

# ОДОНТОГЕННЫЕ И НЕОДОНТОГЕННЫЕ ОПУХОЛИ ЧЕЛЮСТЕЙ

Волгоград 2022г.

# ОДОНТОГЕННЫЕ ОПУХОЛИ ЧЕЛЮСТНЫХ КОСТЕЙ

- **Одонтогенные опухоли** — новообразования, развивающиеся из остатков одонтогенного эпителия (дериваты эмалевого органа) и одонтогенной мезенхимы (производные зубного сосочка).
- Одонтогенные опухоли с точки зрения гистогенеза подразделяют на три группы: *эпителиальные* (из остатков одонтогенного эпителия), *мезенхимальные* (из производных одонтогенной мезенхимы) и *смешанные*

# ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОДОНТОГЕННЫЕ ОПУХОЛИ

- **I. ЭПИТЕЛИАЛЬНЫЕ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОДОНТОГЕННЫЕ ОПУХОЛИ**
- *АМЕЛОБЛАСТОМА (АДАМАНТИНОМА)*
- *Аденоматоидная одонтогенная опухоль (аденоамелобластома)*
- *Плоскоклеточная одонтогенная опухоль*
- *Кератокистозная одонтогенная опухоль*
- *Обызвествлённая эпителиальная одонтогенная опухоль (опухоль Пиндборга)*
- *Обызвествлённая кистозная одонтогенная опухоль («киста Горлина»)*
- *Одонтогенная опухоль из «клеток-теней» (одонтогенная опухоль из «клеток-призраков»).*

# ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОДОНТОГЕННЫЕ ОПУХОЛИ

- **II. МЕЗЕНХИМАЛЬНЫЕ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОДОНТОГЕННЫЕ ОПУХОЛИ**
- *ЦЕМЕНТОБЛАСТОМА (ИСТИННАЯ ЦЕМЕНТОМА)*
- *ДЕНТИНОМА.*

# ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОДОНТОГЕННЫЕ ОПУХОЛИ

- **II. СМЕШАННЫЕ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОДОНТОГЕННЫЕ ОПУХОЛИ**
- *ОДОНТОГЕННАЯ МИКСОМА*
- *ОДОНТОГЕННАЯ ФИБРОМА*
- *ОДОНТОАМЕЛОБЛАСТОМА*
- *АМЕЛОБЛАСТНАЯ ФИБРОМА*
- *АМЕЛОБЛАСТНАЯ ФИБРООДОНТОМА*
- *ОДОНТОМА (УСЛОВНО, Т.К. НЕ ОПУХОЛЬ, А ПОРОК РАЗВИТИЯ).*

# АМЕЛОБЛАСТОМА

- *АМЕЛОБЛАСТОМА (АДАМАНТИНОМА) — ОДОНТОГЕННАЯ ОПУХОЛЬ, СТРУКТУРЫ КОТОРОЙ НАПОМИНАЮТ СТРОЕНИЕ ЭМАЛЕВОГО ОРГАНА. НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЁННАЯ ОДОНТОГЕННАЯ ОПУХОЛЬ. ОТЛИЧАЕТСЯ МЕДЛЕННЫМ МЕСТНО-ДЕСТРУИРУЮЩИМ РОСТОМ (ДОБРОКАЧЕСТВЕННАЯ ОПУХОЛЬ С МЕСТНО-ДЕСТРУИРУЮЩИМ РОСТОМ). В 80% СЛУЧАЕВ ЛОКАЛИЗУЕТСЯ В НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ, ОСОБЕННО ЗАДНИХ ЕЁ ОТДЕЛАХ (ОБЛАСТЬ МОЛЯРОВ, ПРЕМОЛЯРОВ, УГЛЫ И ВЕТВИ). ПОМИМО ЦЕНТРАЛЬНОЙ (ВНУТРИКОСТНОЙ) АМЕЛОБЛАСТОМЫ ИЗРЕДКА ВСТРЕЧАЕТСЯ ПЕРИФЕРИЧЕСКАЯ (ВНЕКОСТНАЯ) АМЕЛОБЛАСТОМА (АМЕЛОБЛАСТОМА МЯГКИХ ТКАНЕЙ). ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ НЕ РЕДКО РЕЦИДИВИРУЕТ.*

