

Одонтома: клініко-морфологічна характеристика та принципи лікування

П.І.Ткаченко, І.І.Старченко, С.О.Білоконь, О.В.Гуржій

ВДНЗУ “Українська медична стоматологічна академія” (м. Полтава)

Одонтома є досить поширеним утворенням, з яким стикається під час щоденного надання спеціалізованої медичної допомоги населенню хірург-стоматолог, в тому числі і дитячий. Попри це, діагностика, вибір лікувальної тактики й метода хірургічного втручання, шляхи попередження рецидивів та виникнення можливих ускладнень від їх наявності в щелепних кістках інколи можуть створювати певні труднощі навіть для досвідчених фахівців. Враховуючи те, що в різних літературних джерелах зазначені питання висвітлені, на наш погляд, досить неповно й уривчасто, а в клініці кафедри дитячої хірургічної стоматології з пропедевтикою хірургічної стоматології ВДНЗУ “Українська медична стоматологічна академія” накопичений чималий досвід лікування пацієнтів з одонтомами, ми вирішили представити широкій стоматологічній спільноті дану роботу, яка являється результатом узагальнення літературних даних та власних спостережень щодо зазначеної нозологічної форми захворювання.

Отже, на даний час більшістю представників сучасної медичної спільноти визнано, що одонтома (ОД) – це доброякісна пухлина із епітеліального і мезенхімального компонентів зубоутворюючих тканин, котра є результатом їх диференціювання із утворенням структур, подібних складовим компонентам зубів на різних стадіях розвитку. Однак, з огляду на те, що в ОД емаль, дентин, пульпа та цемент можуть досягати різного ступеня зрілості, частина патоморфологів не вважають її істинною пухлиною, розглядаючи це утворення як ваду розвитку зубів (гамартома) або пухлиноподібний процес [4, 6, 7, 9, 12].

На думку О.І.Євдокімова, одонтоми є найтипівішими представниками одонтогенних пухлин, зустрічаючись у 7% випадків в структурі доброякісних пухлин і пухлиноподібних утворень щелеп та частіше виникаючи в ділянці молярів нижньої щелепи у людей молодого віку в період формування постійного прикусу [5].

Зазвичай одонтоми – це невеликі утворення, що локалізуються, переважно, всередині альвеолярного відростка, а пухлини більших розмірів розташовуються в центральних відділах щелеп. На нижній щелепі вони можуть охоплювати не тільки тіло, але і гілку, а на верхній – виповнювати всю верхньощелепну пазуху, призводячи до деформації обличчя. Відомі випадки, коли від кістки в ділянках наявності одонтом залишались лише її тонкі прошарки, а місцями вона взагалі розсмоктувалась та роз'єднані частини щелепи утримувались лише пухлиною [7].

Не беручи до уваги наведені вище окремі ознаки великих одонтом, зазначимо, що вони, зазвичай безсимптомно збільшуючись і повільно стоншуючи компактну кісткову пластинку щелепи, можуть проростати безпосередньо під слизово-окісний покрив щільним випинанням з нерівною поверхнею. В подальшому виникають перфорації окістя та слизової оболонки, котрі, травмуючись зубами-антагоністами, утворюють виразки з твердим дном або норицю з імітуванням хронічного остеомієліта, а інфікування прилеглих м'яких тканин викликає спалахи запалення подібно періоститу, ще більше змінюючи клінічні прояви захворювання [2]. Здебільшого в місці безпосередньої локалізації ОД спостерігається адентія [8].

Дослідники зазначають, що макроскопічно на декальцинованих препаратах або шліфах одонтом можна побачити зрізи окремих ділянок повноцінних за анатомічною будовою зубів поряд із наявністю зубних тканинних структур з порушеними топографічними співвідношеннями:

подібне пульповій камері утворення обмежене шаром емалі, зануреної у розташовані навколо цемент або дентин. В інших випадках ОД складається із перемішаних зубних тканин, зпаяних між собою цементом або кісткою чи відмежованих сполучнотканинним прошарком, поряд з якими нерідко зустрічається сформований зуб. Однак пухлина може складатися і з однієї зубної тканини (емалі, дентина, цемента) або із її незвапнених елементів [5].

Одонтома обмежена тонкою, сірувато-брудного кольору павутиноподібною оболонкою, яка легко розпадається та має зародкові росткові властивості. Однак деякі дослідники, припускаючи можливість такої її ролі в ембріональному періоді росту пухлини, наполягають на втраті таких властивостей оболонкою зрілої одонтоми [7].

Наведена макроскопічна картина ОД дає підстави припустити, що в її утворенні приймає участь декілька зародків зубів, розташованих у “звернутій в клубок” зубоутворюючій пластинці. Внаслідок взаємного здавлювання одних зародків іншими складається враження хаоса перемішаних зубних тканин, деформованих або частково нормально розвинутих зубів [4]. Описані випадки виявлення 200 і більше різного розміру утворень звичайної зубної або більш-менш зубоподібної конфігурації [6].

