Опухоли челюстей по генезу делятся на доброкачественные и злокачественные. Каждая из них может быть одонтогенной и неодонтогенной.

Одонтогенные доброкачественные опухоли

По происхождению эпителиальные (амелобластома, одонтогенная аденоматоидная опухоль, кальцифицирующая эпителиальная одонтогенная опухоль), мезенхимальные (дентинома, миксома, одонтогенная фиброма, «цементные опухоли»), смешанные (амелобластическая фиброма, амелобластическая фиброодонтома, одонтома).

Эпителиальные одонтогенные доброкачественные опухоли

 Амелобластома (адамантинома). Наиболее распространённая доброкачественная одонтогенная опухоль из эпителия остатков эмалевого органа, одонтогенных кист, редко — из базального эпителия слизистой оболочки рта. Возникает у лиц в возрасте 30–50 лет в области моляров нижней челюсти (80% случаев) или верхней челюсти. Редко встречается внекостная (периферическая, десневая) локализация. Характерна одно- или многокамерная зона деструкции кости (рентгенологически — «мыльные пузыри», полулуние). Гистологические варианты: фолликулярный, плексиформный, акантозный, базальноклеточный, гранулярноклеточный, однокистозный.

◊ Фолликулярный. Самый частый. Островки эпителия по типу эмалевого органа, зубного зачатка: по периферии высокие цилиндрические клетки, в центре — рыхлая сеть звёздчатых клеток, соединительная ткань.

◊ Плексиформный (сетевидный). Частый вариант. Тяжи эпителия в виде сети.

◊ Акантоматозный. Плоскоклеточная метаплазия, иногда с роговыми жемчужинами.

◊ Базальноклеточный — по типу базалиомы.

◊ Гранулярноклеточный — в цитоплазме кубических, цилиндрических эпителиоцитов эозинофильные гранулы (лизосомы).

◊ Однокистозный. В одонтогенной кисте. Рост в полость, но не в кость.

Опухоль отличается местным деструирующим ростом с проникновением в верхнечелюстную пазуху, основание черепа с поражением жизненно важных центров. Из нижней челюсти опухоль может сдавливать сосудисто-нервный пучок. После удаления в 90% случаев отмечаются рецидивы, но при внекостной и однокамерной формах — полное выздоровление.

 Одонтогенная аденоматоидная опухоль. Развивается чаще у женщин после 20-летнего возраста в передних отделах верхней челюсти, иногда вместе с непрорезавшимся клыком. Рентгенологически похожа на зубную кисту прорезывания. Микроскопически определяются протокоподобные структуры с кубовидным или высоким цилиндрическим эпителием, мелкими кальцинатами, участками эозинофильного вещества, слабоволокнистой стромой. Инкапсулирована. Рецидивирует редко.

 Кальцифицирующая эпителиальная одонтогенная опухоль. Встречается редко у 40–50-летних лиц в премолярно-молярной зоне нижней челюсти в сочетании с непрорезавшимся зубом. На рентгенограмме видны нечёткое разрежение кости, плотные массы вблизи от коронки непрорезавшегося зуба. Гистологически характерны поля крупных полигональных эпителиоцитов с эозинофильной цитоплазмой, ядерным полиморфизмом, редкими митозами. Внеклеточно расположено гомогенное конго-положительное вещество типа амилоида с округлыми кальцификатами. Имеется местнодеструирующий рост. После кюретажа рецидивирует в 10–15% наблюдений.

Интересные статьи:

1) Патогенез инфекционных заболеваний

2) Эндокринные железы и их регуляция

3) Основные понятия про инфекционные поражения