# АМЕЛОБЛАСТОМА

- *МАКРОМОРФОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА.* Различают три клинико-морфологических варианта опухоли: солидный, монокистозный и поликистозный:
- *Со́лидная амелобластома* — узел плотной серо-розовой ткани без кист (редкий вариант опухоли).
- *Монокистозная амелобластома* — опухоль с солитарной (одионочной) гладкостенной кистой. Костная ткань челюсти окружает опухоль в виде тонкой скорлупы.
- *Поликистозная амелобластома* — амелобластома с множественными кистами. На рентгенограммах кистозная амелобластома выглядят как один или несколько «мыльных пузырей».

# АМЕЛОБЛАСТОМА

- *МИКРОМОРФОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА.* Различают по крайней мере семь микроморфологических вариантов амелобластомы: фолликулярный, акантоматозный, плексиформный, зернистоклеточный, десмопластический, базальноклеточный и микрокистозный. Указанные варианты амелобластомы не имеют клинического значения и не влияют на прогноз. Их знание необходимо патологоанатому для проведения дифференциальной морфологической диагностики амелобластомы и сходных поражений.

# АДЕНОМАТОИДНАЯ ОДОНТОГЕННАЯ ОПУХОЛЬ

- *Аденоматоидная одонтогенная опухоль* — одонтогенная опухоль со структурами амелобластомы и образованием мелких трубочек из амелобластов с расположенными внутри них базальной мембраной и амилоидом. Наиболее часто эта опухоль встречается в возрасте 10—20 лет; после 30 лет она практически не выявляется.

# АДЕНОМАТОИДНАЯ ОДОНТОГЕННАЯ ОПУХОЛЬ

- *МАКРОМОРФОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА.* Как правило, новообразование локализуется внутрикостно (*центральная аденоматоидная одонтогенная опухоль*). При этом, в отличие от амелобластомы, характерно поражение верхнечелюстных костей. Иногда обнаруживается *периферическая (внекостная) аденоматоидная одонтогенная опухоль*, как правило, в тканях десны. Опухоль обычно представляет собой многокамерную кисту с утолщенными стенками. Новообразование редко превышает 3 см в диаметре. Часто обнаруживается связь новообразования с коронкой непрорезавшегося зуба, особенно клыка, а также выявляются мелкие кальцинаты, имеющие на рентгенограммах вид «хлопьев снега» («кальцинаты-снежинки»). Аденоматоидная одонтогенная опухоль является одной из наиболее доброкачественных одонтогенных новообразований; в подавляющем большинстве случаев она даже не рецидивирует при простой энуклеации.

# АДЕНОМАТОИДНАЯ ОДОНТОГЕННАЯ ОПУХОЛЬ

- *Микроморфологическая картина.* В скудной фиброзной ткани расположены многочисленные веретеновидные эпителиоциты, напоминающие звёздчатый ретикулум, в котором амелобластоподобные кубические или цилиндрические клетки формируют мелкие трубочки с базальной мембраной в центре. В просвете тубулярных структур могут накапливаться конгофильные массы (*амилоид*). Иногда развивается очаговый кальциноз или образуются участки цемента- и дентиноподобного вещества.

# ПЛОСКОКЛЕТОЧНАЯ ОДОНТОГЕННАЯ ОПУХОЛЬ

- Очень редкая опухоль, обычно до 1,5 см в диаметре. Наиболее часто располагается в альвеолярном отростке челюстных костей и прилежит к боковой поверхности корней зубов. При микроморфологическом исследовании в фиброзной строме выявляются островки многослойного плоского эпителия без признаков атипии, иногда с образованием роговых кист. Периферию островков образуют базалоидные клетки. Опухоль доброкачественная, почти во всех случаях излечение достигается простым иссечением.