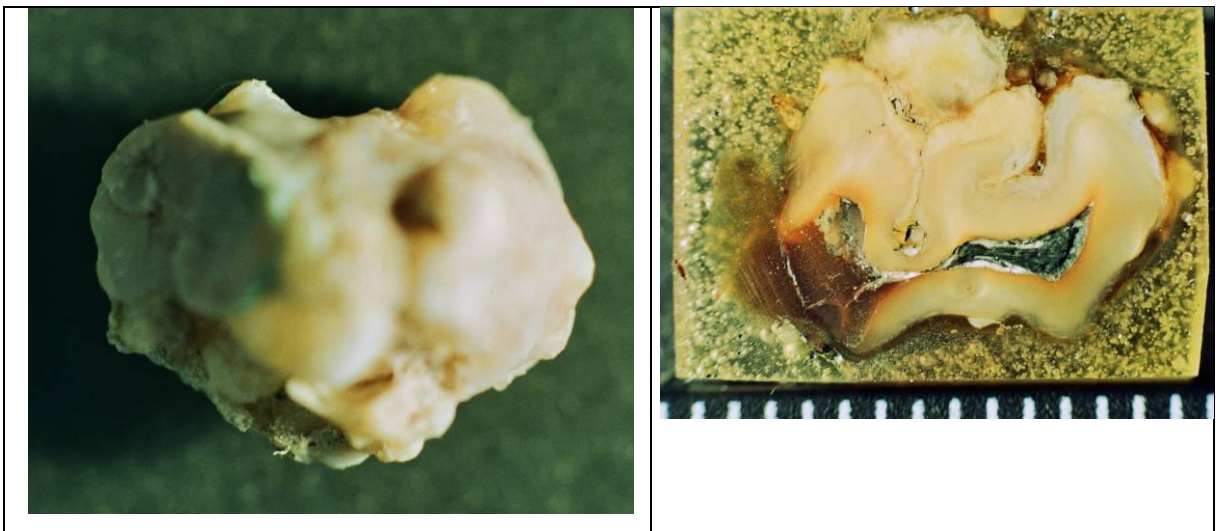
Одонтоми володіють особливостями, не притаманними іншим пухлинам. Зокрема, вони, за винятком м'якої одонтоми, мають межу росту, досягнувши якої стають стабільними та, знаходячись в щелепі, нічим себе не проявляють. Зазвичай, це спостерігається після завершення прорізування постійних зубів. Крім того, існує тісний зв'язок збільшення ОД з періодами формування і нормального прорізування зубів, що підтверджується посиленням росту пухлин в період змінного прикуса або формування й прорізування зубів мудрості. Отже, складові компоненти

