

## ГІСТОГЕНЕТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ОДОНТОГЕННИХ ПУХЛИН

Українська медична стоматологічна академія (м. Полтава)

sudmed.umsa@i.ua

**Вступ.** Питання діагностики, лікування та профілактики новоутворень щелепно-лищевої області – важлива проблема онкології на сучасному етапі, пов'язана з визначенням гістогенезу пухлин.

Голова та шия займають 9% всієї поверхні організму людини. Однак, патологічні утворення, що розвиваються в щелепно-лищевої області, надзвичайно різноманітні за своїм генезом в зв'язку з тим, що в формуванні органів і тканин голови беруть участь всі три зародкових листка. Крім того, тут можливе утворення пухлин, характерних тільки для даної області (пухлини слинних залоз, одонтогенні пухлини). До доброякісних новоутворень відносять пухлини самі різні по морфології, але, які володіють однією прогностично сприятливою властивістю – вони повільно ростуть і не метастазують, нерідко взагалі припиняючи своє зростання та зазнають інволюційних змін [1].

Організація якісної онкологічної допомоги та профілактика злоякісних новоутворень на сьогодні залишаються актуальними в державі, тому що ця група захворювань на протязі останніх років стійко займає друге місце в структурі смертності населення, насамперед, працездатного віку, поступаючись тільки патології серцево-судинної системи [2].

Пухлини різної локалізації класифікують, враховуючи анатомічні, клінічні та морфологічні данні. Для систематизації номенклатури онкологічних захворювань створена Міжнародна гістологічна класифікація пухлин, котра періодично переглядається. Первинний діагноз пухлини, як правило, встановлюється на підставі анатомічної ознаки і клінічних проявів захворювання. Кінцевий діагноз пухлини може бути встановлений лише після морфологічної верифікації [3].

Питання діагностики пухлин є важливим при визначенні тактики подальшого лікування хворого.

Завдяки комплексному морфологічному дослідженню встановлені морфологічні особливості пухлин, згідно гістологічній класифікації одонтогенних пухлин [4,5,6].

Амелобластома: адамантинома, адамантинна епітеліома, адамантинобластома, епітеліальна одонтома – доброякісна пухлина з одонтогенного епітелію з ознаками місцево-деструктивного зростання. Часто виникає у людей 30-50 років. Найбільш типова локалізація (80%) – нижня щелепа (ділянка молярів, премолярів, вугол і тіло щелепи). Значно рідше зустрічається в ділянці різців. На верхній щелепі пухлина нерідко проростає у верхньощелепну пазуху, іноді розповсюджується на основу черепа. Росте поволі і тривалий час безсимптомно.

Рентгенологічно визначається полікістозна, рідше – монокістозна деструкція кістки: тень гомогенна чи дрібнопориста, нагадує бджолині соти, або мильні

бульбашки. Дійсні межі пухлини на рентгенограмах не визначаються.

Макроскопічно щелепа веретеноподібно потовщена, кісткова тканина піддається резорбції та оточує пухлину у вигляді тонкої шкаралупи. На окремих ділянках пухлина розташовується в прилеглих м'яких тканинах. На розрізі є новоутворення, представлені сірувато-рожевою дрібнозернистою тканиною і багатьма кістами. Не має вогнищ звапніння. При кістозному варіанті виявлено значні за розмірами багато чи однокамерні кісти з гладкими, іноді потовщеними стінками. Гістологічно розрізняють фолікулярний плексиформний, акантоматозний, базально-клітинний, зернисто-клітинний варіанти будови пухлини.