# КЕРАТОКИСТОЗНАЯ ОДОНТОГЕННАЯ ОПУХОЛЬ

- *Кератокистозная одонтогенная опухоль* ранее относилась к дизонтогенетическим одонтогенным кистам и называлась *примордиальной кистой (одонтогенной кератокистой)*. Она представляет собой одно-, реже многокамерную кистозную опухоль, развивающуюся из элементов зачатка зуба. Типичная локализация — вблизи нижнего третьего моляра. Внутренняя поверхность кист выстлана довольно тонким многослойным плоским эпителием, ороговевающим по паракератотическому типу. Вторично присоединяющееся воспаление способствует развитию ортокератоза, появлению слоя зернистых клеток, акантоза и папилломатоза. Характерны рецидивы после кюретажа, изредка развиваются злокачественные опухоли.

# КЕРАТОКИСТОЗНАЯ ОДОНТОГЕННАЯ ОПУХОЛЬ

- РАНЕЕ РЕДКАЯ РАЗНОВИДНОСТЬ ОДОНТОГЕННОЙ КЕРАТОКИСТЫ, ПРИЛЕГАЮЩЕЙ К БОКОВОЙ ПОВЕРХНОСТИ КОРНЯ ЗУБА, НЕ ПОРАЖЁННОГО ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМ ПРОЦЕССОМ (ЕЁ ПОЛОСТЬ НЕ СВЯЗАНА С КАНАЛОМ КОРНЯ ЗУБА), НАЗЫВАЛАСЬ ЛАТЕРАЛЬНОЙ ПЕРИОДОНТАЛЬНОЙ КИСТОЙ. В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ЭТОТ ТЕРМИН НЕ ПРИМЕНЯЕТСЯ, А ПОРАЖЕНИЕ РАССМАТРИВАЕТСЯ КАК КЕРАТОКИСТОЗНАЯ ОДОНТОГЕННАЯ ОПУХОЛЬ.

# КЕРАТОКИСТОЗНАЯ ОДОНТОГЕННАЯ ОПУХОЛЬ

- Существует наследственное заболевание, характеризующееся различными пороками развития органов, множественными кератокистозными одонтогенными опухолями и развитием мультицентричной базальноклеточной карциномы. Оно носит название **синдрома невоидной базальноклеточной карциномы (синдром Горлина)**.

# ОБЫЗВЕСТВЛЁННАЯ ЭПИТЕЛИАЛЬНАЯ ОДОНТОГЕННАЯ ОПУХОЛЬ (ОПУХОЛЬ ПИНДБОРГА)

- Редкая опухоль, встречающаяся обычно в возрасте 30—50 лет. Излюбленная локализация *ЦЕНТРАЛЬНОЙ (ВНУТРИКОСТНОЙ) ОПУХОЛИ ПИНДБОРГА* — задние отделы нижней челюсти. Иногда встречается *ПЕРИФЕРИЧЕСКАЯ (ВНЕКОСТНАЯ) ОПУХОЛЬ*. Новообразование отличается медленным ростом. МАКРОМОРФОЛОГИЧЕСКИ РАЗЛИЧАЮТ ТРИ ТИПА ОПУХОЛИ: солидный, монокистозный и поликистозный. После удаления опухоль рецидивирует в 15% случаев. Описаны единичные случаи **МЕТАСТАЗИРУЮЩЕЙ ОПУХОЛИ ПИНДБОРГА**. МИКРОМОРФОЛОГИЧЕСКИ В ФИБРОЗНОЙ СТРОМЕ РАСПОЛОЖЕНЫ ОСТРОВКИ ИЛИ ПОЛЯ КРУПНЫХ ПОЛИГОНАЛЬНЫХ КЛЕТОК, СХОДНЫХ С АКАНТОЦИТАМИ, НО БЕЗ БАЗАЛЬНОГО СЛОЯ И ПРИЗНАКОВ ОРОГОВЕНИЯ. Между клетками могут располагаться КОНГОФИЛЬНЫЕ МАССЫ (*АМИЛОИД*). КОНЦЕНТРИЧЕСКИЕ КАЛЬЦИНАТЫ В АМИЛОИДЕ НАЗЫВАЮТСЯ *КОЛЬЦАМИ ЛИЗЕГАНГА (LIESEGANG)*.

