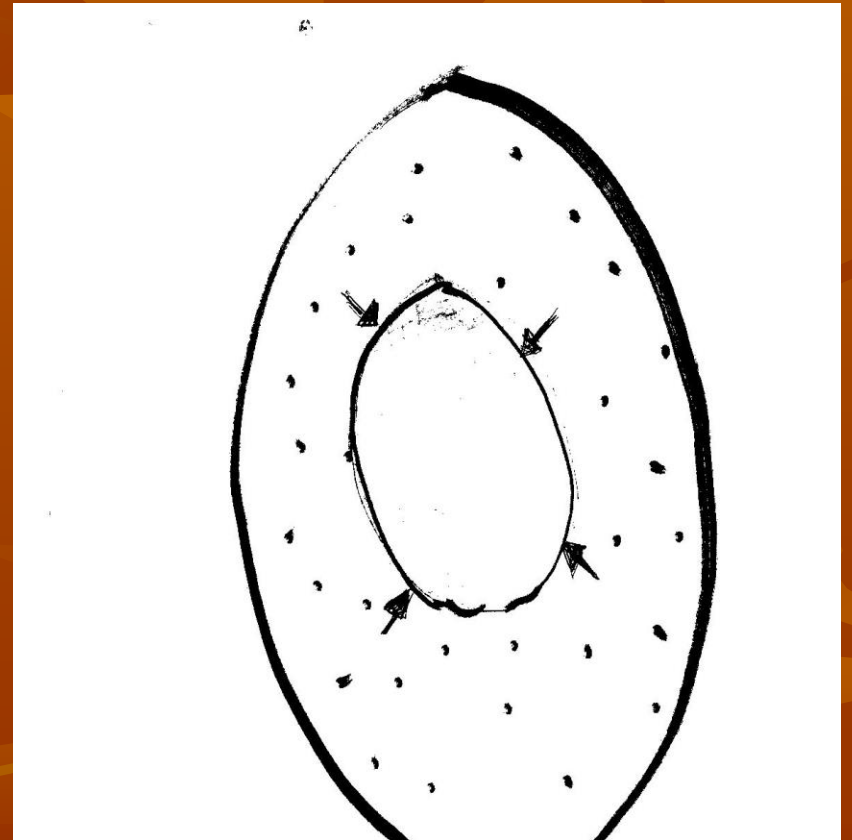
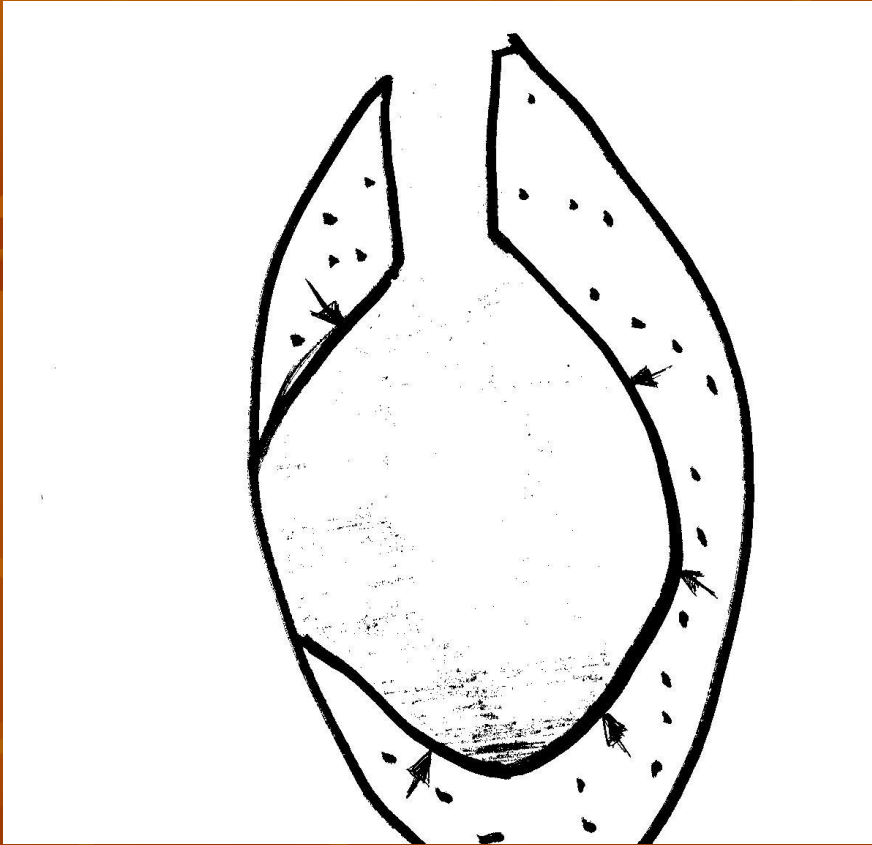
1. Під впливом механічного або хімічного подразника в періодонті виникає запалення.
2. Запалення діє на епітеліальні клітини в періодонті, які розмножуються, утворюючи порожнину.
3. Порожнина заповнюється трансудатом, який створює тиск на кістку, що призводить до збільшення порожнини.
4. Гранульома переходить в кістогранульому, потім в кісту.
5. Кіста поступово збільшується.

.

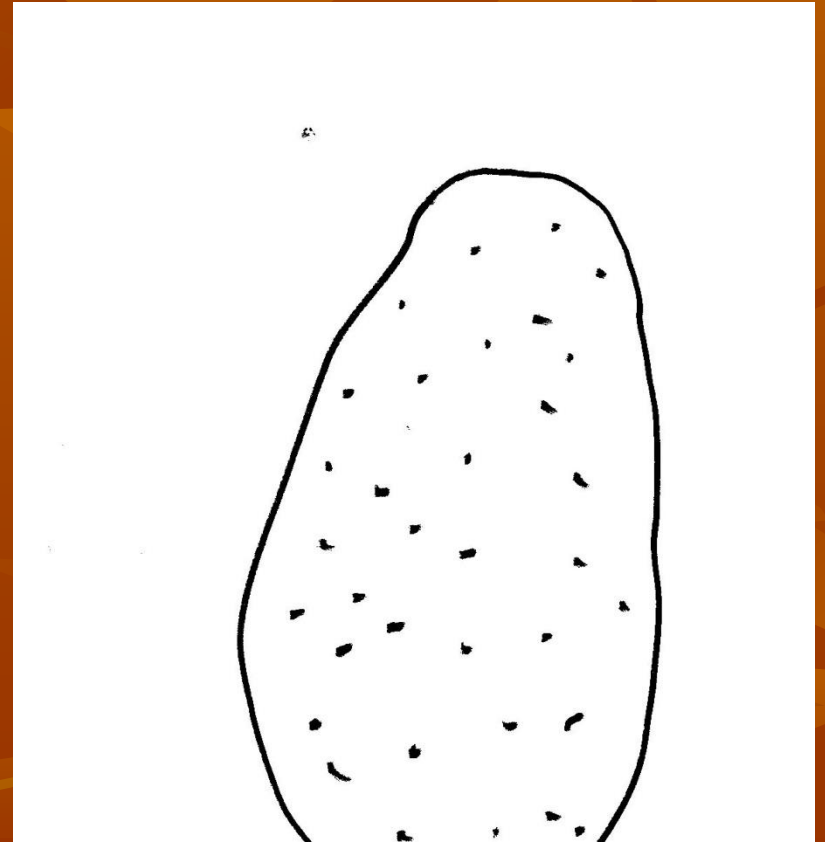
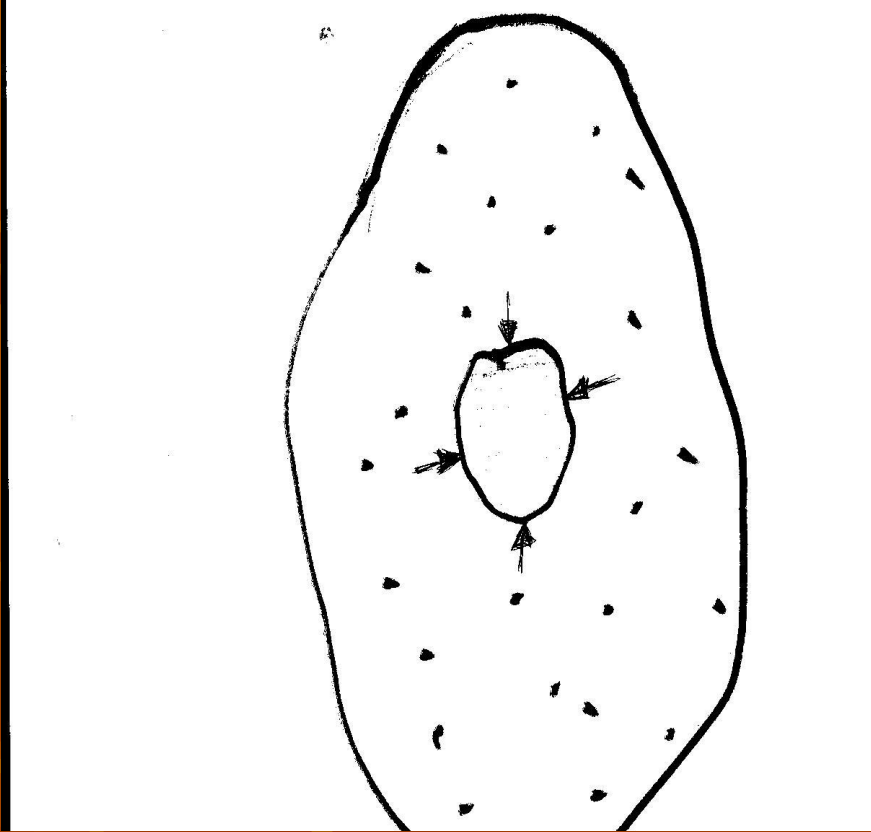
Механізм кістоутворення



Репаративні механізми в кістці



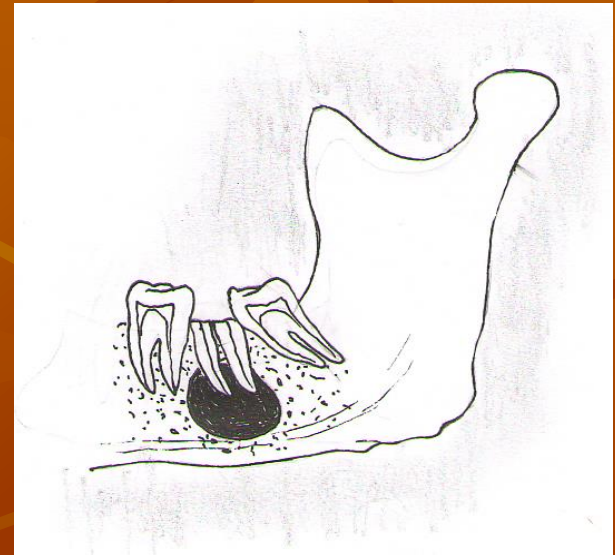
Репаративні механізми в кістці



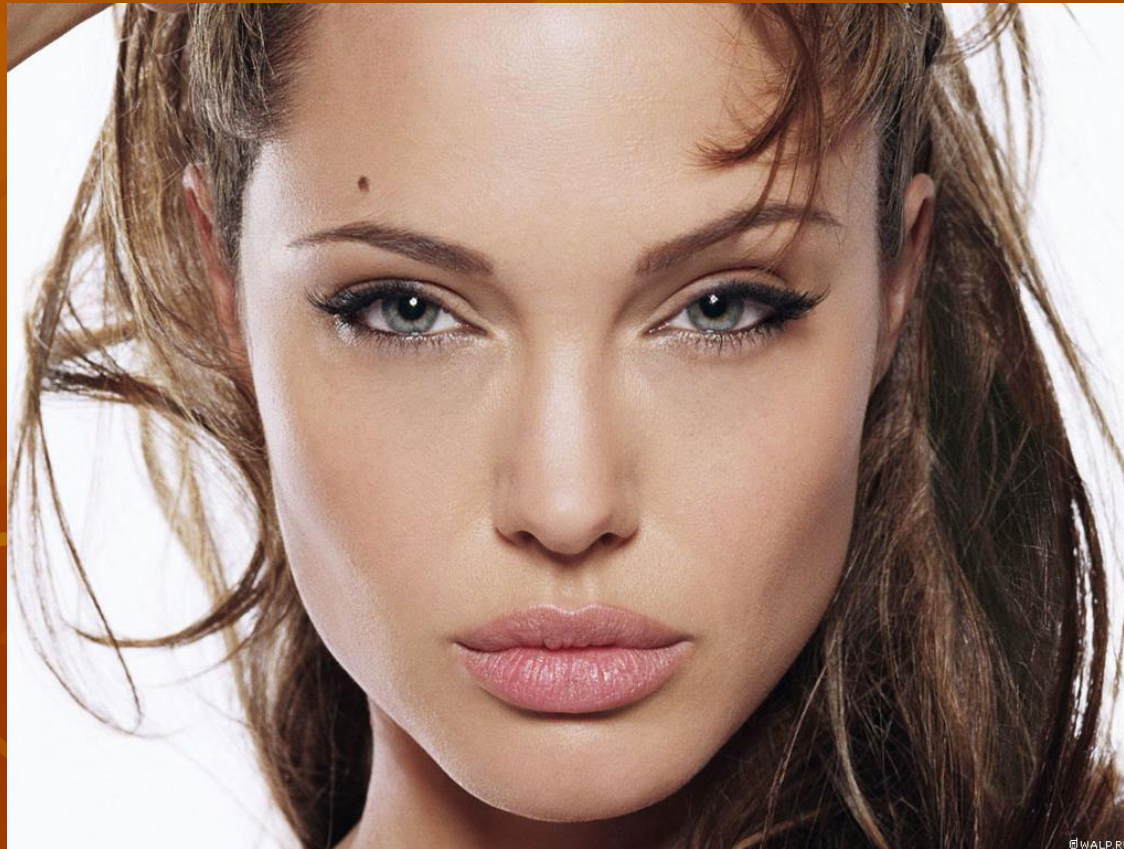
Радиккулярна кіста

клініка - початкова стадія

- Безсимптомно;
- Без деформації кістки;
- Діагностика за показниками рентгенографії.