Найбільш типовий фолікулярний тип будови, представлений епітеліальними комплексами різної величини, що нагадують емалевий орган зубного зачатка, який розвивається. По периферії комплексів розташовуються високі циліндричні клітини. У центрі цих комплексів клітини лежать пухко, набувають зірчастої форми і вся структура нагадує зірчастий ретикулум емалевого органу. Між відростками зірчастих клітин утворюються дрібні круглі та овальні вільні проміжки, заповнені рідиною. У деяких випадках простори зливаються, утворюють дрібні та крупні кісти, вистелені сплосченим епітелієм. У прикордонній зоні між зірчастими та циліндричними клітинами розташовані кубічні, або полігональні елементи. Рідше клітини центральних відділів комплексів мають полігональні контури та оксифільну цитоплазму, що нагадують клітинні елементи шипуватого шару плоского епітелію. У випадках, коли такі клітини переважають, вони іноді формують рогові перлини, тому пухлина належить до акантоматозного варіанту будови.

Плексиформний варіант характеризується тяжкими епітелію з неправильними контурами, які переплітаються у вигляді мережі. По периферії тяжи обгороджені циліндричними або кубічними клітинами, у центрі є фокуси ретикулярного епітелію чи скупчення клітин полігональної форми. Часто утворюються кісти через дегенеративні процеси в стромі.

Окремі пухлини побудовані з тяжів і комплексів клітин, які нагадують елементи базаліом шкіри – базально-клітинний варіант. Загальноприйняте, що цей варіант розвивається з покривного епітелію слизової оболонки порожнини рота. Диференціальний діагноз проводять з внутрішньокістковим варіантом аденокістозного раку – циліндромаю.

Іноді в пухлині є комплекси, центральні відділи яких майже повністю представлені клітинами, що мають у цитоплазмі крупні оксифільні гранули, скуп-

чення яких зміщують ядро до периферії клітин – зернисто-клітинний варіант.

Часто в одній пухлині виявляються ділянки, побудовані за різним типом. Навколо окремих пухлинноподібних комплексів можна виділити різко гіалінізовану строму, зрідка визначають відкладення аморфної речовини, що нагадують матрикс твердих тканин зуба. У деяких випадках в амелобластомі можуть виникати стінки фолікулярних одонтогенних кіст [7].

Кальцифікована епітеліальна одонтогенна пухлина – самостійна нозологічна форма з певною клінічною і біологічною характеристикою. Трапляється у хворих 20-60 років, найчастіше з 40 років. Близько 2/3 новоутворень локалізуються в нижній щелепі у ділянці молярів і премолярів, майже завжди це пов'язано з коронкою зуба, який не прорізувався. Пухлина володіє ознаками місцево-деструктивного зростання. Рентгенологічно визначається нечітке прояснення кісткової тканини з щільними масами різного розміру, часто спаяних із зубом, який не прорізувався. Макроскопічно щелепа роздута, заміщена в ділянці ураження рихлою тканиною сірого кольору з дрібними й крупнішими щільними масами, серед яких визначаються частини зуба.

Гістологічно щелепа представлена полями великих полігональних клітин із вираженою еозинофілією. Ядра розташовуються центрально, варіюють за формою та розмірами, частина клітин із дрібними пікнотичними ядрами. У клітинних полях виявляють відкладення аморфної еозинофільної речовини, яка нагадує амілоїд. Ця речовина часто піддається кальцинації, завдяки якій утворюються базофільні включення неправильної, рідше – округлої форми. Деякі автори зазначають про схожість будови аморфної речовини пухлини за емалевим матриксом, який формується з фіблярного білка.

Амелобластична фіброма. Вона виділена в самостійну форму одонтогенних пухлин з групи новоутворень, що раніше називали «м'яка одонтома». Із цієї ж групи виділена і одонтогенна фіброма. Пухлина найчастіше трапляється в дітей, рідко – у осіб старше 21 року. Переважна локалізація – нижня щелепа, особливо ділянка премолярів і молярів. У хлопчиків частіше проявляється, ніж у дівчаток [8].

Рентгенологічно пухлина не відрізняється від однокамерної амелобластоми – виявляється розрідження кісткової тканини чіткими межами.

Макроскопічно щелепа деформована, часто відсутні декілька зубів. На розрізі в осередку ураження є м'якоеластична тканина сірувато-білого кольору.