# ОБЫЗВЕШТВЛЁННАЯ КИСТОЗНАЯ ОДОНТОГЕННАЯ ОПУХОЛЬ («КИСТА ГОРЛИНА», GORLIN CYST)

- Наиболее часто выявляется во втором—третьем десятилетии жизни в области резцов или клыков. Часто связана с непрорезавшимся зубом. Одно-, реже многокамерная. Обычно диаметром 2—4 см. Изредка опухоль также располагается в ткани десны в виде полипа на ножке или узелка на широком основании. Покрывающий внутреннюю поверхность кисты эпителий напоминает ткань амелобластомы. Встречаются комплексы «клеток-теней» («клеток-призраков»). Клетки-тени могут подвергаться кальцинозу, вокруг них нередко образуются многоядерные гигантские клетки инородных тел. До 20% кист Горлина содержат участки, напоминающие одонтому .

# МЕЗЕНХИМАЛЬНЫЕ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОДОНТОГЕННЫЕ ОПУХОЛИ

- **ЦЕМЕНТОБЛАСТОМА (ИСТИННАЯ ЦЕМЕНТОМА)**
- Обычно выявляется у лиц моложе 25 лет в области моляров нижней челюсти. Отличается медленным ростом. Связана с корнем зуба. Опухоль доброкачественная, изредка рецидивирует после неполного удаления. Некоторые исследователи полагают, что иногда цементобластома может озлокачиваться.

# ЦЕМЕНТОБЛАСТОМА (ИСТИННАЯ ЦЕМЕНТОМА)

- *МАКРОМОРФОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА.* Цементобластома представляет собой узел плотной ткани с мелкими или крупными кальцинатами. Иногда узел образован тканью, соответствующей слабоминерализованной кости (такую ткань можно без особенного усилия резать ножом).
- *МИКРОМОРФОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА.* При микроскопическом исследовании выявляются толстые иррегулярные костные балки с широкими базофильными линиями склеивания и неминерализованный остеоид по периферии.

# ЦЕМЕНТОБЛАСТОМА (ИСТИННАЯ ЦЕМЕНТОМА)

- Своеобразным вариантом цементобластомы является редко встречающаяся наследственная опухоль — **множественная семейная (гигантская) цементома**. В отличие от обычной цементобластомы она характеризуется мультицентричным ростом с образованием многочисленных узелков и узлов в челюстных костях и за их пределами. В ряде наблюдений опухолевые узлы достигают больших размеров, что отражено в названии опухоли (*гигантская цементома*).

# СМЕШАННЫЕ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОДОНТОГЕННЫЕ ОПУХОЛИ

- **1. ОДОНТОГЕННАЯ МИКСОМА**
- Опухоль чаще встречается в возрасте 10—30 лет, обычно в нижней челюсти; после удаления рецидивирует в 25% случаев.
- *Макроморфологическая картина.* Одонтогенная миксома представляет собой узел желтовато-белой слизистой ткани без чётких границ. Характерен инфильтрирующий рост в окружающую костную ткань (доброкачественная опухоль с местно-деструктивным ростом).
- *Микроморфологическая картина.* При микроскопическом исследовании выявляются звёздчатые клетки в обильном миксоидном матриксе (*слизистая соединительная ткань*) с рассеянными островками или тяжами одонтогенного эпителия.