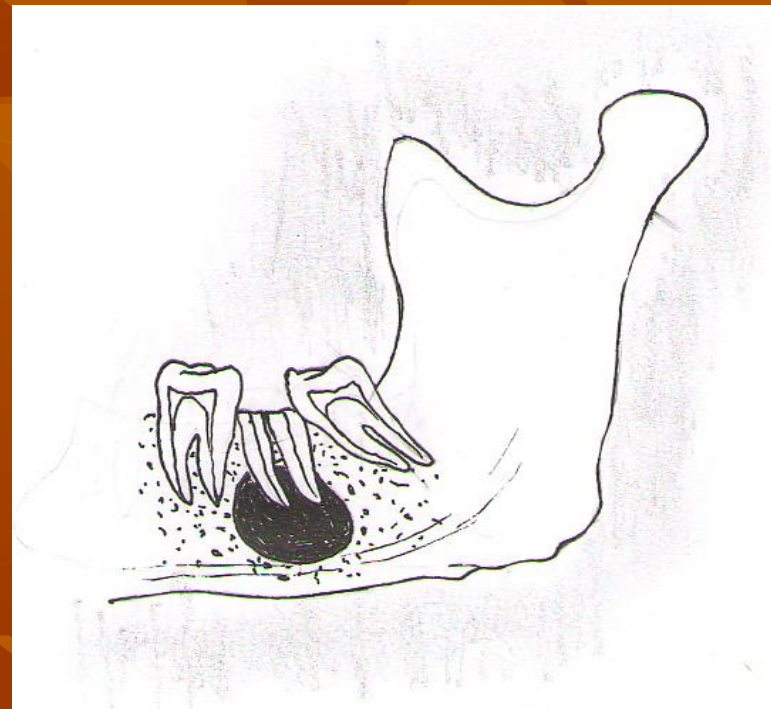
Радиккулярна кіста клініка - початкова стадія



Радиккулярна кіста клінічна стадія

Скарги: на деформацію
щелепи чи обличчя.

Об'єктивно:
асиметрія обличчя,
пальпація утворення
безболісна, шкіра над
ним в кольорі
не змінена.



Радикалярна кіста клінічна стадія



Радикалярна кіста

клінічна стадія

- Зміни форми альвеолярного відростка у вигляді випинання.
- Розміри випинання від горошини до курячого яйця.
- Слизова оболонка над утворенням не змінена.
- При пальпації симптом Рунге-Дюпюїтрена - пергаментного хрускоту, гумової-пластмасової іграшки (відчувається пружинистість стінки кісти).



Радикулярна кіста

клінічна стадія

- Розвиток і збільшення розмірів кісти залежить від анатомічної ділянки там, де вона розташована.
- В ділянці 31, 32, 33, 34, 35, 41, 42, 43, 45 розростання відбувається в вестибулярному напрямку.
- В ділянці 36, 37, 46, 47 в формі веретина або муфти.
- В ділянці 38, 48 ззаду і до верху в область кута щелепи.

Радиккулярна кіста

клінічна стадія

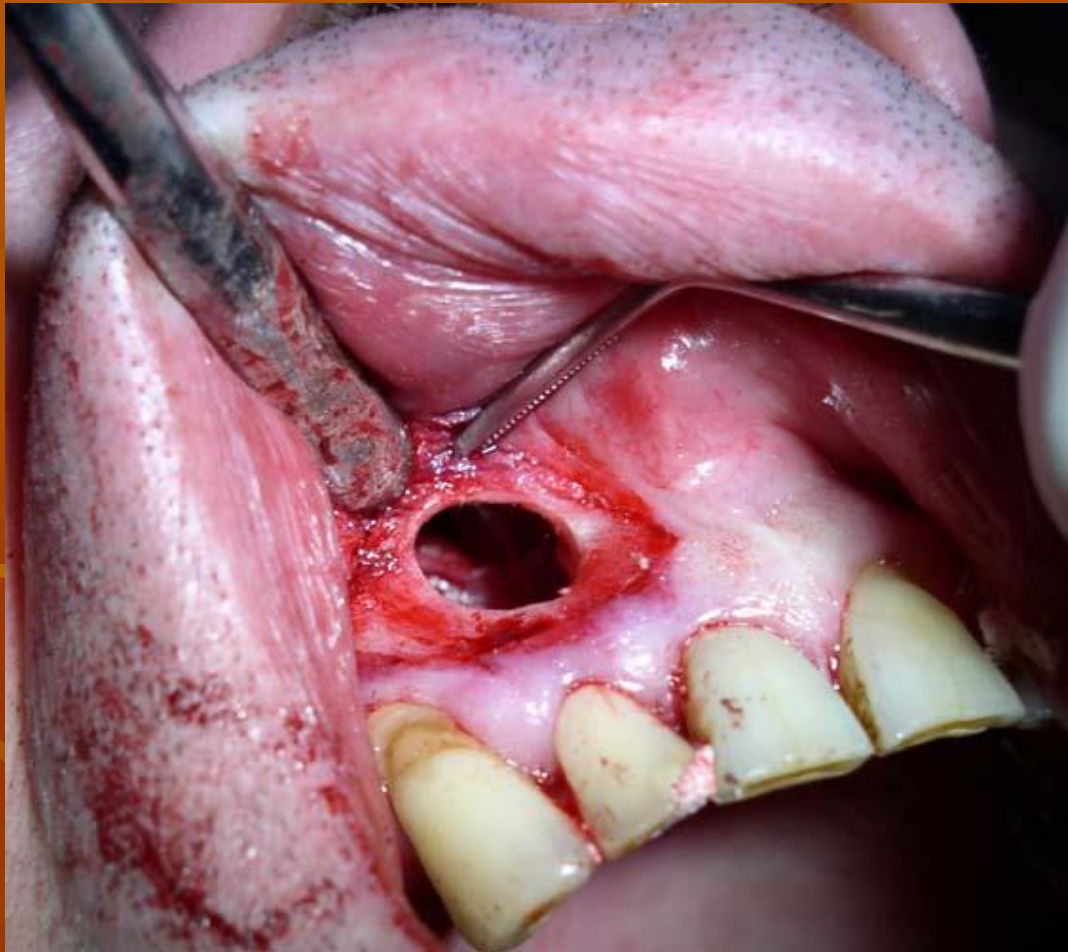
- В ділянці 11, 13, 14, 15, 21, 23, 24, 25 в вестибулярному напрямку.
- В ділянці 12, 22 в піднебінному напрямку.
- 16, 17, 18, 26, 27, 28 в гайморову порожнину.

Радикулярна кіста

клінічна стадія

- Поступова резорбція кістки призводить до появи «вікна» над яким залишається натягнута слизова або окіст.
- Симптом флуктуації (зиблення вмісту кісти).
- На рентгенограмі - просвітлення кісткової тканини з чіткими кордонами, причинний зуб звернений коренем в порожнину кісти. Коріння сусідніх зубів розсунуті.

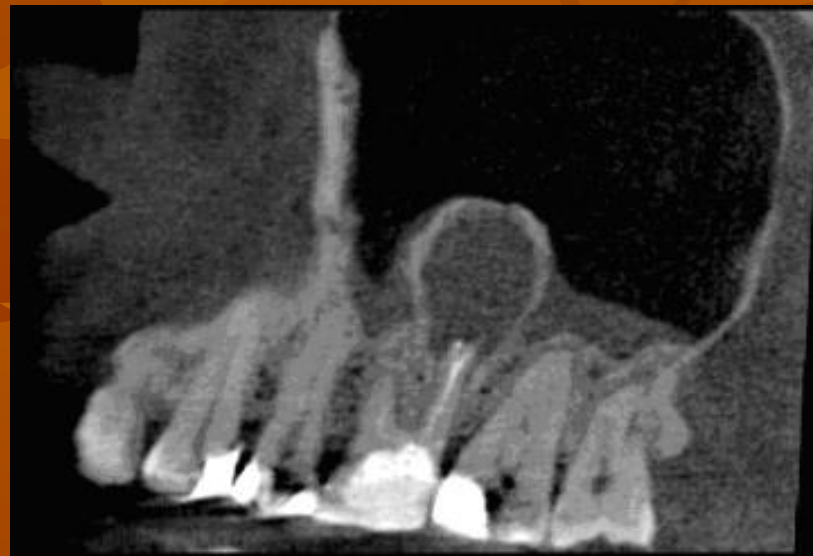
Симптом «Вікна»



Рентгендіагностика



Комп'ютерна томографія



Радиккулярна кіста

клінічна стадія

- Пункція утворення - отримуємо рідину янтарно-світлого кольору з домішкою холестеринових зерен (блискіток).

Радикалярна кіста в стадії нагноення

- До всіх вище перерахованих симптомів приєднується всі ознаки запалення (скарги на біль, набряклість, гіперемію, порушення функцій, локальне підвищення температури тканин).
- При переході в гострий остеомієліт - симптоми цього захворювання.

Диференційна діагностика

- Кістозна форма адамантиноми;
- Фолікулярна кіста.
 1. Як правило багатокамерна.
 2. Локалізується в тілі щелепи і містить в собі коронкову частину зуба.

Диференційна діагностика

- Одонтогенна фіброма;
- М'яка одонтома.

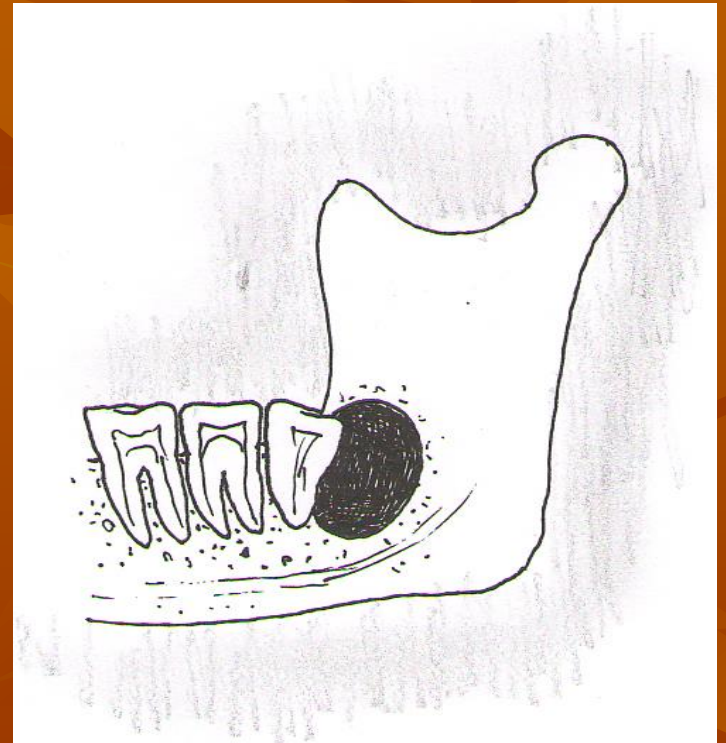
При них неможливо отримати який-небудь пунктат.

Диференційна діагностика

- Гострий та хронічний гайморит;
- Абсцес та флегмона;
- Кіста слизової оболонки гайморової пазухи;
- Рак та саркома щелеп.

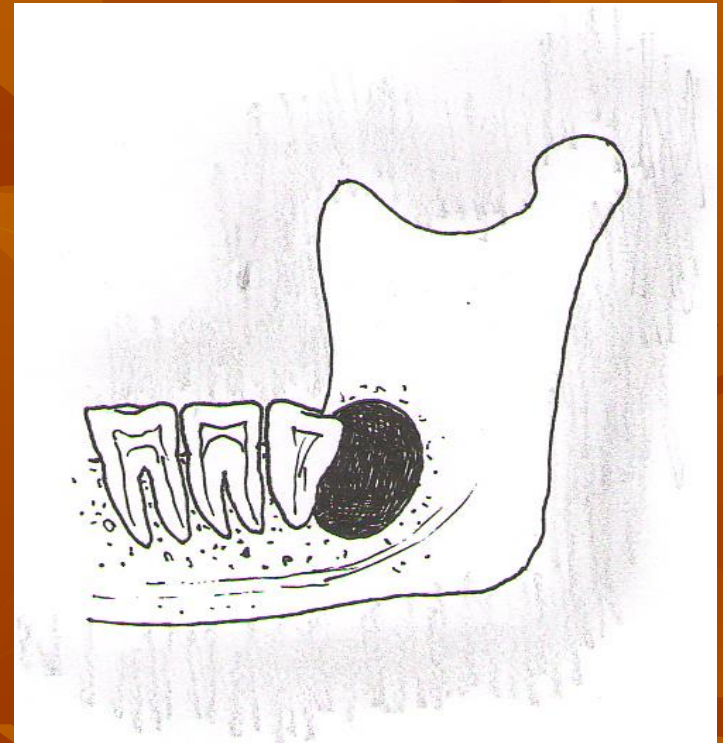
Парадентальна кіста

Клініка парадентальної
кісти не має характерних
ознак, крім того,
що вона розвивається
в ділянці
нижнього зуба мудрості.



Парадентальна кіста

У міру зростання вона проявляється у вигляді невеликої, обмеженої і малоболеїсної припухлості в ділянці зуба мудрості.

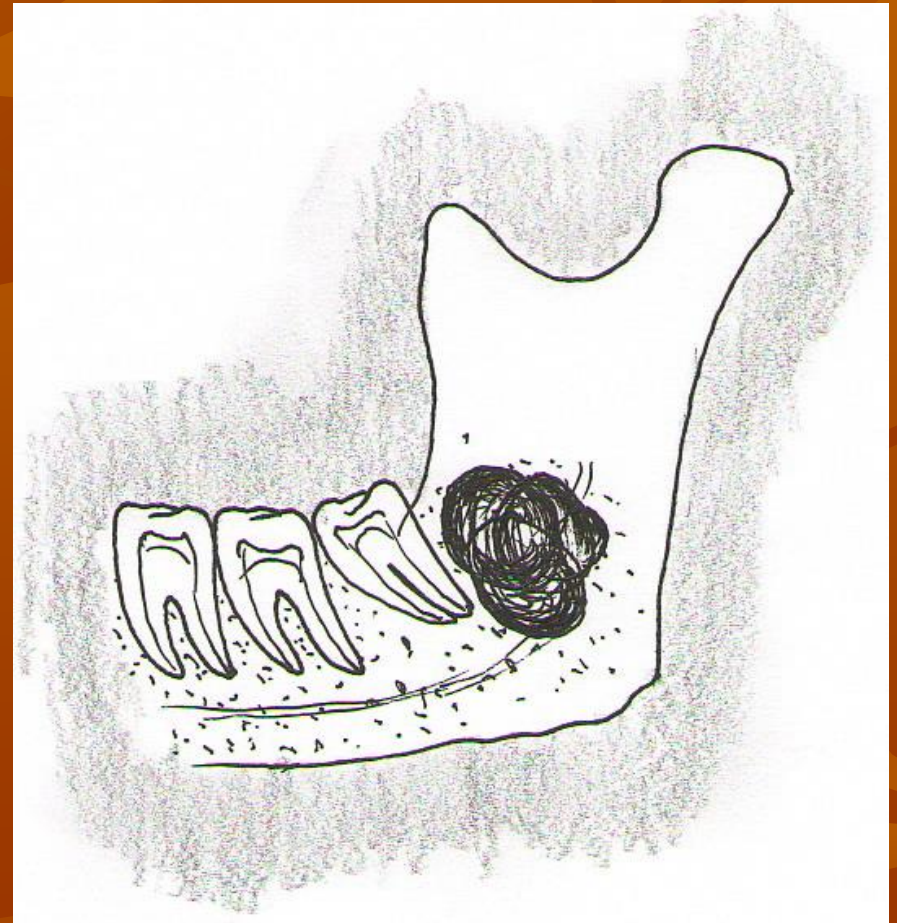


Парадентальна кіста



Первинна кіста (кератокіста)

Визначають її тільки
при досягненні
великих розмірів.
Пацієнт вказує
на деформацію щелепи,
на дискомфорт
при жуванні,
на рухливість
декількох зубів.