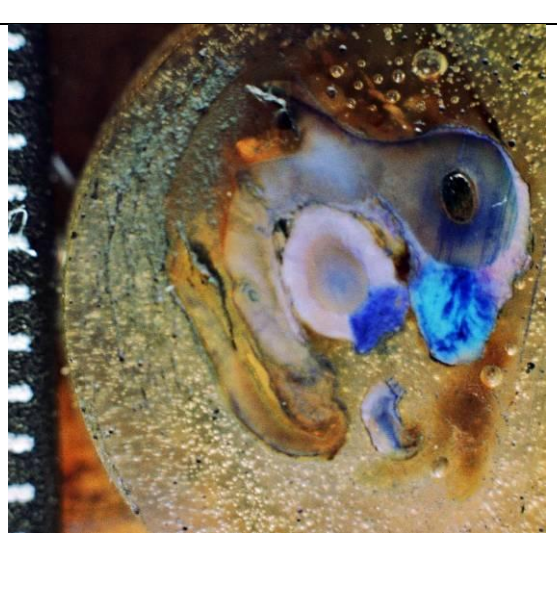
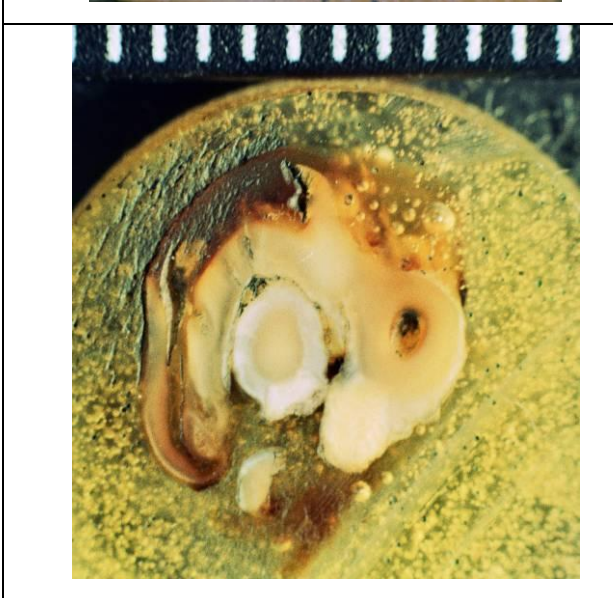
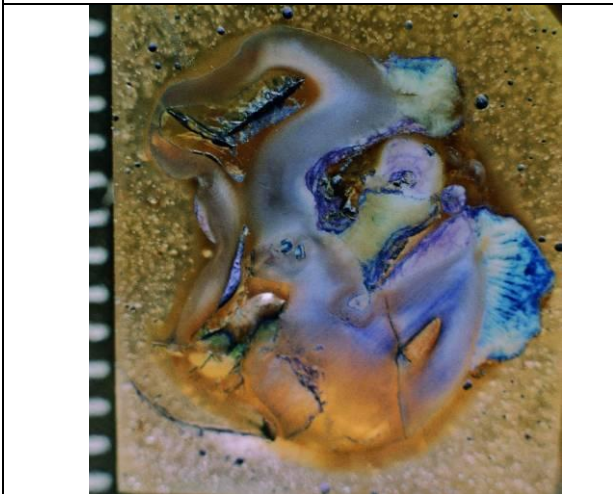
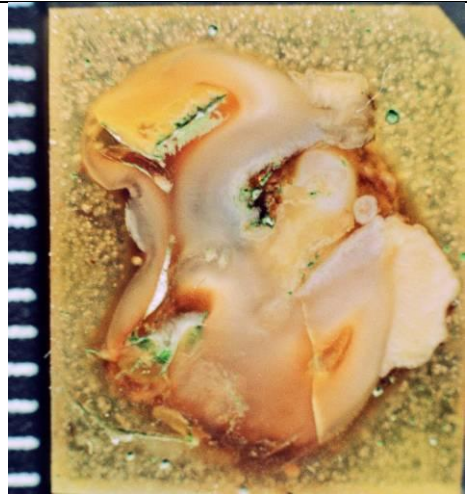
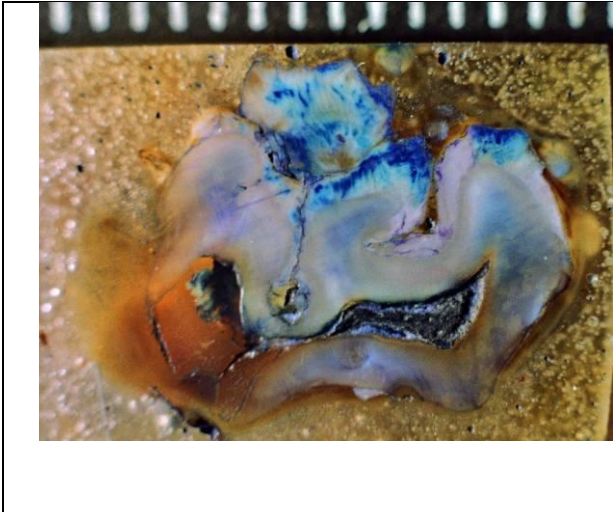
одонтом виникають і розвиваються синхронно із нормальним одонтогенезом [4, 5].

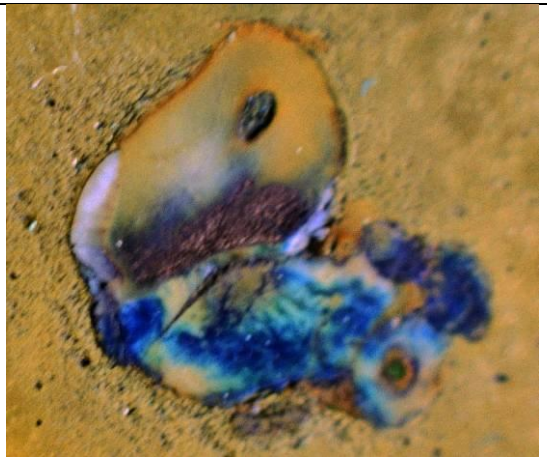
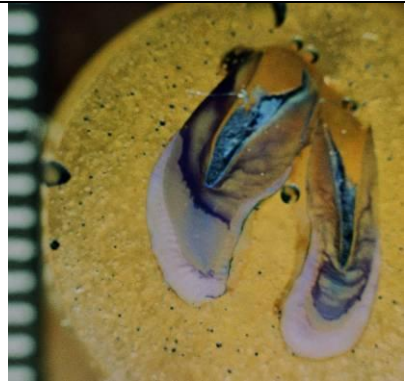
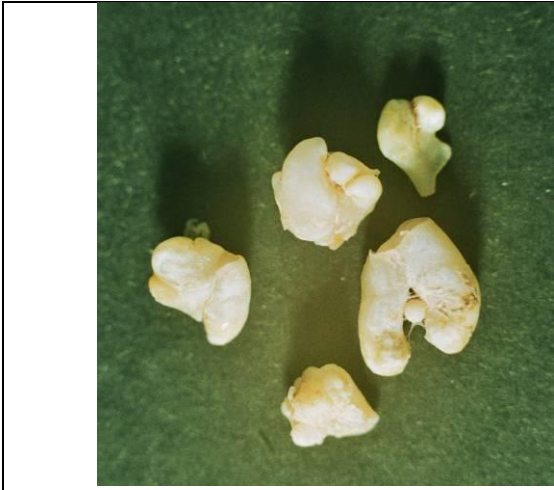
Класифікуючи одонтоми, науковці виділяють їх тверду та м'яку форми.