# ОДОНТОГЕННАЯ ФИБРОМА

- *Одонтогенная фиброма* — редкая опухоль. Средний возраст больных 40 лет. Различают *центральный (внутрикостный)* и *периферический (внекостный)* варианты одонтогенной фибромы. Центральная одонтогенная фиброма обычно поражает верхнюю челюсть, периферическая — ткань десны нижней челюстной кости.

# ОДОНТОГЕННАЯ ФИБРОМА

- *МАКРОМОРФОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА.* Опухоль представляет собой узел серовато-белой плотной ткани с мелкими кистами. Новообразование связано с непрорезавшимся зубом, обычно до 2 см в диаметре. Опухоль доброкачественная, рецидивирует после удаления редко.
- *МИКРОМОРФОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА.* В фиброзной строме при микроскопическом исследовании обнаруживаются рассеянные островки и гнёзда клеток одонтогенного эпителия. Иногда выявляются включения дентино- и цементоподобного материала или костной ткани.

# ОДОНТОГЕННАЯ ФИБРОМА

- *Периферическая одонтогенная фиброма* обнаруживается у подростков и молодых лиц в тканях десны, особенно в межзубном сосочке. Рецидивирует в 15% случаев. Макроморфологически представляет собой розовый или красный узелок на ножке или широком основании диаметром обычно до 2 см. Узелок образован фиброзной тканью с очагами кальциноза. На ранних стадиях развития характерно изъязвление и формирование воспалительных изменений (клеточная инфильтрация, пролиферация грануляционной ткани). Сформированная периферическая одонтогенная фиброма обычно не изъязвляется. Нередко обнаруживаются костные балки (*периферическая оссифицирующаяся фиброма, оссифицирующийся фиброзный эпуплис*) и цементоподобное вещество.

# ОДОНТОАМЕЛОБЛАСТОМА

- *ОДОНТОАМЕЛОБЛАСТОМА* — АМЕЛОБЛАСТОМА С ОСТРОВКАМИ ДЕНТИНА И ЭМАЛИ.

# АМЕЛОБЛАСТНАЯ ФИБРОМА

- *АМЕЛОБЛАСТНАЯ ФИБРОМА* выявляется обычно в первые два десятилетия жизни, как правило, в задних отделах нижнечелюстной кости. В половине случаев связана с непрорезавшимся зубом. Хорошо отграничена. Моно- или мультилокулярная. При микроскопическом исследовании обнаруживаются тонкие анастомозирующие эпителиальные тяжи или мелкие островки опухолевых клеток, расположенные в миксоидной строме. Островки напоминают таковые при фолликулярном варианте амелобластомы. Опухоль доброкачественная, но рецидивы после консервативного иссечения развиваются в 20% случаев.

# АМЕЛОБЛАСТНАЯ ФИБРООДОНТОМА

- *АМЕЛОБЛАСТНАЯ ФИБРООДОНТОМА* — АМЕЛОБЛАСТНАЯ ФИБРОМА СО СТРУКТУРАМИ ОДОНТОМЫ. В ОТЛИЧИЕ ОТ АМЕЛОБЛАСТНОЙ ФИБРОМЫ РЕЦИДИВИРУЕТ РЕДКО.

# ОДОНТОМА

- *Одонтомой* называют опухолеподобное поражение, представляющее собой порок развития зубов (сложную одонтому можно рассматривать как *гамартому*). Обычно она встречается в первые два десятилетия жизни.
- Различают простые и сложные одонтомы. Сложные, в свою очередь, делят на составные и смешанные.