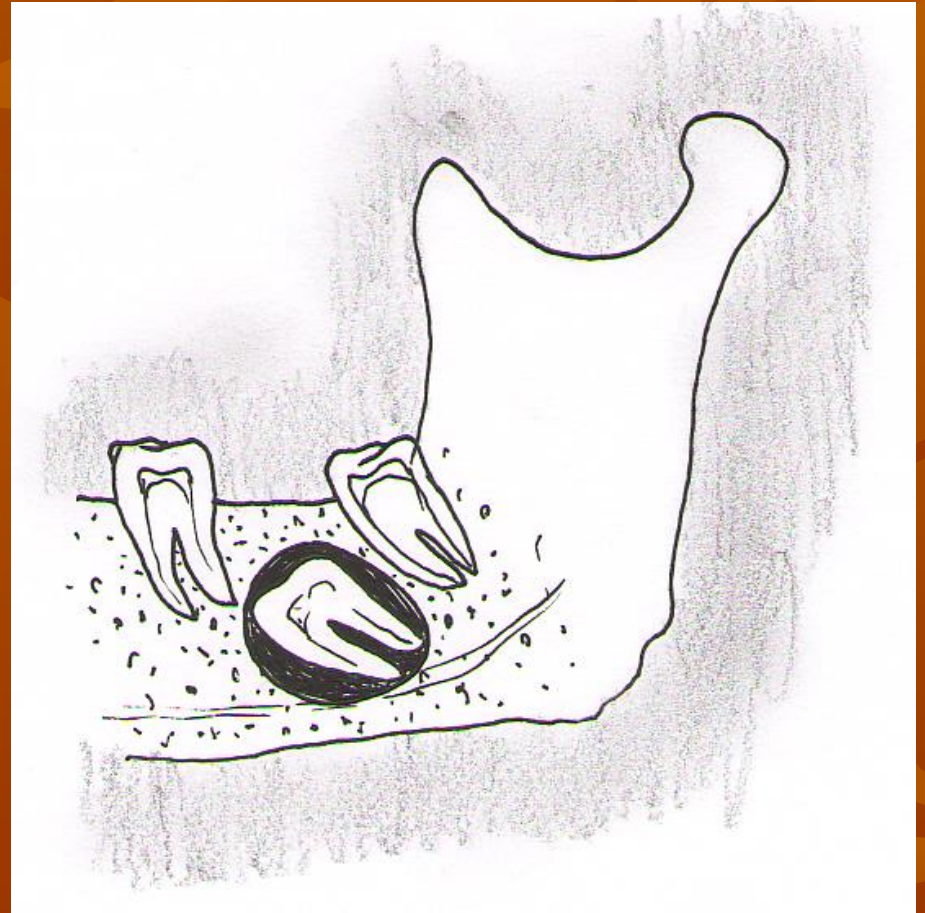


Первинна кіста



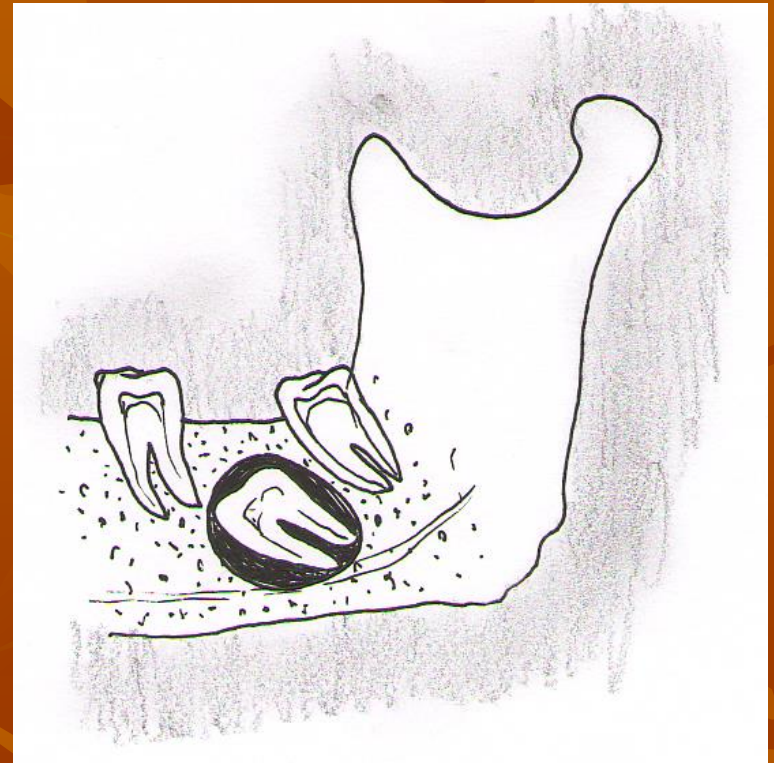
Зубовміщуюча кіста

Буває тільки у дітей
від тимчасових зубів
і не дистальніше
У тимчасового зуба.
Діагностується
частіше у віці 7-10 років.
Клінічний перебіг
не відрізняється
від радикулярної
і фолікулярної кісти.



Зубовміщуюча кіста

Деформація альвеолярного відростка і тіла щелепи відбувається поступово, безболісно. пальпація деформованої ділянки щелепи виявляє новоутворення щільної консистенції.



Зубовміщуюча кіста



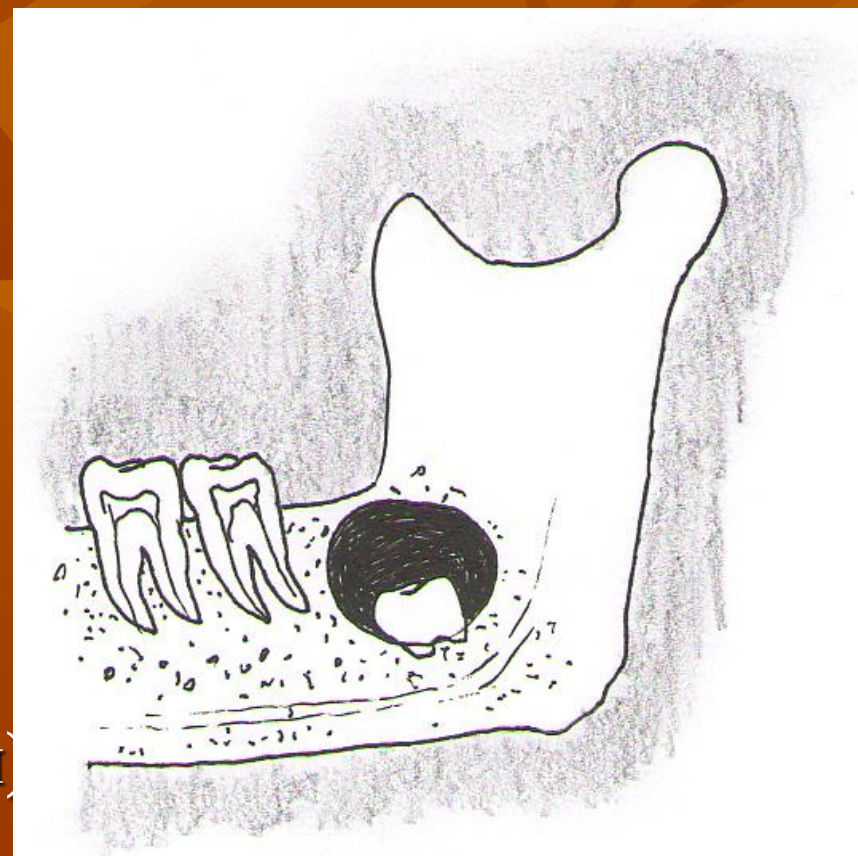
Зубовміщуюча кіста



Фолікулярна кіста

I стадія - прихований розвиток фолікулярної кісти з відсутністю клінічних симптомів. При огляді виявляється відсутність зуба постійного або молочного.

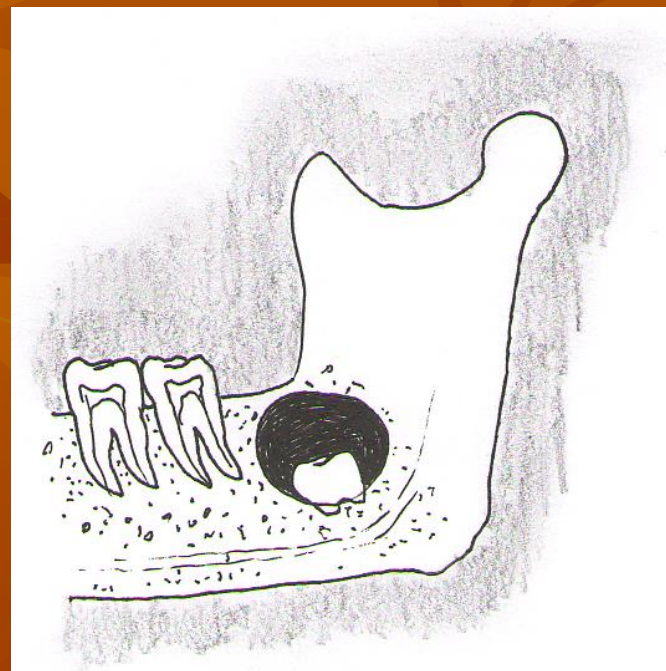
(Допомагає рентгенографія)



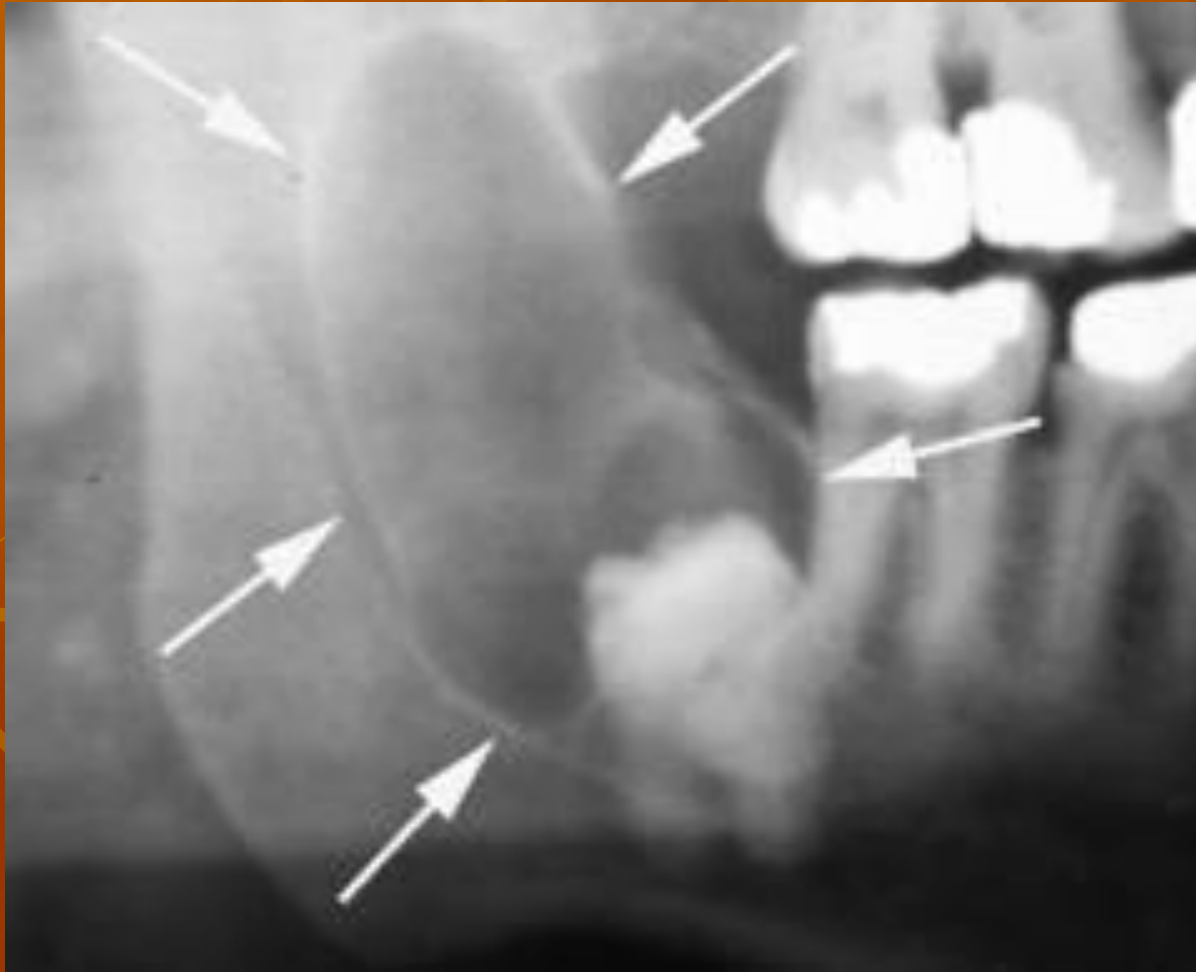
Фолікулярна кіста

II стадія - поява
деформації альвеолярного
відростка або тіла щелепи
за рахунок щільної
безболісної або
малоболісної
припухлості.

Тривалість цієї стадії - від кількох місяців до
кількох років.