Мікроскопічно пухлина представлена острівцями й тяжами одонтогенного епітелію, розташованого в клітинно-волоконистій тканині, що нагадує тканину зубного сосочка в зачатку. Епітеліальні острівці бувають різної величини, іноді в центрі комплексів відбувається ретикулювання епітелію, але кісти трапляються рідко. По периферії комплекси обгороджені циліндровими чи кубічними клітинами, або епітелій утворює тяжи, що переплітаються, із двох рядів клітин кубічної форми. Сполучнотканинний компонент пухлини має більшу кількість клітин, ніж в амелобластомі. Клітини округлі або видовжені, лежать між ніжними пучками колагену. Іноді навколо епітеліальних комплексів визначається гіалінізована без-

клітинна гомогенна зона. Проте елементи твердих тканин зубів не виявляються.

Аденоматозна одонтогенна пухлина (аденоамелобластома) виділена в самостійну форму з амелобластів і становить близько 4% всіх одонтогенних пухлин. Трапляється часто у 20 річних, з однаковою частотою, як у жінок, так і чоловіків. Поширена локалізація – ділянка ікол і премолярів верхньої щелепи. Нижня щелепа вражається в 2 рази рідше. Часто це пов'язано з тим, що зуб, який не прорізувався, може як рентгенологічно, так і макроскопічно нагадувати кісту прорізування. Діагностично важливою особливістю є наявність в пухлині кальцинованих твердих тканин зуба.

Макроскопічно виглядає як багатокамерна кіста, яка має потовщені стінки і перегородки, з включеннями твердих тканин.

Мікроскопічно побудована із залозисто-подібних структур, утворених кубічним епітелієм. Епітелій подекуди формує тяжі, кільцеподібні структури, або лежить вираженими острівцями. У товщі залозисто-подібних структур виявляється оксифільний матеріал, який нагадує дентин і IIIІК-позитивну реакцію. У певних випадках відмічається виражене звапніння [9].

Одонтогенна кіста, яка кальцинується. Пухлинноподібне утворення одонтогенної природи, вперше виділено J.J. Pindborg (1958). Вважають, що кальцинована одонтогенна кіста формується із редукованого емалевого органу. Характерна її поява на 4-му десятиріччі життя. Локалізується в ділянці премолярів. Утворення кісти часто пов'язано із зубом, який не прорізувався; вона здатна до місцевого деструктивного росту.

Рентгенологічно – просвітлення ділянки ураження з чіткими контурами, на тлі якого видно ділянки інтенсивного затемнення – кальцити.

Макроскопічно виявляється порожнина з нерівномірно потовщеною оболонкою, на якій виявляються накладення горбистих бурих нашарувань.

Мікроскопічно кіста вислана пластом багатоядерного плоского епітелію з чітко вираженим базальним шаром циліндричних клітин. В епітеліальному шарі іноді відмічається ретикулярне утворення, яке нагадує амелобластому; тому кісту раніше розглядали як атипичну амелобластому. Найбільш характерною рисою новоутворення є скупчення в епітелії клітин-тіней, які нагадують подібні в мінералізованій епітеліомі Малерба; часто клітини-тіні піддаються звапнінню. Іноді під епітелієм розташовується шар диспластичного дентину. Весь комплекс описаних змін може спостерігатися і при складній одонтомі, або нагадувати тканини амелобластичної фіброодонтоми. Для диференціювання клітин-тіней від інших оксифільних мас можуть бути використані забарвлення по Ван-Гізоні або флуоресценції з родаміном, які дозволяють встановити, що ці клітини відносяться до зроговілих. Дуже рідко в епітелії міститься меланіноподібна речовина.

Дентинома – дуже рідкісна доброякісна одонтогенна пухлина, що складається з тяжів одонтогенного епітелію, розташованих в незрілій сполучній тканині з ознаками утворення диспластичного дентину [10].

Амелобластична фіброодонтома – пухлина з групи складних одонтом, яка складається з ділянок, що мають будову амелобластичної фіброми і відкла-

день дентину та емалі. Епітелій не утворює типових комплексів амелобластоми. Мезенхімний компонент нагадує тканина зубного сосочка.