# ОДОНТОМА

- *Простая одонтома* — одонтома, образованная небольшим количеством хаотично перемешанных твёрдых тканей (достаточных для построения только одного зуба). Макроморфологически поражение выглядит как инкапсулированный узелок с недоразвитым или деформированным зубом.
- *Сложная одонтома* — одонтома, образованная значительным количеством твёрдых тканей, достаточным для построения нескольких зубов.
- *Составная одонтома* — сложная одонтома из нескольких правильно сформированных, но деформированных зубов (*зубоподобных элементов, или одонтоидов*) с центрально расположенной в них пульпой. Макроморфологически она представляет собой инкапсулированный узел из нескольких одонтоидов, легко разделяющихся или плотно спаянных между собой. В некоторых случаях количество зубоподобных элементов может достигать 100 и более.
- *Смешанная одонтома* — сложная одонтома, состоящая из хаотично перемешанных твёрдых тканей.

# ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОДОНТОГЕННЫЕ ОПУХОЛИ

- **I. ОДОНТОГЕННАЯ (АМЕЛОБЛАСТНАЯ) КАРЦИНОМА**
- *ЗЛОКАЧЕСТВЕННАЯ (МЕТАСТАЗИРУЮЩАЯ) АМЕЛОБЛАСТОМА*
- *ПЕРВИЧНАЯ ВНУТРИКОСТНАЯ КАРЦИНОМА*
- *СВЕТЛОКЛЕТОЧНАЯ ОДОНТОГЕННАЯ КАРЦИНОМА*
- *КАРЦИНОМА, РАЗВИВШАЯСЯ ИЗ ЭПИТЕЛИЯ ОДОНТОГЕННЫХ КИСТ.*

# ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОДОНТОГЕННЫЕ ОПУХОЛИ

- **II. ОДОНТОГЕННЫЕ САРКОМЫ**
- *АМЕЛОБЛАСТНАЯ ФИБРОСАРКОМА*
- *АМЕЛОБЛАСТНАЯ ОДОНТОСАРКОМА.*

- **Одонтогенная карцинома (амелобластная карцинома)** — злокачественная эпителиальная одонтогенная опухоль. Встречается, как правило, у лиц старше 20 лет. Помимо *внутрикостной* одонтогенной карциномы изредка обнаруживается *периферическая (внекостная)* опухоль. Эти новообразования являются локально агрессивными, но метастазируют редко (злокачественные опухоли с местно-деструирующим ростом).
- *Злокачественная амелобластома* имеет строение амелобластомы, но с признаками клеточного атипизма и усиленной митотической активностью. Отличается более быстрым инвазивным ростом, иногда метастазированием.
- *Первичная внутрикостная карцинома* развивается из остатков одонтогенного эпителия, сохраняющихся в костной ткани или в десмодонте.

- **Одонтогенные саркомы** — злокачественные неэпителиальные одонтогенные опухоли. Различают амелобластную фибросаркому и амелобластную одонтосаркому.
- *Амелобластная фибросаркома* — фибросаркома с включениями тяжей или островков одонтогенного эпителия (эпителий без признаков малигнизации).
- *Амелобластная одонтосаркома* — амелобластная фибросаркома с включениями дентина и эмали.

# НЕОДОНТОГЕННЫЕ ОПУХОЛИ И ОПУХОЛЕПОДОБНЫЕ ПОРАЖЕНИЯ ЧЕЛЮСТНЫХ КОСТЕЙ

- **Неодонтогенными опухолями** челюстных костей называют все новообразования челюстей, за исключением одонтогенных. В этой же группе удобно рассматривать неодонтогенные опухолеподобные процессы.