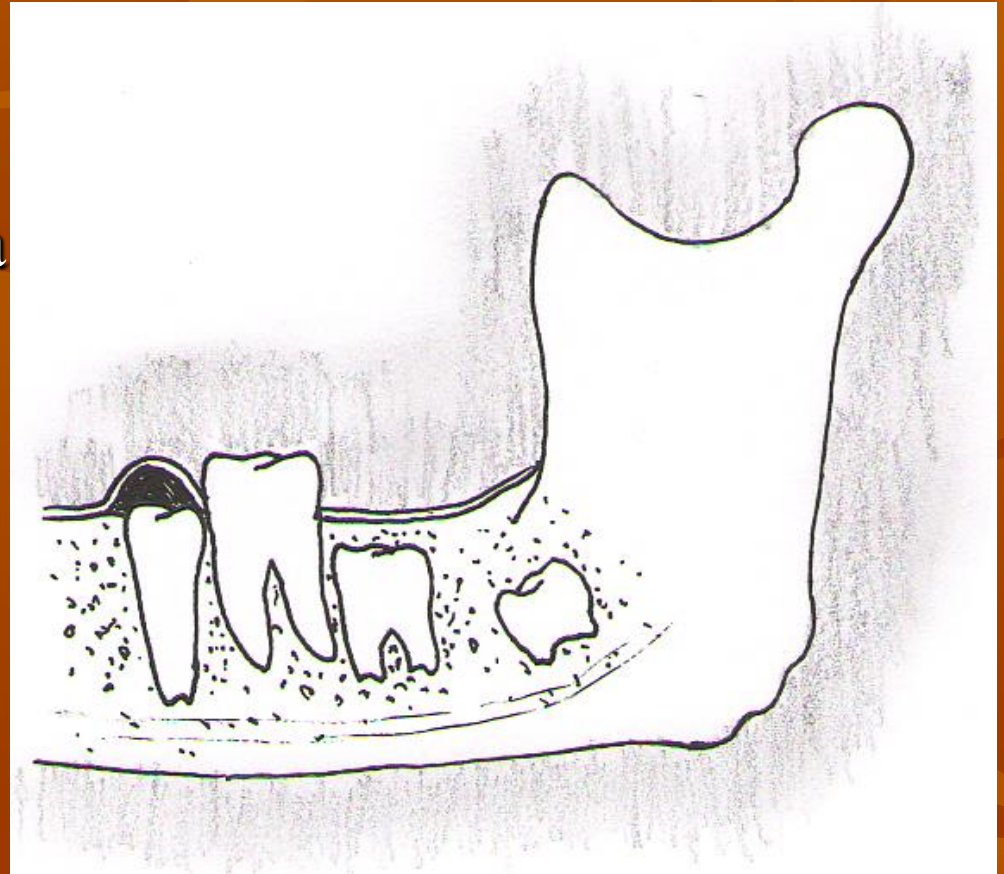
Фолікулярна кіста



Киіста прорізування

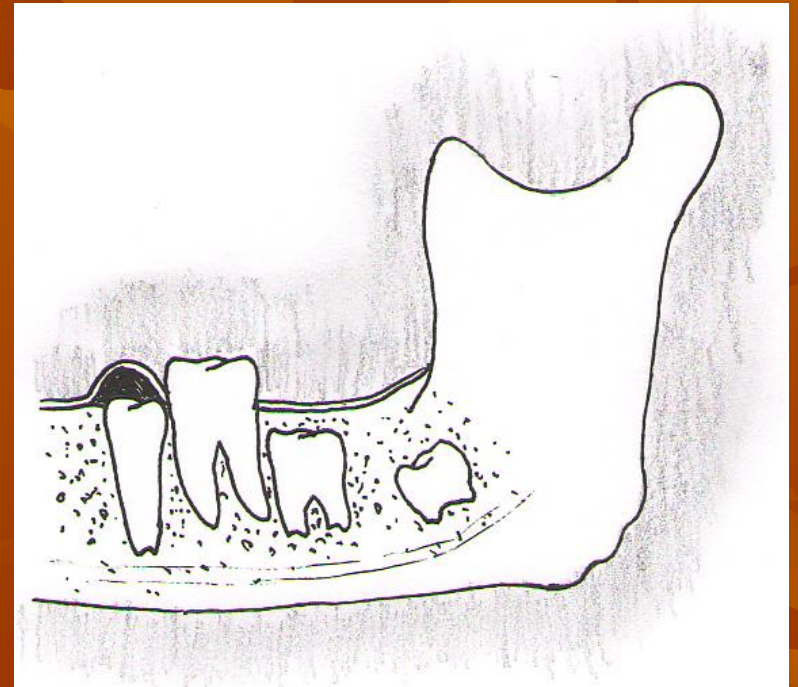
Зустрічається у дітей
на змінному прикусі.

Дитина скаржиться на
наявність утворення
на альвеолярному
відростку на місці
відсутнього
постійного або
тимчасового зуба.



Кіста прорізування

Утворення округлої форми,
м'яке, безболісне,
синюшного кольору,
покрите незміненою
слизовою оболонкою.
може пальпуватися
зуб, що прорізується.



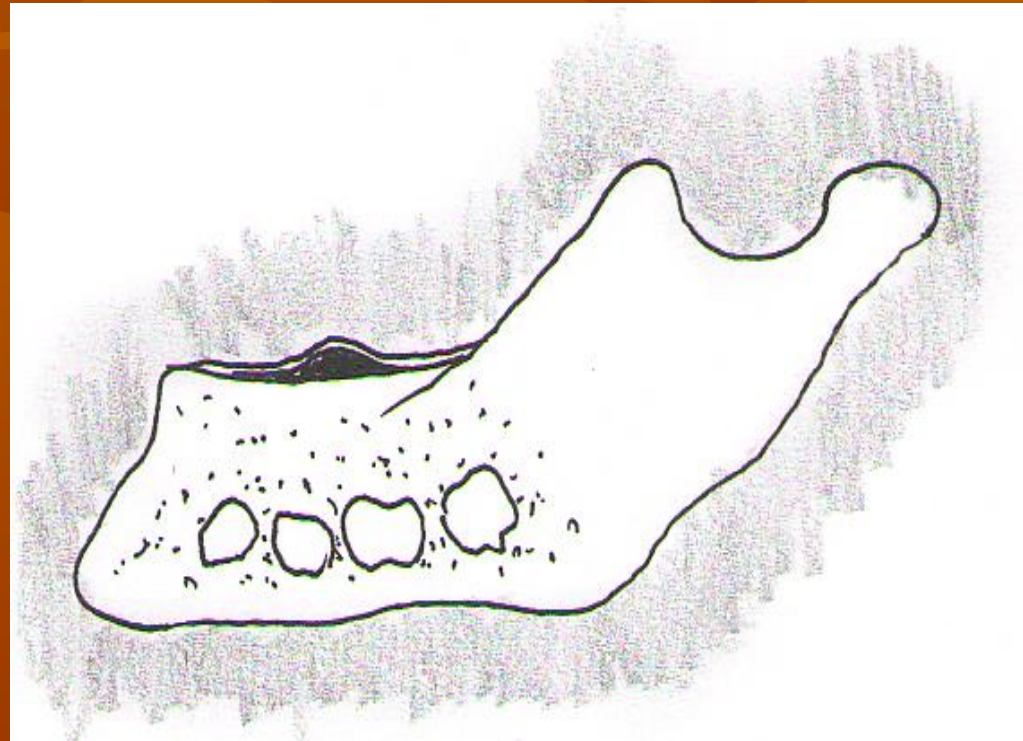
Кіста прорізування



Ясенева або гінгівальна кіста (Залоза Серра, перлина Епштейна)

Зустрічається частіше
в грудному віці в
виді білястого,
округлого, щільного
утворення з
перламутровим
відтінком.

Не вимагає
спеціального лікування.



Ясенева або гінгівальна кіста

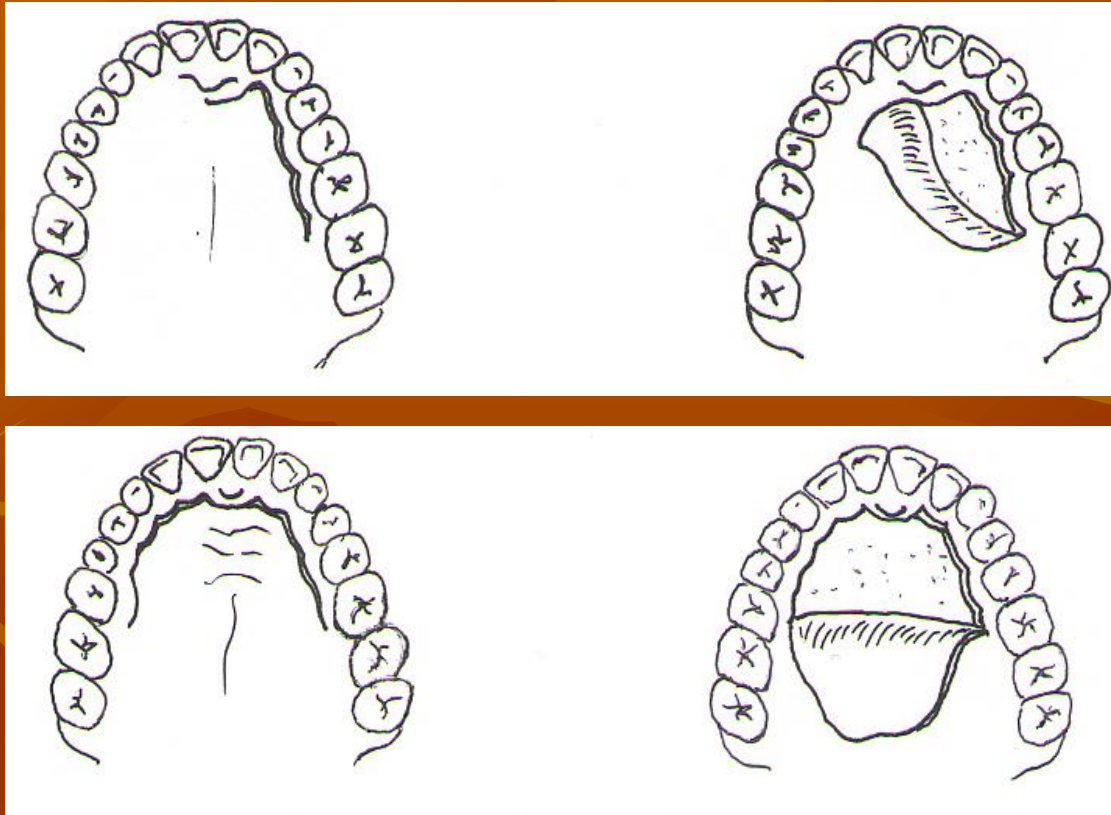


Лікування кіст

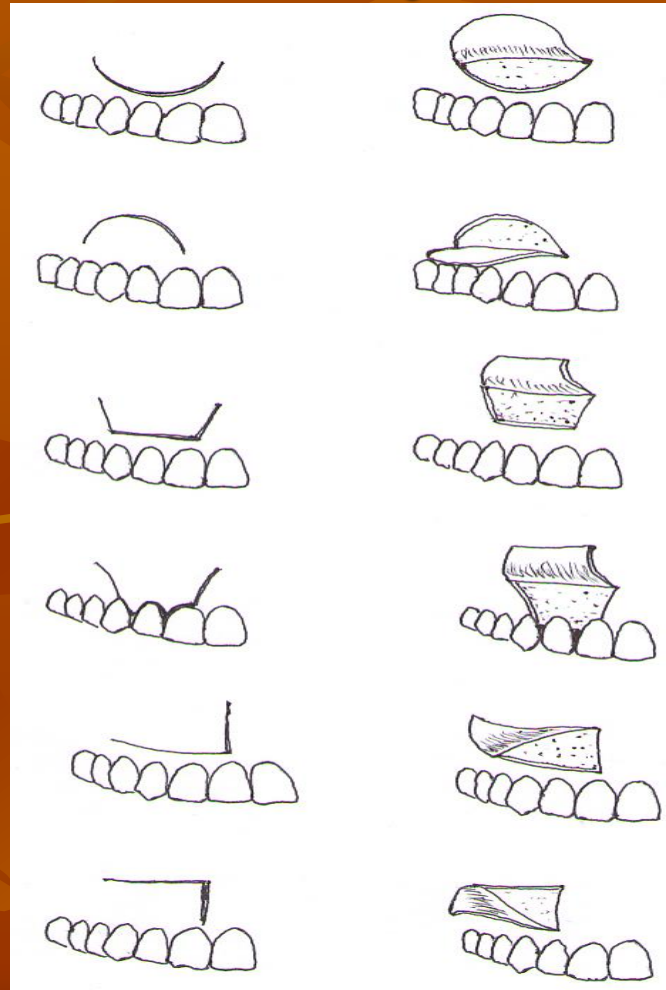
У 1892 і 1910 р.р. Partch запропонував і описав 2 методи хірургічного лікування кіст: цистотомія (Partch II) і цистоектомія (Partch I).

Цистотомія була запропонована значно раніше Дюпюїтреном, але Partch вперше описав цей метод в літературі.

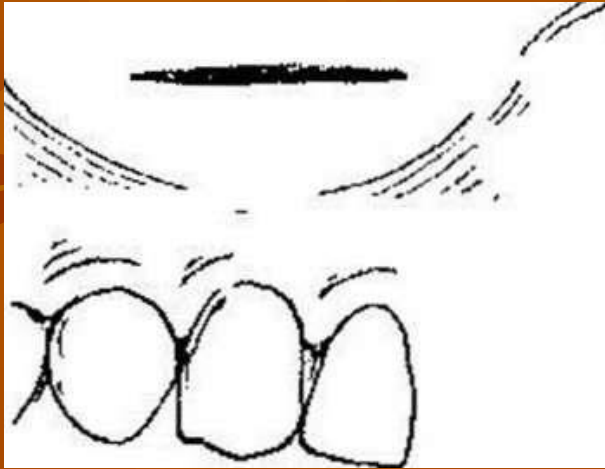
Схеми розрезів при оперативному лікуванні кіст верхньої щелепи доступом через піднебіння



Схеми розрезів при оперативному лікуванні кіст щелеп вестибулярним доступом



Вертикальний та горизонтальний розрізи при кістах, що нагноїлися



Цистотомія

Суть в тому, що з порожнини кісти створюється додаткова бухта порожнини рота.

Показання:

- Наявність кіст великих розмірів, видалення яких загрожує ускладненнями типу розсічення нижнього альвеолярного судинно-нервового пучка або переломом нижньої щелепи;
- Похилий вік, де не можна розраховувати на швидке відновлення дефекту;
- Важкі і ослаблені хворі;
- Діти з молочним прикусом.