Одонтоамелобластома – дуже рідкісна пухлина, представлена структурами амелобластоми, що поєднуються з відкладеннями дентину і емалі, які іноді нагадують зачаток зуба. Має, як і амелобластома, місцевий деструктивний ріст.

Одонтома виникає як результат порушення розвитку зуба. Найчастіше розвивається в період формування постійних зубів. Рідко досягає великих розмірів, росте поволі. Зустрічається у верхній щелепі дещо частіше, ніж в нижній, переважно в ділянці премоларів. Її формування часто пов'язано з відсутністю зубів і деформацією щелепи.

Рентгенологічно визначається вузлувате щільне утворення, облямоване світлою чіткою смугою.

Макроскопічно різноманітна: від невеликих утворень, що нагадують недорозвинений або деформований зуб, до масивних конгломератів, які складаються з декількох зубоподібних утворень, що легко розділяються або щільно спаяні; оточена капсулою. Іноді містить кістки, заповнені світлою рідиною.

По мікроскопічній будові одонтоми ділять на прості та складні; у свою чергу складні одонтоми можуть бути змішаними і складеними. Проста тверда одонтома представлена тканинами одного зуба, змішаними в різних поєднаннях. Складна змішана одонтома складається з безладно перемішаних зубних тканин декількох зубів. Невеликі острівці емалі контактують та включені в великі зони дентину або цементу. Серед обвапнених мас зустрічаються ділянки сполучної тканини з острівцями одонтогенного епітелію. Окремі зуби сформовані правильно і містять порожнину з пульпою. Складна складена одонтома відрізняється тим, що складається з чисельних, правильно сформованих, спаяних між собою деформованих зубів. Проте абсолютно достовірні критерії диференціювання цих двох видів складних одонтом відсутні [11].

Фіброма (одонтогенна фіброма) доброякісна пухлина з клітинно-волокнистої тканини і тяжами одонтогенного епітелію. Складає близько 3% всіх одонтогенних пухлин. Зустрічається частіше у дітей, локалізується зазвичай в нижній щелепі.

Рентгенологічно – прозора тінь з чіткими межами, на тлі якої можна бачити включення зубних конгломератів; місцями відмічається руйнування кортикальної пластинки.

Макроскопічно щелепа роздута. На розрізі виявляється сірувато-біла щільна еластична тканина з дрібними порожнинами і ділянками міксоматозного вигляду, зустрічаються сформовані зуби, або їх конгломерати.

Походження пухлини пов'язують із мезенхімною тканиною (періодонтальна оболонка, зубний сосочок, зубний фолікул). Пухлина часто пов'язана із зубом, що не прорізається.

Мікроскопічно представлена полями фіброзної тканини з вкрапленнями одонтогенного епітелію у вигляді тяжів, дрібних острівців без ознак ретикулярних структур. Іноді зустрічається цементоподібна речовина. Інколи одонтогенна фіброма може локалізуватися зовні кістки, в м'яких тканинах порожнини рота, що викликає необхідність диференціювати її

від периферичної амелобластоми. Диференціальний діагноз ґрунтується на відсутності у фібромі фолікулярних структур [12].

Міксосома (міксифіброма) – це пухлина гістогенетично тісно пов'язана з одонтогенною фібромною. Зазвичай виявляється у віці 10-30 років, значно частіше в нижній, ніж у верхній щелепі. Ріст пухлини може бути швидким і залежить, ймовірно, від збільшення основної мукоїдної речовини. Пухлина не завжди інкапсульована, тому її не у всіх випадках вдається повністю видалити при операції кюретажа, що обумовлює часте рецидивування.

Рентгенологічно визначається розрідження кістки з досить чіткими межами.

Макроскопічно пухлина має вид вузла без чітких меж, що складається з жовтувато-білої слизової тканини.

Мікроскопічно в мукоїдній стромі розташовуються клітини зірчастої форми з анастомозуючими відростками, подекуди зустрічаються пучки колагенових волокон, іноді гіалінізовані. Зрідка в пухлині можна виявити дрібні острівці одонтогенного епітелію, місцями оточеного гіалінізованою стромою [13].