# ФИБРОЗНО-КОСТНЫЕ ПОРАЖЕНИЯ

*ФИБРОЗНАЯ ОСТЕОДИСПЛАЗИЯ*

*ОССИФИЦИРОВАННАЯ ФИБРОМА*

*ЦЕМЕНТИРУЮЩАЯ ФИБРОМА*

*ЦЕМЕНТО-ОССИФИЦИРОВАННАЯ ФИБРОМА*

*ПЕРИАПИКАЛЬНАЯ ЦЕМЕНТОДИСПЛАЗИЯ.*

# ГИГАНТОКЛЕТОЧНЫЕ ПОРАЖЕНИЯ

- *ГИГАНТОКЛЕТОЧНАЯ ГРАНУЛЁМА (ПЕРИФЕРИЧЕСКАЯ И ЦЕНТРАЛЬНАЯ)*
- *ХЕРУВИЗМ*
- *АНЕВРИЗМАЛЬНАЯ КОСТНАЯ КИСТА.*

# ГЕМОБЛАСТОЗЫ

- *ГИСТИОЦИТОЗ ИЗ КЛЕТОК ЛАНГЕРГАНСА*
- *МИЕЛОМА*
- *ЛЕЙКЕМИИ И ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ЛИМФОМЫ, ОСОБЕННО ЛИМФОМА БЕРКИТТА.*

- **ФИБРОЗНАЯ ОСТЕОДИСПЛАЗИЯ** — ЗАБОЛЕВАНИЕ, ПРИ КОТОРОМ В КОСТЯХ ПРОИСХОДИТ РАЗРАСТАНИЕ ФИБРОЗНОЙ ТКАНИ. РАЗЛИЧАЮТ *МОНО-* И *ПОЛИОССАЛЬНУЮ* ФОРМЫ ФИБРОЗНОЙ ОСТЕОДИСПЛАЗИИ. ПРИ МОНООССАЛЬНОЙ ФОРМЕ ПОРАЖАЕТСЯ ОДНА КОСТЬ (ОБЫЧНО КОСТИ ЧЕРЕПА, В ТОМ ЧИСЛЕ ЛИЦЕВОГО, БЕДРЕННАЯ, БОЛЬШЕБЕРЦОВАЯ КОСТИ ИЛИ РЁБРА), ПРИ ПОЛИОССАЛЬНОЙ — НЕСКОЛЬКО КОСТЕЙ (КАК ПРАВИЛО, КОСТИ ТАЗА, БЕДРА И БОЛЬШЕБЕРЦОВЫЕ КОСТИ). МОНООССАЛЬНЫЙ ВАРИАНТ БОЛЕЗНИ ВСТРЕЧАЕТСЯ В ОСНОВНОМ У ЛИЦ 5—20 ЛЕТ. ПОЛИОССАЛЬНЫЙ ТИП БОЛЕЗНИ РАЗВИВАЕТСЯ В ЛЮБОМ ВОЗРАСТЕ. ПОРАЖЕНИЕ В ПОДАВЛЯЮЩЕМ БОЛЬШИНСТВЕ СЛУЧАЕВ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЕ, НО ИЗРЕДКА НАБЛЮДАЕТСЯ МАЛИГНИЗАЦИЯ (ОСОБЕННО ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ). ИНОГДА ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАЗВИВАЮТСЯ РЕЦИДИВЫ.

- **Синдром МакКьюна—Олбрайта** (*McCune—Albright's syndrome*) — наследственный вариант полиоссальной формы фиброзной остеодисплазии в сочетании с меланоцитарными поражениями кожи, преждевременным половым созреванием и патологией щитовидной железы.

- *МАКРОМОРФОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА.* Кость деформируется вследствие её очагового увеличения («вздутия»).
- *МИКРОМОРФОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА.* Узкие изогнутые по типу «рыболовного крючка» костные балки расположены в умеренно клеточной фиброзной ткани, не содержащей остеокластов и остеобластов (эти клетки появляются в случае травмы, например, патологического перелома). Нередко образуются аневризмальные костные кисты или другие кистозные изменения.