Цистотомія

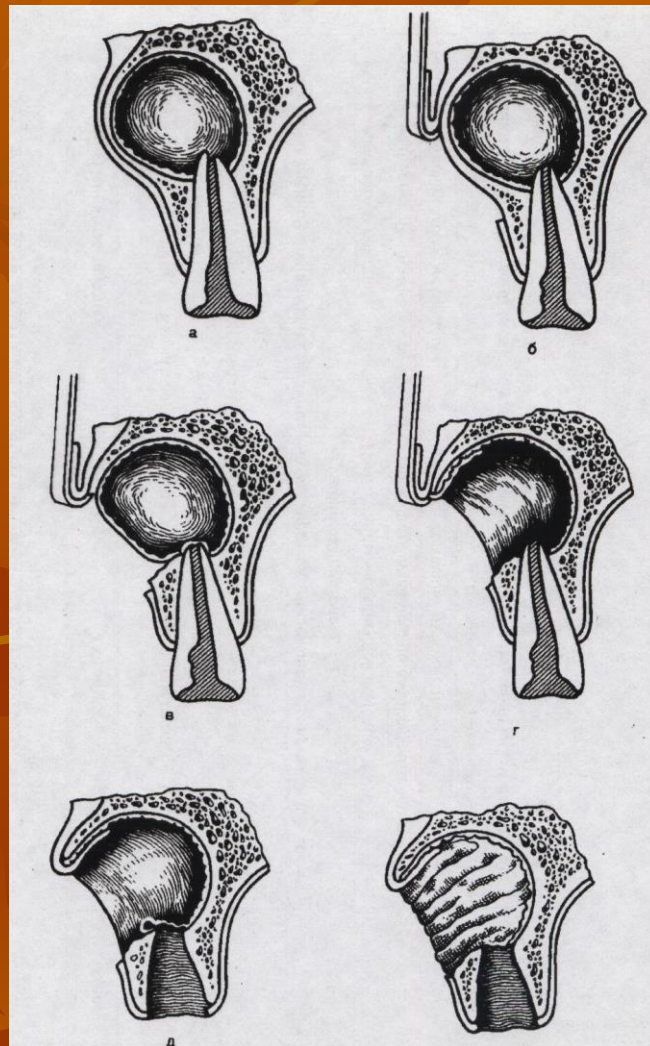
Переваги:

- Технічна простота операції;
- Незначна травматизація;
- Виключення можливості рецидивів.

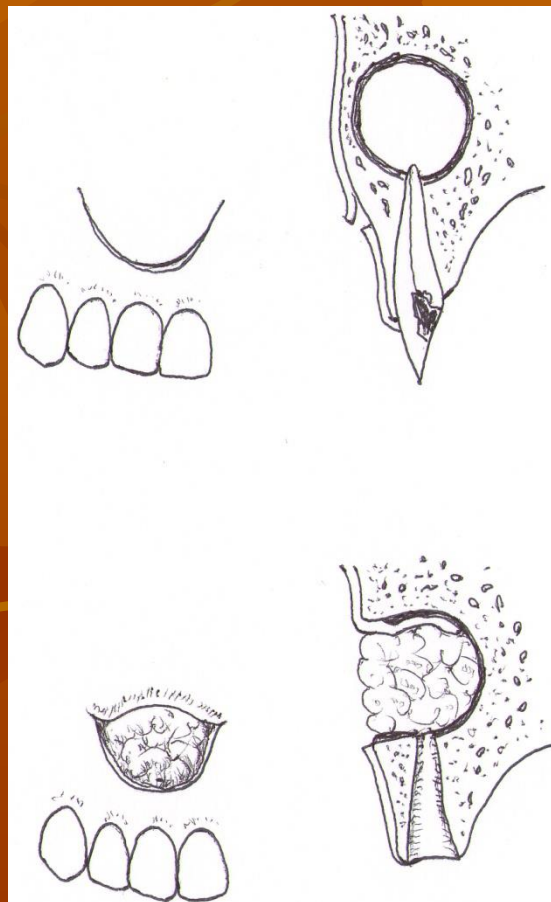
Недоліки:

- Тривалий час після операційного догляду за додатковою бухтою порожниною рота.

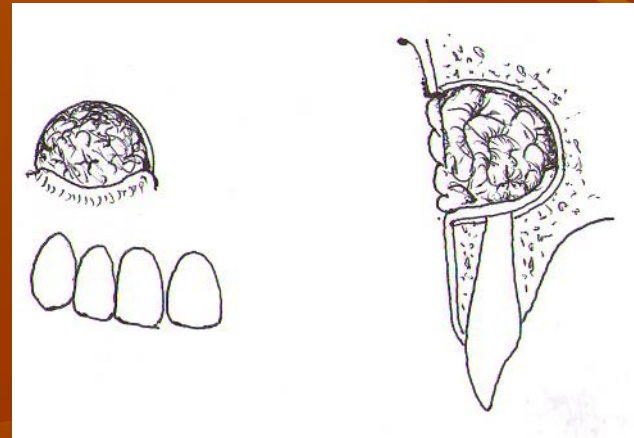
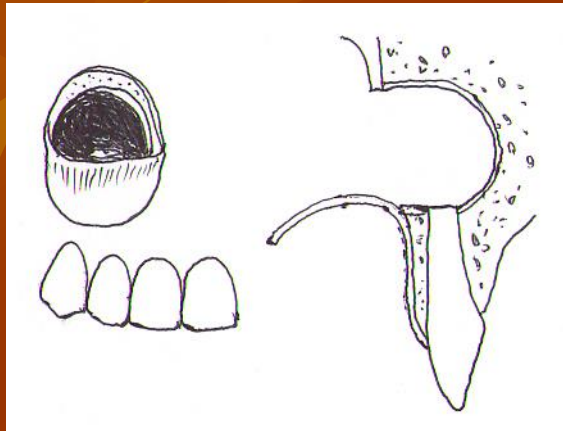
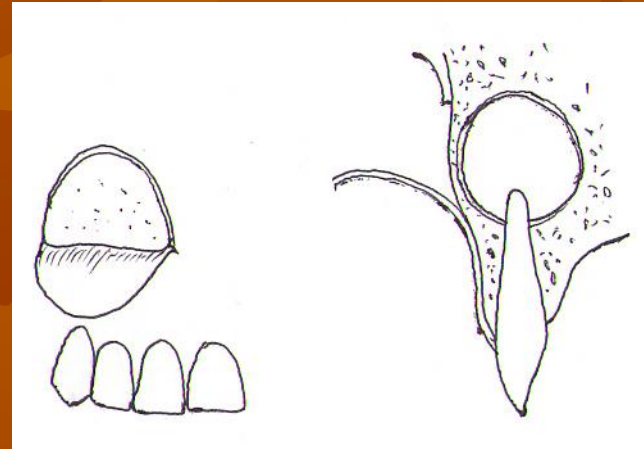
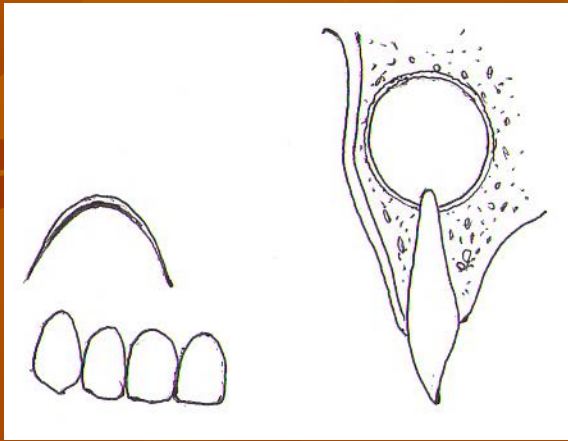
Техніка цистотомії



Техніка цистотомії



Техніка цистотомії з збереженням зубу



Цистектомія

Повне видалення оболонки кісти з подальшим зашиванням рани наглухо.

Переваги:

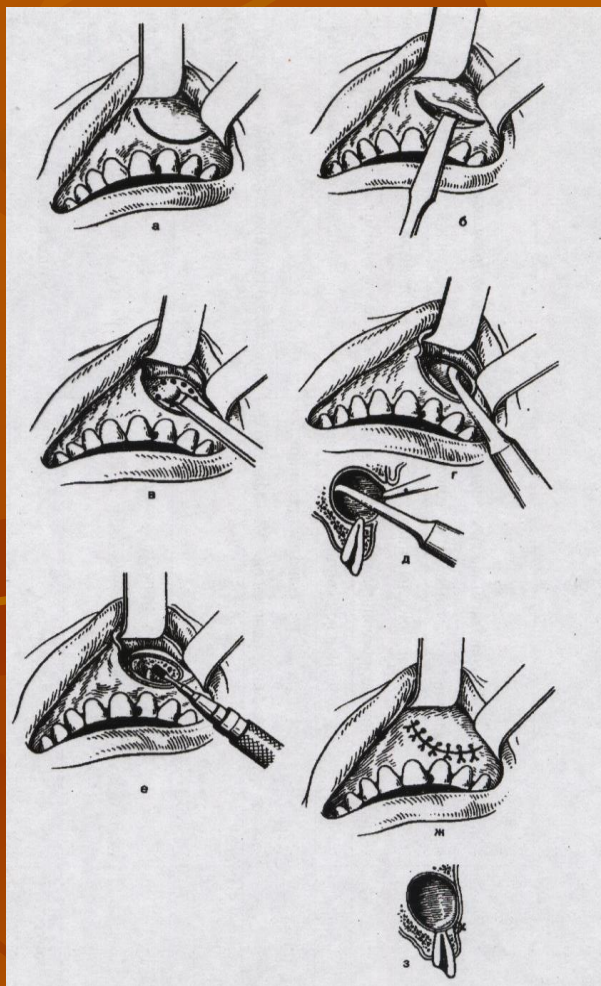
- Відсутність в тривалому постопераційному догляді;
- Можливість прискорення репаративних процесів в щелепі.

Цистектомія

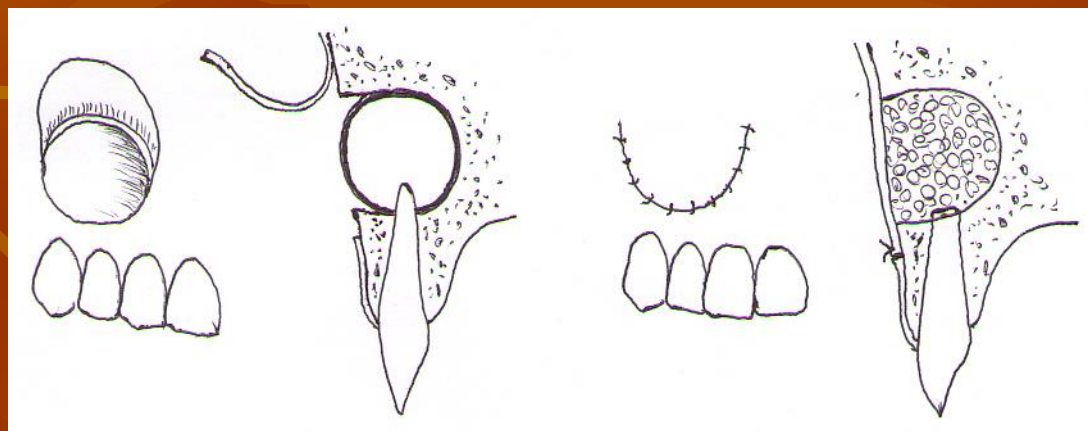
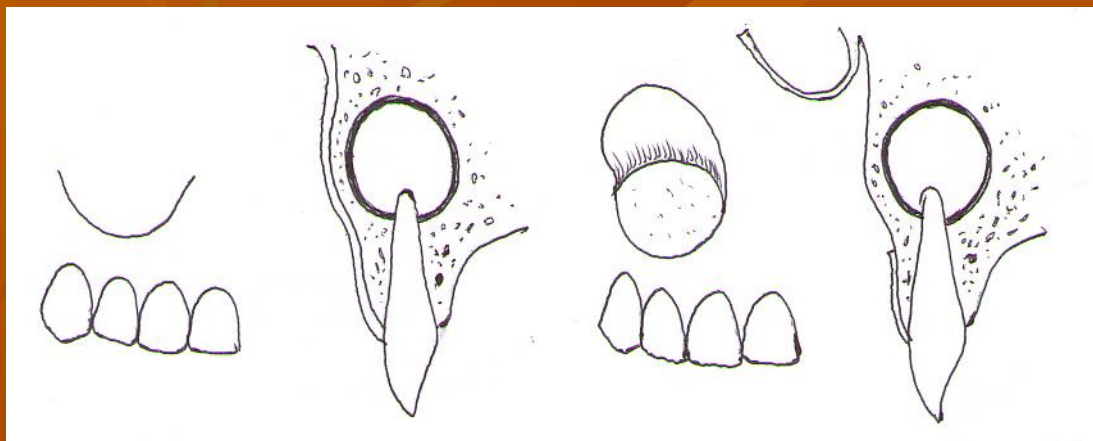
Недоліки:

- Травмування нижнеальвеолярного судинно-нервового пучка;
- Перфорація гайморової або носової порожнини;
- Можливість рецидування кісти;
- Травматизація зубів поруч з їх подальшим депульпування.