Цементома – це група доброякісних пухлин, основною рисою яких є наявність цементоподібної тканини. До цієї групи входять доброякісні цементобластома, фіброма, що цементується, періапикальна цементодисплазія і гігантоформна цементома (сімейні множинні цементоми). Перераховані пухлини майже завжди пов'язані із зубами, ростуть поволі. Зустрічаються частіше у віці 10-20 років, рідше – на 4-му десятиріччі життя. Часто рецидивують. Локалізуються переважно в нижній щелепі, в ділянці премоларів і нижніх різців.

Рентгенологічно – чітка тінь, яка по щільності відповідає кістці, облямована прозорою смугою немінералізованої тканини, іноді видно ділянки, схожі по щільності з тканинами зуба. В окремих випадках тінь прозора із численними щільними включеннями.

Макроскопічно виявляється частково щільна еластична тканина з дрібними кальцифікатами, або тканина, яка відповідає слабомінералізованій кістковій тканині (може різатися ножом); зустрічаються і щільніші ділянки.

Мікроскопічно доброякісна цементобластома (дійсна цементома) утворена цементоподібною тканиною у вигляді химерних комплексів, що переплітаються, із слідами перебудови і ліній склеювання, що додає картині схожості із змінами при хворобі Педжета. Пухлина часто пов'язана з корінням премоларів і молярів. Гістологічно нагадує остеїд-остеоми, остеобластоми, атипичну остеогенну саркому, у зв'язку з чим необхідне ретельне клініко-рентгенологічне дослідження для встановлення зв'язку новоутворення із зубами. Після видалення доброякісна цементобластома не рецидивує [14].

Цементуюча фіброма представлена пучками клітинно-волокнистої тканини, які переплітаються, між якими розташовуються численні інтенсивно обвапнені округлі або фрагментарні маси (цементиклі). У початкових стадіях формування ці утворення дрібні, лежать ізольовано, в подальшому вони можуть зливатися в досить крупні конгломерати, і тому подібні ділянки нагадують доброякісну цементобластоми.

Близько по структурі до цієї пухлини знаходиться періапікальна цементодисплазія, яка на ранніх стадіях розвитку схожа з фібромою, що цементується, але розташовується, як правило, в ділянці верхівок коренів нижніх різців. У подальшому в ній утворюються ущільнені ділянки, які відповідають по будові грубій волокнистій кістці. З періапікальною цементодисплазією необхідно диференціювати ділянки репаративної кістки, обумовлені травмами, часто в ділянці передніх зубів.

Гігантоформна цементома – форма дисплазії або аномалії розвитку, що характеризується утворенням в різних відділах щелеп мас інтенсивно обвапненої майже безклітинної цементоподібної речовини. Маси можуть досягати великих розмірів і деформувати щелепу, іноді вони розташовуються в кістці симетрично [15].

Меланотична нейроектодермальна пухлина дітей раннього віку (меланотична пронома, меланоамелобластома). Пухлина зустрічається переважно у дітей 1-2 років; складає 1% пухлин цього віку. Тривалий час генез пухлини пов'язували із редукованим емалевим органом із-за локалізації в щелепі і схожості окремих клітин з епітелієм. Ці уявлення відображає один з синонімів – меланоамелобластома. В даний час встановлено, що пухлина походить з клітин неврального гребінця і тому отримала назву

меланотичної нейроектодермальної. Локалізується в передніх відділах верхньої щелепи, може розташовуватися по типу епуліса в кістці. Відрізняється швидким ростом, деформує щелепу, викликає екзофтальм, часто рецидивує – до 15% всіх спостережень. Може призводити до смертельного результату у зв'язку з ураженням основи черепа і довгастого мозку, особливо у дітей до 1 року [16].

Рентгенологічно – руйнування кістки, тінь гомогенна; відмічається зміщення зубів. Макроскопічно вид пухлини строкатий: ділянки сірувато-білої тканини чергуються з ділянками бурого, або чорного кольору. Кісткова тканина зруйнована.