- **ОССИФИЦИРОВАННАЯ, ЦЕМЕНТИРУЮЩАЯ И ЦЕМЕНТО-ОССИФИЦИРОВАННАЯ ФИБРОМЫ**, по существу, представляют собой единый патологический процесс. Они отличаются только по микроскопической картине. Наиболее часто встречаются в возрасте 20—40 лет, обычно в нижнечелюстной кости, особенно в области моляров и премоляров. После удаления рецидивируют крайне редко. **ОССИФИЦИРОВАННАЯ ФИБРОМА** образована фиброзной тканью с очагами кальциноза и костными балками. **ЦЕМЕНТИРУЮЩАЯ ФИБРОМА** представлена фиброзной тканью с включениями цементоподобного вещества. **ЦЕМЕНТО-ОССИФИЦИРОВАННАЯ ФИБРОМА** представляет собой поражение, сочетающее признаки цементирующей и оссифицированной фибром.

- **Периапикальная цементодисплазия** локализуется в области верхушек корней нижних резцов. Вначале напоминает цементирующую фиброму, позднее в ней образуются участки, сходные с грубоволокнистой костью.

# ГИГАНТОКЛЕТОЧНЫЕ ПОРАЖЕНИЯ

- **ПЕРИФЕРИЧЕСКАЯ ГИГАНТОКЛЕТОЧНАЯ ГРАНУЛЁМА (ГИГАНТОКЛЕТОЧНЫЙ ЭПУЛИС)** НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ 40—60 ЛЕТ. ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РЕЦИДИВИРУЕТ В 10% СЛУЧАЕВ. РАСПОЛОЖЕНА ИЛИ ТОЛЬКО В ТКАНИ ДЕСНЫ ИЛИ ЧАСТИЧНО ПОГРУЖЕНА В КОСТНУЮ ТКАНЬ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА ЧЕЛЮСТИ. УЗЕЛОК БУРОВАТО-КРАСНОГО ЦВЕТА, ОБЫЧНО ДО 2 СМ В ДИАМЕТРЕ, НА ШИРОКОМ ОСНОВАНИИ ИЛИ НА НОЖКЕ. ЧАСТО ПРОИСХОДИТ ИЗЪЯЗВЛЕНИЕ ДЕСНЫ НАД ГРАНУЛЁМОЙ. МИКРОСКОПИЧЕСКАЯ КАРТИНА ОПИСАНА НИЖЕ ПРИ ХАРАКТЕРИСТИКЕ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГИГАНТОКЛЕТОЧНОЙ ГРАНУЛЁМЫ. ПРАКТИЧЕСКИ ПОСТОЯННО ОБНАРУЖИВАЮТСЯ ПРИЗНАКИ ВОСПАЛЕНИЯ. ВОЗМОЖНЫ ОЧАГИ КАЛЬЦИНОЗА И ОБРАЗОВАНИЕ КОСТНОЙ ТКАНИ. ПРИ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗЕ В КОСТЯХ РАЗВИВАЮТСЯ ПОРАЖЕНИЯ АНАЛОГИЧНОГО СТРОЕНИЯ; ОНИ НАЗЫВАЮТСЯ «БУРЫМИ ОПУХОЛЯМИ».

# ГИГАНТОКЛЕТОЧНЫЕ ПОРАЖЕНИЯ

- **ЦЕНТРАЛЬНАЯ ГИГАНТОКЛЕТОЧНАЯ ГРАНУЛЁМА.** Обычно поражается нижняя челюсть, особенно передние её отделы. Изредка достигает больших размеров (до 10 см). Образована многоядерными гигантскими клетками типа остеокластов и веретеновидными клетками. Последние обнаруживают многочисленные фигуры митоза. Обычно выявляются кровоизлияния и зёрна гемосидерина (особенно по периферии очагов поражения). Возможны фокальный фиброз, образование остеоида или костной ткани.  
Различают *агрессивные* и *неагрессивные* гигантоклеточные гранулёмы. Агрессивные гранулёмы, как правило, болезненны, обладают место-деструктурирующим ростом, более клеточной стромой, более крупными гигантскими клетками, часто рецидивируют.