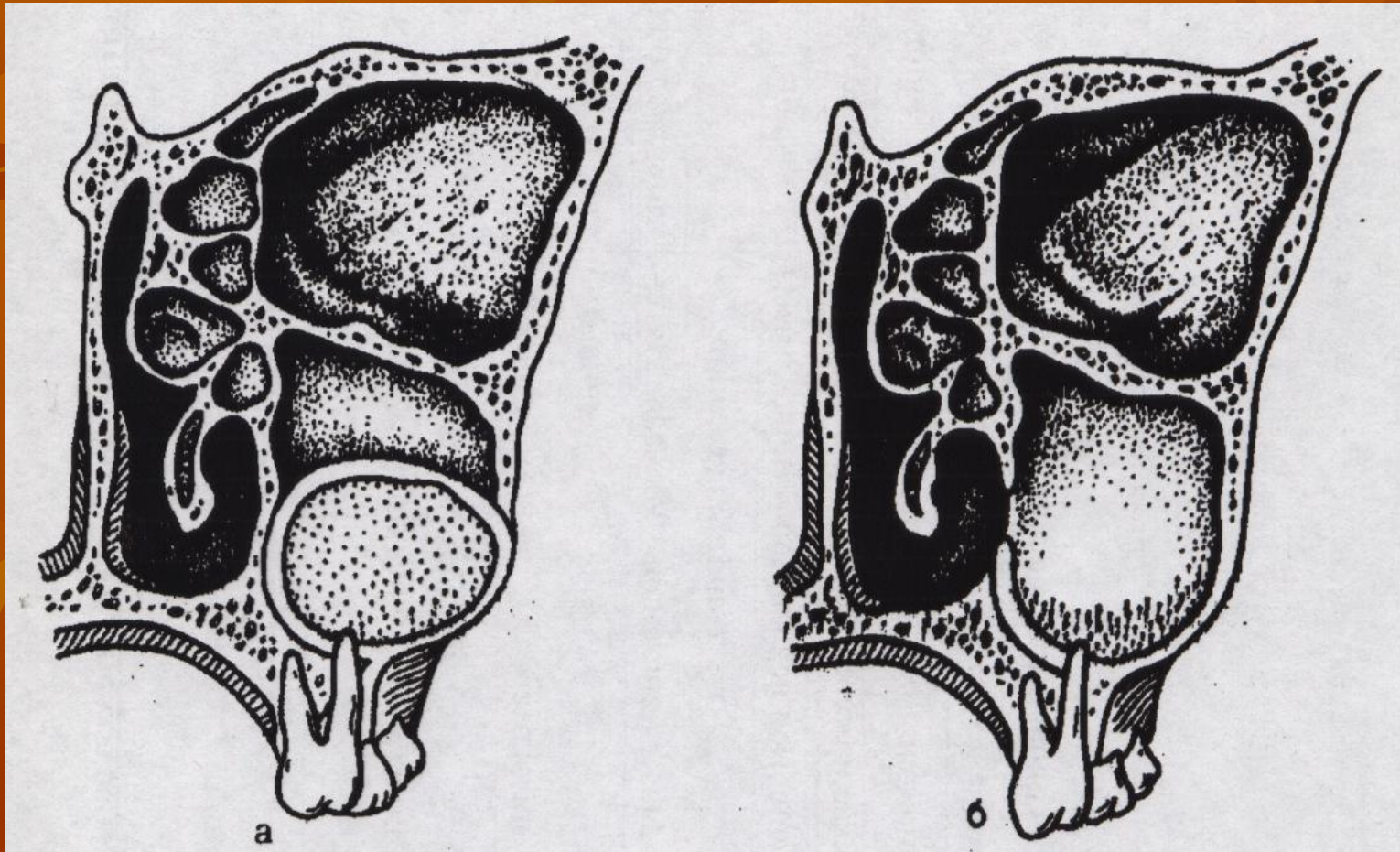
Техніка цистектомії



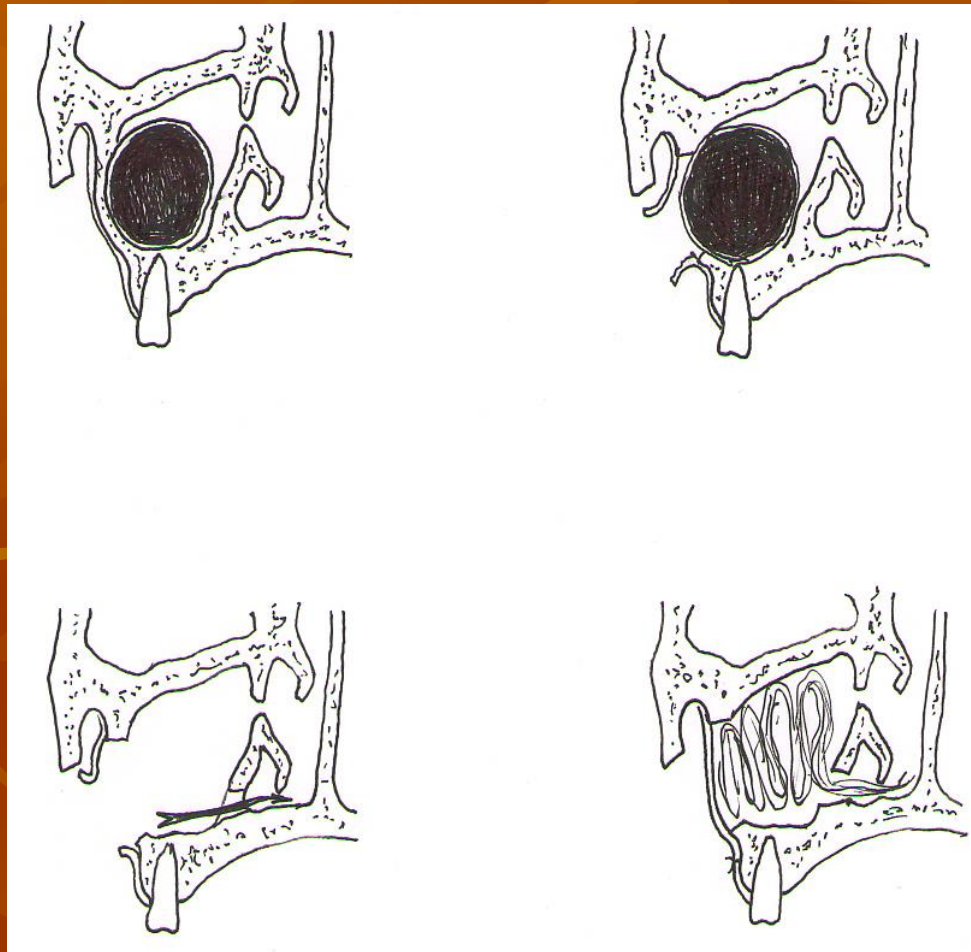
Техніка цистектомії



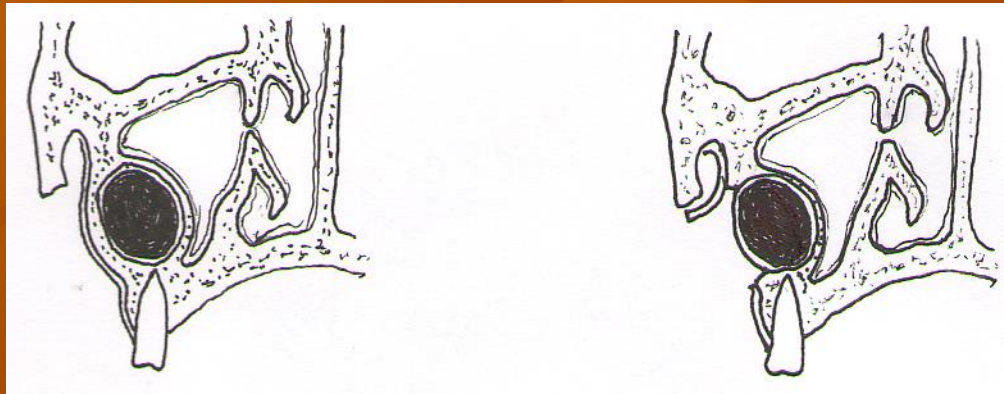
Ороназальна цистектомія та ороназальна цистотомія



Етапи операції ороназальної цистектомії



Етапи операції цистектомії з направленим репаративним остеогенезом



Ороназальна цистектомія та ороназальна цистотомія

Операції застосовують при кісті, що проникає в верхньощелепну пазуху або в разі хронічного гаймориту.

Сутність втручання полягає в з'єднанні пазухи з порожниною кісти та з утворенням нижнього носового ходу.

Ороназальна цистектомія і ороназальна цистотомія

Показанням до ороназальної цистектомії служить відсутність зубів в межах кісти або включення 1-2 зубів в її зону.

Ороназальну цистотомію застосовують при наявності великої кількості інтактних зубів, звернених в порожнину кісти, і у хворих з супутніми захворюваннями.

Пластична цистектомія

Операція, при якій видаляють повністю оболонку кісти, однак рану невшивають, а утворену порожнину після укладання слизово-окісного клаптя тампонують йодоформною марлею.

Застосовують її рідко, в основному в разі нагноювання кісти або при відсутності гарантії первинного загоєння рани.

Операція також може бути результатом цистектомії, що ускладнилася нагноєнням.

Двоетапна операція

Цей варіант хірургічного втручання поєднує обидва види операції - цистотомію і цистектомію.

Застосовують його при великих кістах, здатних до рецидиву і переродження, а також при радикалярної кісті верхньої щелепи, що супроводжується руйнуванням кісткового дна порожнини носа, і нижньої щелепи, що займає її тіло і гілку.

Двоетапна операція

На 1-му етапі роблять декомпресійну операцію - створюють сполучення з порожниною рота по типу цистотомії, але меншого діаметра, проте достатнє для здійснення відтоку з кістозної порожнини на тривалий період.

Двоетапна операція

На 2-му етапі роблять цистектомію через певний проміжок часу (в середньому через 1-1,5 року).

Двоетапна операція є сберегающою, нетравматичною, її проведення можливе в амбулаторних умовах. Вона дозволяє зберегти контури і розміри щелепи, незважаючи на широту поразки, і призводить до повного виліковування хворого.

Сучасні кістковопластичні матеріали



Колапол
Колапан
Біоімплант



Сучасні кістковопластичні матеріали



Bio-Oss
Cerasorb
Easy Graft

Фісуральні кісти

Кіста різцевого каналу (носо-піднебінного каналу).

Розвивається з ембріональних залишків епітелію однойменного каналу.

Діагноз встановлюється рентгенографічно.

Росте повільно безболісно, рідко досягає великих розмірів.

Виявляється у вигляді напівкулястого еластичного випинання позаду центральних різців по середній лінії.

Можуть нагноюватися.

Кіста різцевого каналу



Фісуральні кісти

Глобуломаксілярна кіста.

Локалізується в області 12, 13 або 22, 23.

У місці зрощення 2-ох ембріональних
лицьових відростків.

Росте повільно, безсимптомно, розсуваючи
коріння цих зубів.

Фісуральні кісти

Кіста передодня носа.

**Клінічно проявляється у вигляді
випинання в області губної борозни під
основу крила носа.**

Протікає безсимптомно, росте повільно.

Одонтогенні пухлини щелеп

- Одонтогенні пухлини - пухлини, розвиток яких пов'язан з пороком розвитку тканин, які формують зуб, чи з наявністю зуба в щелепі.

Класифікація одонтогенних пухлин та пухлиноподібних утворень за Ермолаєвим І.І. (1973)

I. Одонтогенні утворення епітеліальної природи.

1. Одонтогенні кісти запального походження:

- радикулярні;
- зубовміщуючі;
- парадентарні.

2. Одонтогенні кісти, які є пороком розвитку зубоутворюючого епітелію:

- первинні;
- фолікулярні;
- кісти прорізування;
- ясеневі.

3. Адамантиноми.

4. Одонтогенний рак.

Класифікація одонтогенних опухлин та пухлиноподібних утворень за Ермолаєвим І.І. (1973)

II. Одонтогенні утворення сполученотканної природи.

1. Одонтогенні фіброми.

2. Цементоми.

3. Одонтогенні саркоми.

III. Одонтогенні утворення (змішанної) епітеліальної та сполученотканинної природи

1. М'які одонтоми.

2. Тверді одонтоми.

АДАМАНТИНОМА (АМЕЛОБЛАСТОМА)

- Одонтогенна епітеліальна пухлина. Гістологічна структура її паренхіми має схожість з будовою тканини емалевого органу зубного зачатка, в зв'язку з цим назва пухлини отримало від слова «емаль» - *substantia adamantina*.

АДАМАНТИНОМА (АМЕЛОБЛАСТОМА)

Зустрічається адамантинома переважно у хворих віком від 21 до 40 років.

Макроскопічно адамантинومي прийнято розділяти на щільні (*adamantinoma solidum*) і кістозні (*adamantinoma cysticum*).

АДАМАНТИНОМА (АМЕЛОБЛАСТОМА)

- Солідні адамантиноми представляють собою утворення еластичної консистенції, на розрізі мають вигляд губчастої брудно-сірого або червонувато-коричневої тканини з невеликими порожнинами в окремих ділянках.
- Кістозні адамантиноми складаються з декількох порожнин різної величини; іноді є одна велика порожнина. У більшості випадків порожнини в пухлини виконані прозорою жовтуватою рідиною, іноді сметаноподібної білуватою або коричневою масою, що містить в невеликій кількості кристали холестерину..

АДАМАНТИНОМА (АМЕЛОБЛАСТОМА)

- Локалізується частіше на нижній щелепі в ділянці кута і гілки, рідше - тіла щелепи; найчастіше розвивається в області нижніх зубів мудрості.



Клініка

- Хворі звертаються зі скаргами на раптово помічену ними (або оточуючими) асиметрію обличчя.



Клініка

- Ниючий тупий біль в щелепах і зубах, яка в минулому призводила хворого до думки про необхідність видалити інтактні зуби.
- Періодично спостерігаються на ураженій стороні явища періоститу або флегмонозного запалення.
- Нориці на слизовій оболонці рота з гнійними виділеннями.

Клініка

- Довгостроково незагойні після видалення зубів рани, з яких виділяється каламутна рідина.
- При пухлинах, які досягли великих розмірів, хворі скаржаться на утруднення функції жування, мови і навіть дихання.

Клініка

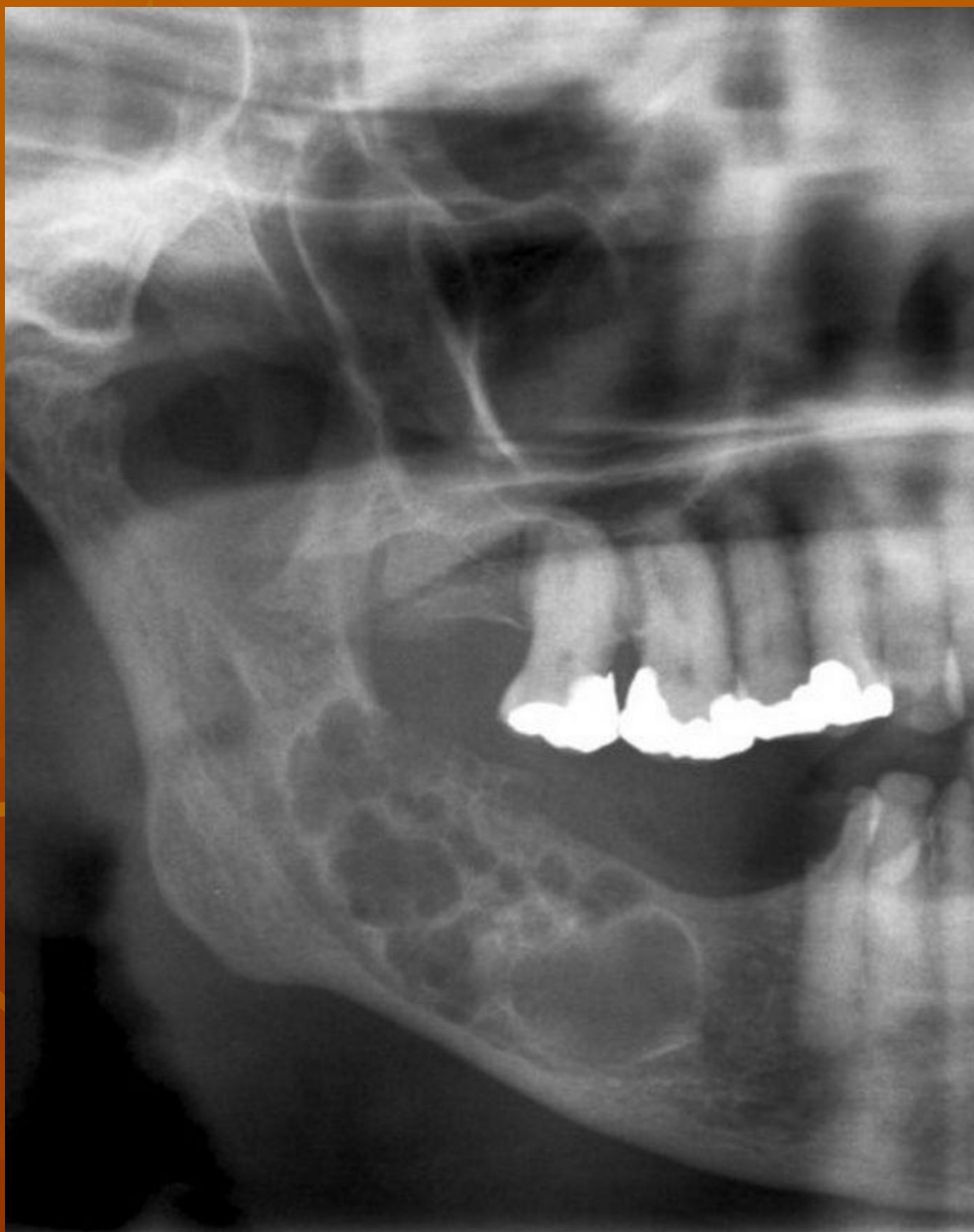
- Об'єктивно: в ранніх стадіях відзначається веретеноподібне здуття тіла щелепи; при цьому пухлина представляється гладкою або злегка нерівною - горбистої, щільної (кісткової) консистенції. Шкірні покрови над пухлиною в кольорі не змінені, збираються в складку.
- Пізніше з'являються симптом пергаментного хрускоту, флюктуація; шкіра над пухлиною стоншується, блідна, з'являється видима судинна мережа, вона важко збирається в складку. Згодом шкіра стає тонкою і навіть з'являються виразки над місцями найбільш виражених кісткових випинань.