Мікроскопічно в клітинно-волокнистій тканині розташовуються тяжі, острівці, іноді залозисто-подібні і альвеолярні структури з округлих, овальних або циліндрових клітин, цитоплазма яких заповнена зернами бурого пігменту. У інших ділянках виявляються поля дрібних лімфоцитоподібних клітин, не створюючи яких-небудь структур. Частина цих клітин також містить пігмент [17].

**Висновки.** Таким чином доброякісні пухлини є актуальною проблемою не тільки сучасної стоматології, але й патоморфології. Тому необхідно вдосконалювати методи морфологічної верифікації даної групи пухлин для більш якісного лікування.

### Література

1. Len'kova II, Parkhimovich NP. Dobrokachestvennyye neodontogennyye opukholi kostey chelyustno-litsevoy oblasti. Minsk: BGMU; 2009. 32 s. [in Russian].
2. Sokolova NA, Voloshina LI, Skikevich MG. Zabolevayemost' zlokachestvennyimi novoobrazovaniyami chelyustno-litsevoy lokalizatsii. V: Pokhoden'ko-Chudakova IO, redaktor. Parinskiye chteniya 2014. Integrativnaya meditsina v chelyustno-litsevoy khirurgii i stomatologii. Sbornik trudov nauch.-prakt. konf. s uchastiyem DMS. Minsk: 2014. s. 345-8. [in Russian].
3. Shargorodskiy AG, Rutskiy NF. Dobrokachestvennyye i zlokachestvennyye opukholi myagkikh tkaney i kostey litsa. Moskva: VUNMTS; 1999. 192 s. [in Russian].
4. Bagriy MM, Dibrova VA, redaktor. Metodiki morfologichnikh doslidzhen'. Vinnitsya: Nova kniga; 2016. 328 s. [in Ukrainian].
5. Belyayev AM, redaktor. Mezhdunarodnaya klassifikatsiya bolezney – onkologiya (MKB-O), 3 izdaniye, 1 peresmotr. Spb.: Izd-vo «Voprosy onkologii»; 2017. 352 s. [in Russian].
6. International classification of diseases for oncology (ICD-O) – 3rd edition, 1st revision. 1. Neoplasms – classification. I. World Health Organization. Available from: ISBN 978 92 4 154849 6.
7. Matveyeva OV, Zhandarova LF, Pavlenko NN, Kesov LA. Ispol'zovaniye morfologicheskikh metodov issledovaniya v diagnostike pervichnykh i vtorichnykh opukholey kostey. Saratovskiy nauchno-meditsinskiy zhurnal. 2016;12(4):566-70. [in Russian].
8. Avetikov DS, Yatsenko IV. Sovremennyye podkhody k klassifikatsii kist chelyustey. Problemnyye yekologii ta meditsini. 2012;16(1-2):3-6. [in Russian].
9. Sokolova NA, Avetikov DS, Ruzin GP. Peredovyye obyazannosti zaklyuchennogo: slovesnyy posyl'nik. Poltava: ASMf; 2012. 66 s. [in Russian].
10. Khar'kov LV, redaktor. Khirurgicheskaya stomatologiya i klinika detskoj khirurgii: meditsinskiy fakul'tet. Meditsina; 2015. 496 s. [in Russian].
11. Gasyuk AP, Rybalov OV, Dubrovina YeV. Gipoteza morfogeneza opukholey slyunnykh zhelez. Mater. III Vserossiyskoj n.-pr. konf. s mezhdunar. uch. «Zabolevaniya i povrezhdeniya slyunnykh zhelez. Regional'nyye osobennosti». Barnaul: 2014. s. 64-6. [in Russian].
12. Pachet AI. Opukholi golovy i shei. Klinicheskoye rukovodstvo. Moskva: Prakticheskaya meditsina; 2013. 478 s. [in Russian].
13. Timofeyev AA. Chelyustno-litsevaya khirurgiya. Kiyev: VSI Meditsina; 2010. s. 57-61. [in Russian].
14. Holcomb GW, Murphy JP. Ashcraft's pediatric surgery. 5th ed. Philadelphia: SAUNDERS ELSEVIER; 2010. 1101 p.
15. Kasana P, Sadiq H, Priya S. Odontogenic Tumors. IP Innovative Publication Pvt. Ltd; 2017. 81 p.
16. Shums'kiy AV. Onkologiya dlya stomatologov. Stomatologiya dlya onkologov. Moskva; 2016. 384 s. [in Russian].
17. Bondar' GV, Dumanskiy YuV, Popovich AYU. Onkologiya. Kiyev; 2015. 576 s. [in Russian].

### ГІСТОГЕНЕТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ОДОНТОГЕННИХ ПУХЛИН

**Дев'яткін О. Є.**

**Резюме.** В даній статті наведені результати дослідження новоутворень щелепно-лицевої області, описані одонтогенні пухлини, які найбільш часто зустрічаються і характеризуються доброякісним перебігом.

На основі проведених гістологічних і гістохімічних досліджень видалених пухлин щелепно-лицевої ділянки, співставлення з ембріогенезом, визначений гістологічний розвиток (гістогенез) різних їх типів. В подальшому, при пролонгованому спостереженні хворих, можливо прогнозувати ступінь злоякісності кожного типу пухлини.

**Ключові слова:** пухлини, доброякісні новоутворення, морфологічні особливості пухлин, діагностика.

### ГИСТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОДОНТОГЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ

Девяткин А. Е.

**Резюме.** В данной статье приведены результаты исследования новообразований челюстно-лицевой области, описаны наиболее часто встречающиеся одонтогенные опухоли, которые характеризуются доброкачественным течением.

На основании проведенных гистологических и гистохимических исследований опухолей челюстно-лицевой области, сопоставления с эмбриогенезом, определено гистологическое развитие (гистогенез) разных их типов. В дальнейшем, при пролонгированном наблюдении больных, возможно прогнозировать степень злокачественности каждого типа опухоли.

**Ключевые слова:** опухоли, доброкачественные образования, морфологические особенности опухолей, диагностика.

### HISTOGENETIC CHARACTERISTICS OF ODONTOGENIC TUMOURS

Deviatkin O. Ye.

**Abstract.** Diagnosis, treatment and prevention of neoplasms of the maxillofacial area are seen as important and challenging for oral and maxillofacial surgeons and oncologists. Although the head and neck make up of about 9% out of the total body surface, pathological entities developing in the maxillofacial area are heterogenous in their genesis that can be explained by the fact that maxillofacial organs and tissues originate from three distinct germ layers. There are some tumours typical for this area only (odontogenic tumours).

The prognosis for odontogenic tumours is of great clinical and scientific interest. This is mainly determined by the rate of neoplasm progression and metastasis spreading. Therefore, pathohistological diagnosis is critical in selecting treatment modalities, management and prognosis of odontogenic tumours.

This article presents the results of the study of tumours of the maxillofacial area, describes the most common odontogenic tumours that are characterized by a benign course.

Specimens of tissues with atypism were fixed in a 10% buffered formalin solution. Then, they were cut and stained with standard hematoxylin-eosin; histochemical methods were applied. Histological studies were carried out according to the instructions set forth in the manuals on histological and histochemical techniques. Anatomical, clinical and morphological data were focused on during the studies.

Based on the results of histological and histochemical investigations of maxillofacial tumours, comparison with embryogenesis, we determined the histological development (histogenesis) of their different types. In addition to the histological characteristics of tumours, this investigation enables to draw conclusions about the quality of the operation. Studying the resection margins, specifying the tumour local stage through prolonged follow-up will help to predict the degree of malignancy for each type of tumour.

This study emphasizes the paramount necessity for clinicians in improving the quality in diagnosis of neoplasms and active interest towards the issues.

**Key words:** neoplasm, benign tumours, morphological characteristics, diagnosis.

*Рецензент – проф. Старченко І. І.  
Стаття надійшла 05.05.2019 року*