Клініка

- Регіонарні лімфовузли не збільшені за тієї умови, якщо вміст порожнини не нагноившейся.
- Зуби в ділянці пухлини зазвичай досить стійкі, але можуть бути і кілька розхитані (при наявності хронічного запального фону). Слизова оболонка ясен нормального забарвлення або ціанотична.

Клініка

- Рентгенографічні дані різноманітні.
- Найважливішою рентгенологічною рисою адамантіноми є різна ступінь прозорості порожнин.







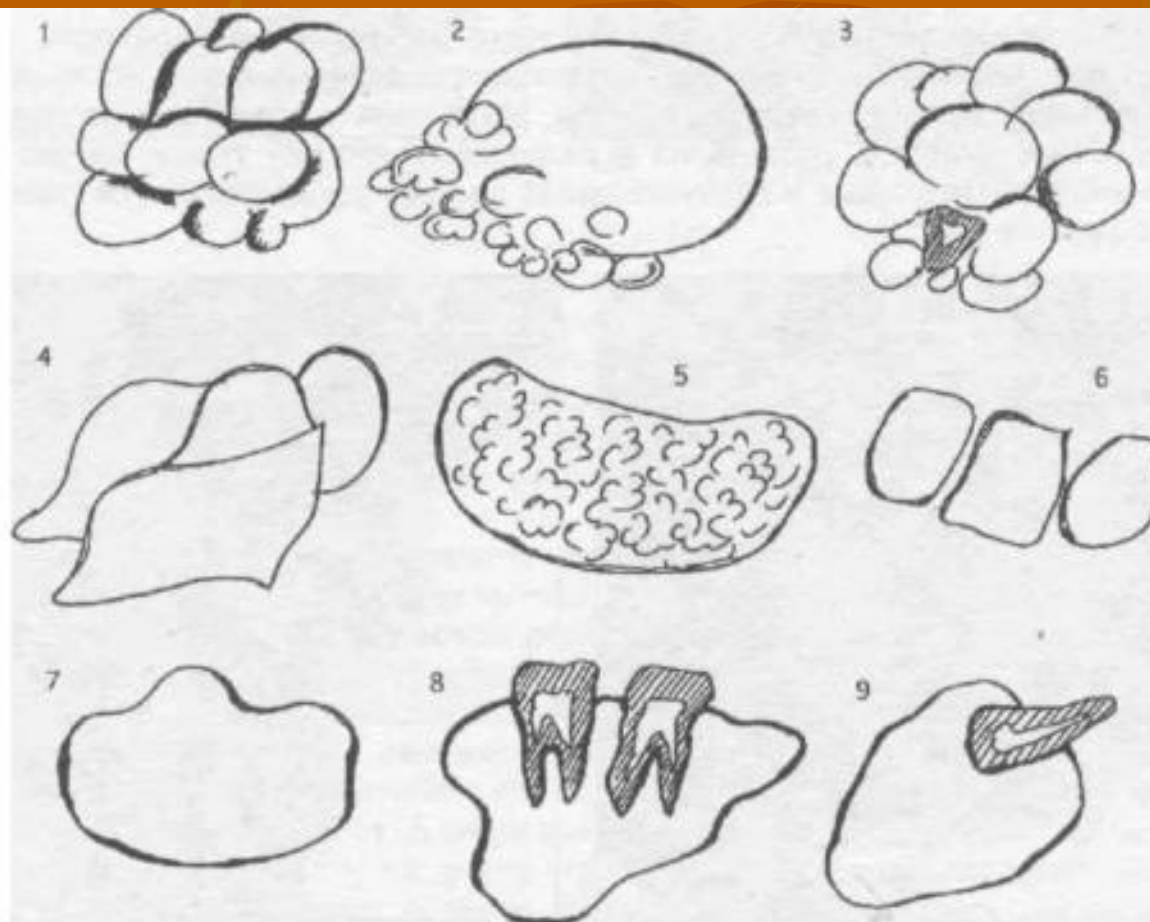


Рис. 30.1.8. Варианты рентгенологических картин амелобластом (по А.Л. Козыревой, 1959 г)

1 - ряд округлых полостей; 2 - одна полость, окруженная более мелкими полостями; 3 - округлые полости, содержащие зуб; 4 - многоугольные полости; 5 - мелкие кисты, образующие петлистость кости; 6 - единичные крупные кистозные полости; 7 - одна кистозная полость с неровными краями; 8 - в кистозную полость обращены корни зубов; 9 - в кистозную полость обращена коронка зуба

Цитологічне дослідження

- При цитологічному дослідженні нативних препаратів з пунктата пухлини виявляються: формені елементи крові (нейтрофільні лейкоцити, лімфоцити, еритроцити), волокнистий фібрин, клітини плоского епітелію (у вигляді пластів), жирно-зернисті клітини, іноді - кристали холестерину, зірчасті клітини.

Лікування адамантином

- З огляду на різноманіття запропонованих хірургічних методів лікування амелобластоми, доцільно вибрати більш щадний з них, який зберігає функцію нижньої щелепи, що не спотворює обличчя хворого, уникає рецидиву. За умови раннього розпізнавання амелобластоми стало можливим забезпечити радикальне видалення її без резекції або половинної екзартикуляції нижньої щелепи.

Лікування адамантином

- Вибираючи щадний метод хірургічного видалення амелобластоми, необхідно враховувати ту обставину, що при спробі видалити пухлину в щелепи можуть залишатися ділянки епітелію, які обумовлюють розвиток рецидиву новоутворення. Тому для забезпечення радикальної операції необхідно застосувати хімічний метод антибластики, що полягає в обробці стінок післяопераційної порожнини концентрованим розчином фенолу з метою викликати некроз епітеліальних елементів амелобластоми.

Лікування адамантином

- Проводиться розріз м'яких тканин вздовж переднього краю гілки нижньої щелепи, який проходить через ретромоллярну область до до здорової ділянки тіла щелепи.
- Далі вилущують (енуклеація) амелобластому і сколюють прилеглу до неї кістку до здорової тканини.

Лікування адамантином

- Після чого стінки операційної порожнини обробляються концентрованим розчином фенолу в експозиції до 20 секунд. З метою попередження некрозу тканин фенол необхідно нейтралізувати, обробляючи стінки рани спиртом. Післяопераційна порожнина заповнюється смужкою йодоформної марлі, за допомогою якої притискається до стінки рани слизово-окістний клапоть.

Лікування адамантином

- Якщо ділянка нижньої щелепи після видалення амелобластоми сильно стончена, то для попередження перелому доцільно використовувати шину з похилою площиною та пращеподібну пов'язку.

Лікування адамантином

- Економна резекція за П.В.Наумовим (1965). Застосовується при невеликих ділянках ураження.
- розрізи тканин з боку шкіри обличчя і порожнини рота, що забезпечують широкий огляд операційного поля; видалення пухлини одним блоком або по частинах під контролем очей;
- обробка країв кісткового ваді щелепи кусачками і долотом із захопленням здорових тканин не менше ніж на 1 см в усі боки від меж видимого розташування пухлини;
- заповнення ваді щелепної кістки жувальної м'язом на живильній ніжці;
- пошарове накладення швів по краю операційної рани.

Лікування адамантином

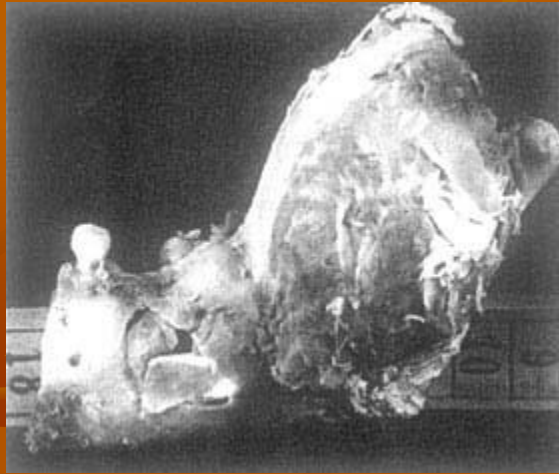
- При поширенні амелобластоми в навколишні м'які тканини слід проводити радикальну операцію - резекцію або половинну екзартикуляцію нижньої щелепи з порушенням її безперервності і кістковою пластикою.

Лікування адамантином

- Резекція або екзартикуляція щелепи з одночасною аутоостеопластиком показана при великому ураженні щелепної кістки.
- Дефект заміщається ділянкою ребра або гребінцем клубової кістки.

Лікування адамантином

- Реплантаційна остеопластика. Після видалення пухлинної ділянки кістки, проводять його проварювання, а потім моделювання за розміром дефекту.





MARCILAN
www.marcilan.com

Одонтома

- Одонтогенних пухлина змішаної природи, що складається з тканин зуба.
- Виділяють м'яку і тверду одонтому. Однак останнім часом багато авторів вважають, що м'якої одонтоми немає, а є особлива, специфічна форма амелобластоми.

Одонтома

- Розрізняють 3 основні групи твердої одонтоми: просту, складну і складову. Проста одонтома утворюється з тканини одного зуба. Складна одонтома виникає з декількох зубів. При цьому зубні тканини представлені окремо. Складова одонтома складається з конгломерату дрібних рудиментарних зубів або зубоподібних утворень.

Одонтома

- Прості одонтоми можуть бути **повними** (складаються з усього зубного зачатка) і **неповними** (складаються з частини зачатка).



Клініка одонтом

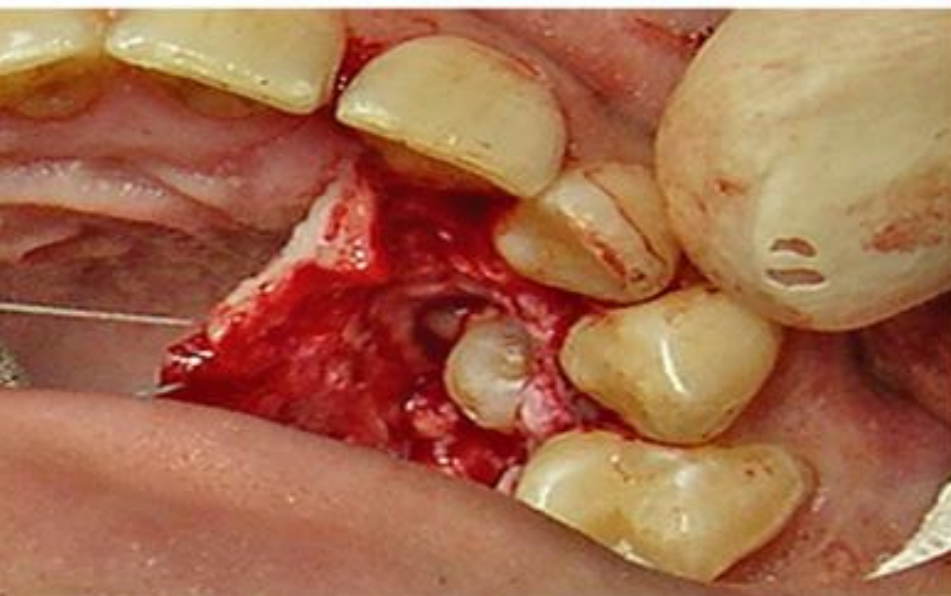
- Спостерігається порушення прорізування постійних зубів
- Потовщення альвеолярного відростка і тіла щелепи
- Зсув сусідніх зубів
- Зростає пухлина повільно, безболісно.

Клініка одонтом

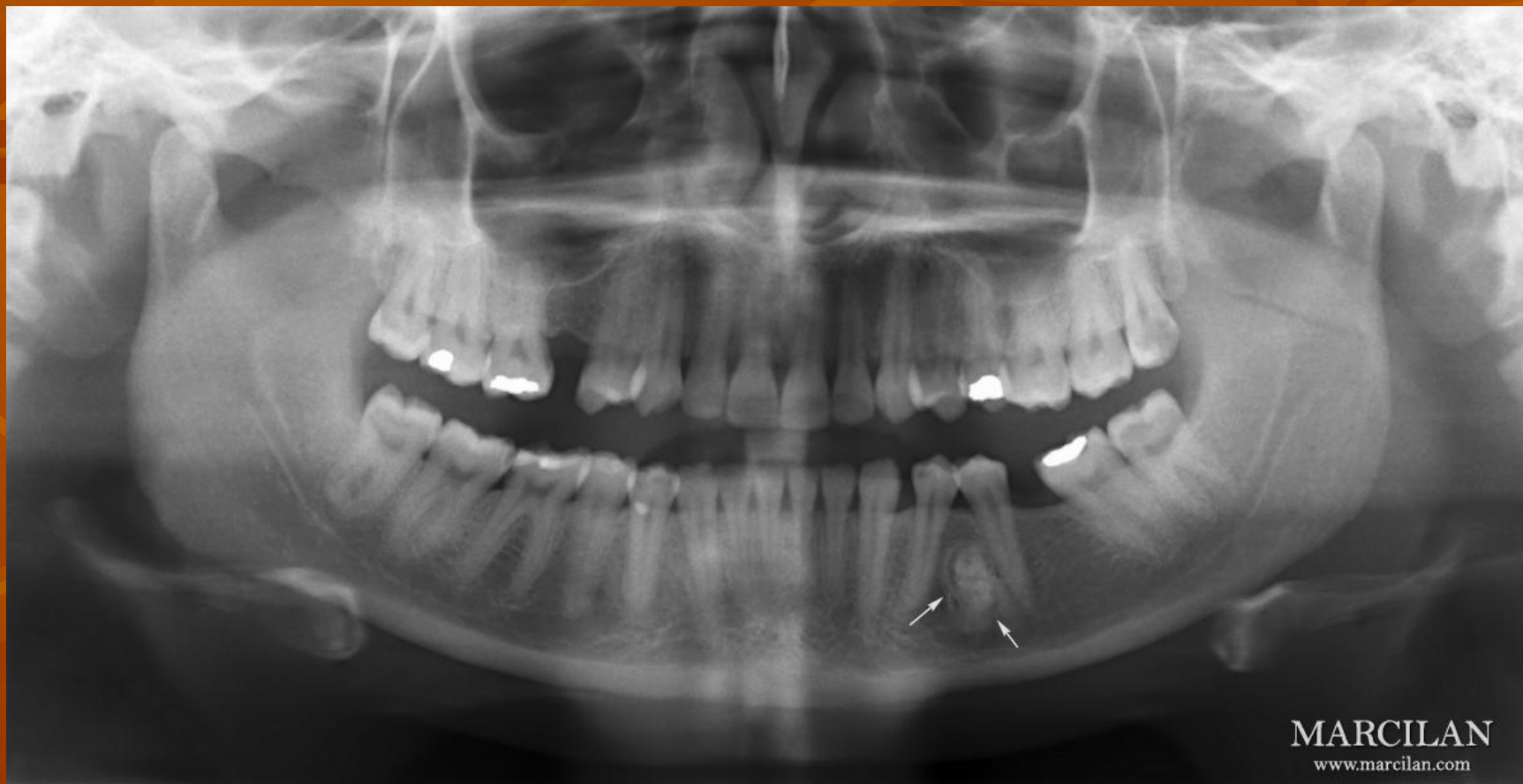
- Рентгенологічна картина.
- При складній одонтомі визначаються множинні зубоподібні утворення з чіткими контурами у вигляді «тутової ягоди». Одонтома зміщує поруч розташовані зачатки зубів.
- При простій одонтомі на рентгенограмі визначається тінь окремого хибно розвиненого зуба або зубоподібне утворення (недорозвинений, деформований зуб), співвідношення емалі та дентину, в якому хаотично.
- Рентгенологічна щільність пухлини відповідає щільності тканин зуба.



**multiple Odontome
im rechten Oberkiefer**

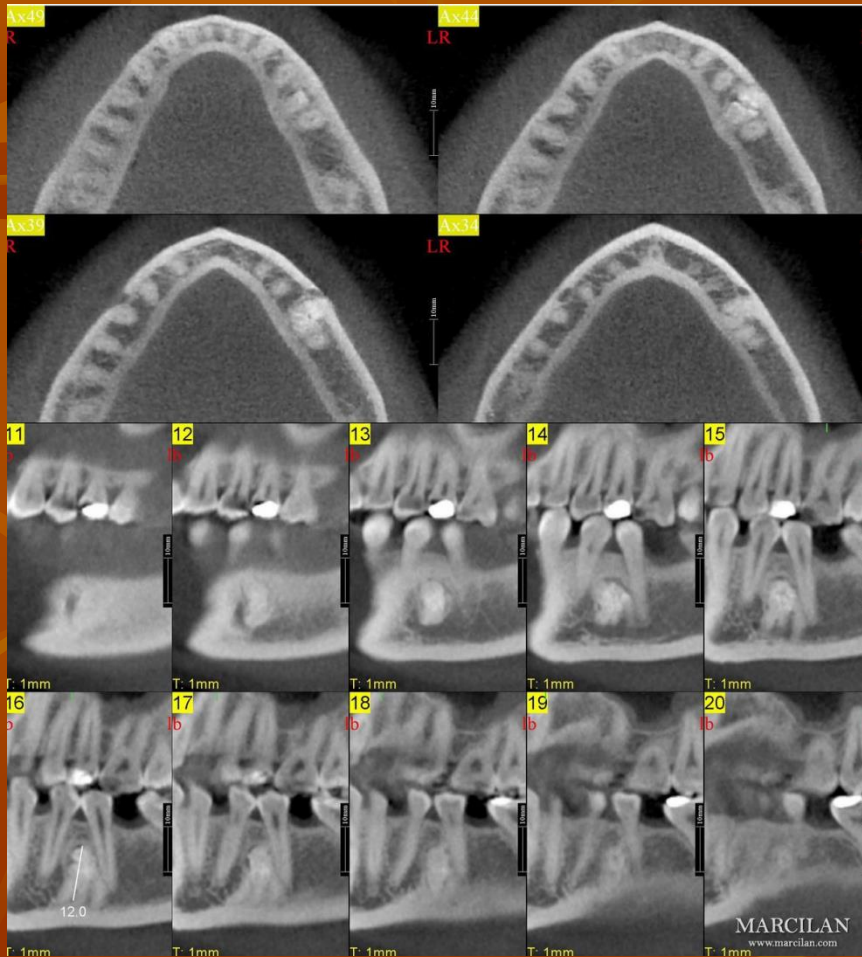






MARCILAN
www.marcilan.com





Лікування одонтом

- Лікування твердої одонтоми хірургічне. Операція полягає в повному видаленні пухлини і її оболонки. Ложе пухлини вискрібають для профілактики рецидиву. Нерідко потрібно «випилювання», «видовбування» пухлини з кісткової тканини. По можливості слід зберегти зачатки поруч розташованих зубів.

Цементома

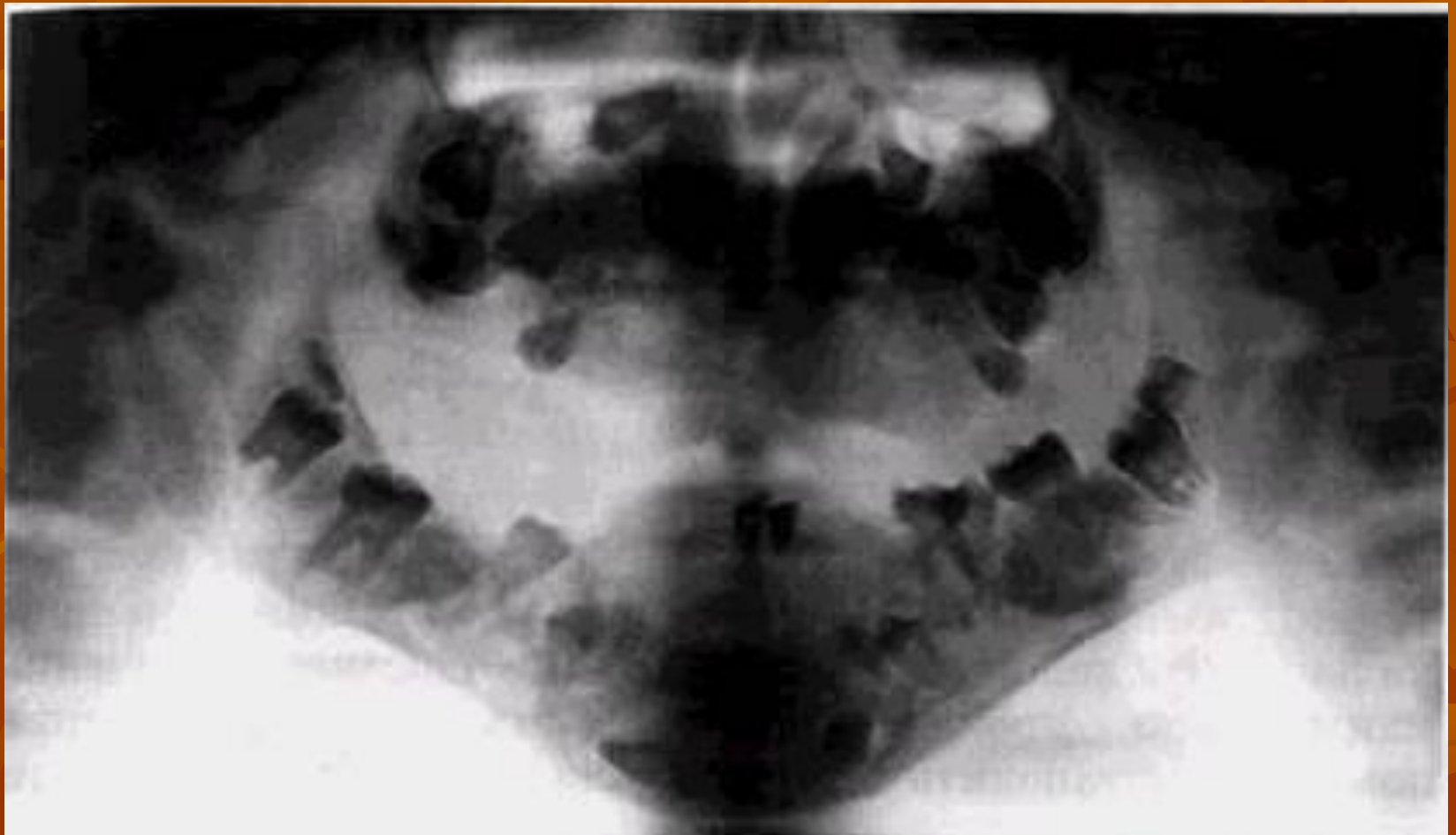
- Новоутворення, побудоване з тканини, подібної цементу коренів зубів, і відноситься тому до одонтогенних пухлин.
- Головною особливістю новоутворень є наявність цементоподібної тканини.

Клініка цементом

- При цементомах особливих скарг не виникає, а виявляється вона при діагностичних дослідженнях. У разі якщо пухлина вражає верхню щелепу, то цілком ймовірно її проростання в верхньощелепну пазуху, що викликає функціональні порушення.

Клініка цементом

- На рентгенограмі вона виглядає як щільне затемнення, яке має овальну або округлу форму. Місце локалізації - корень зуба, що становить з патологією єдине ціле.



Лікування цементом

- Основа лікування цементом - це резекція дефектної області щелепи. Бажано проводити часткове видалення пухлини із збереженням в цілості тканини кістки.

Одонтогенна фіброма

- Джерелом зростання одонтогенної фіброми може бути сполучна тканина зубного зачатка, подібна тканинам пульпи зуба.
- Характеризується наявністю залишків зубооутворюючого епітелію серед сполученотканинної маси пухлини.

Клініка одонтогенної фіброми

- Клінічна картина неспецифічна. Пухлина тривалий час розвивається безболісно, деформуючи щелепу. В окремих випадках зростання пухлини може супроводжуватися болями ниючого характеру.

- Рентгенологічно визначаються центрально розташовані полікістозні порожнини з залученням великих відділів щелепи. Зустрічаються включення щільних контурірованих тіней зубоподібних конгломератів. Межі пухлини чіткі. Відзначається ретенція поруч розташованих зубів.



Лікування одонтогенних фібром

- Лікування одонтогенних фібром зводиться до вилучування пухлини разом з капсулою.

Епуліс (Епулід)

- Епуліс (epulis; грец. Ері- на + ulon ясна; синоніми: епулід, надясеневик) пухлиноподібне утворення на яснах.
- У жінок спостерігається в 3-4 рази частіше, ніж у чоловіків. Локалізується переважно в ділянці різців і премолярів.

Епуліс (Епулід)

- У виникненні Е. велике значення має тривале травмування ясна пломбою, краями зруйнованого зуба, зубним каменем, протезом.
- З урахуванням клініко-морфологічних особливостей розрізняють:
 - фіброматозний
 - ангіоматозний
 - гігантоклітинний епуліс

Фіброматозний и ангіоматозний епуліси



Гігантоклітинний епуліс



Фіброматозний епуліс



Клініка

- Фіброматозний Е. має округлу або неправильну форму, розташовується з вестибулярної сторони ясна на широкій, рідше вузькій основі (ніжці) і прилягає до зубів, може поширюватися через міжзубний проміжок на оральну сторону. Е. покритий слизовою оболонкою блідо-рожевого кольору, має ласу або горбисту поверхню, щільно-еластичну консистенцію, безболісний, не кровоточить, характеризується повільним зростанням.
- Мікроскопічно представляє собою розростання фіброзної тканини, в якій зустрічаються окремі кісткові перекладини.

Клініка

- Ангіоматозній Е. розташовується у шийки зуба, має мілкобугристу, рідше гладку поверхню, яскраво-червоний колір з ціанотичним відтінком, порівняно м'яку консистенцію. Кровоточить навіть при легкому травмуванні. Швидко зростає (у вагітних зазвичай на 17-20-й тижні.).
- Мікроскопічно на тлі фіброзної тканини відзначається велика кількість тонкостінних кровоносних судин і гладких клітин.

Клініка

- Периферична форма остеобластокластоми - безболісне утворення округлої або овальної форми з горбистою поверхнею, м'якої або упругоеластичної консистенції, синюшно-багряного кольору. Розвивається на альвеолярній частині щелепи, кровоточить, росте повільно. Е. значних розмірів легко травмується, при цьому утворюються ерозії і виразки. На Е. зазвичай видно вдавлення від зубів антагоністів. Зуби, до яких прилягає Е., зміщуються і нерідко розхитуються.
- Мікроскопічно визначається велика кількість багатоядерних гігантських клітин, гранули гемосидерину; сполучнотканинна строма зазвичай васкуляризована.

Лікування

- Лікування полягає в усуненні травмуючого фактора і висіченні утворення. Розріз роблять на 2-3 мм відступивши від кордонів Е., який видаляють разом з окістям, при центральній гігантоклітинній гранульоме - з ділянкою кісткової тканини.
- Зуби в ділянці Е. видаляють лише при значній рухливості і надмірному оголенні коренів. При великому ураженні кістки, а також рецидиві Е. робляють часткову резекцію альвеолярної частини разом з зубами.

Питання для обговорення лекції:

1. Особливості оперативного лікування амелобластом.
2. Характеристика пухлини Підборга і кісти Горліна.
3. Особливості променевої діагностики одонтом.
4. Неепітеліальні кісти кісток лицевого скелета.
5. Особливості клініки та лікування глобуломаксілярних кіст.