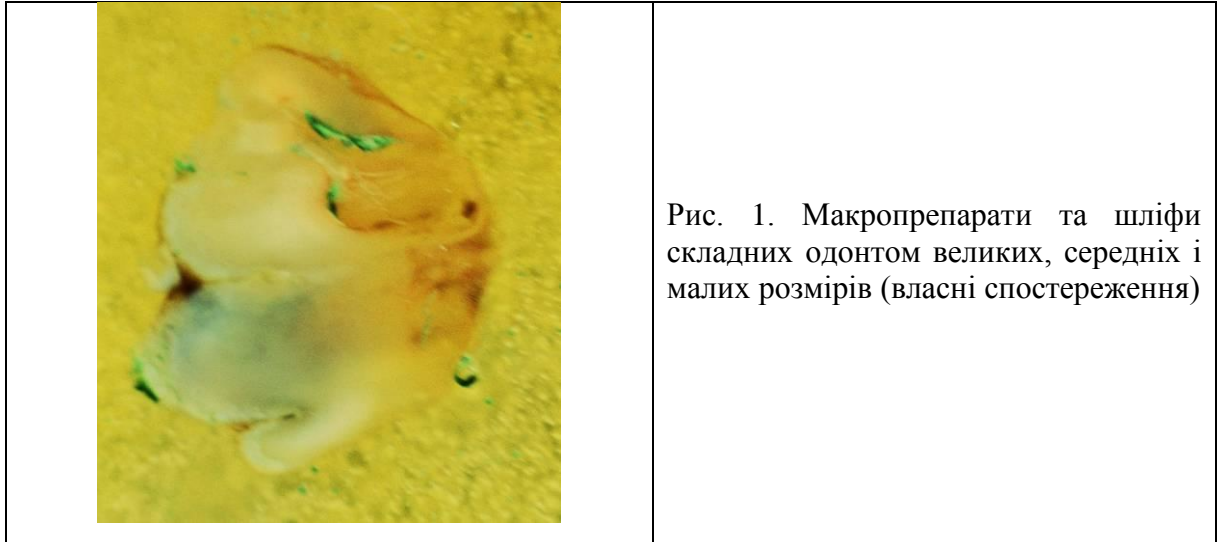
Тверда одонтома розвивається із одного або декількох зубних зачатків. Найбільш детальна класифікація твердих одонтом представлена в роботах О.І.Євдокімова (1959), який серед них відокремлює складні, складні змішані, прості повні (зубоподібної форми, округлої форми), прості неповні (кореневі, коронкові, пародонтоми), кістозні [6, 7].

Складна одонтома побудована з тканин декількох зубних зачатків, рудиментарних зубів або зубоподібних утворень (Рис. 1), злитих в один конгломерат чи розділених фіброзною тканиною. Цікаво, що І.І.Єрмолаєв спостерігав одонтоми із включенням декількох десятків, а Thoma і Тарії – декількох сотен рудиментарних зубів. У так званій *складній комплексній одонтомі*, незважаючи на неупорядковане розташування зубних тканин, прослідковується тенденція до формування структур, які нагадують зуб.









У *складній змішаній одонтомі* хаотично перемішані тверді та м'які тканини зуба, які утворюють конгломерат (*компаундодонтома*).

Деякі автори відокремлюють не визначену О.І.Євдокімовим так звану *складену одонтому*, що являє собою складну одонтому із декількох правильно сформованих, але деформованих зубів (зубоподібних елементів або *одонтоїдів*) з центрально розташованою в них пульпою. Макроморфологічно вона виглядає як інкапсульований вузлик з одонтоїдів, що легко розділяються між собою, кількість яких може сягати 100 і більше [5, 9].

Натомість *проста одонтома* складається із зубних тканин лише одного зубного зародка з порушенням нормального співвідношення емалі, дентина і цемента. При цьому *проста повна одонтома* – це інкапсульована, щільна маса округлої або овальної форми, розміром з лісовий горіх, без будь-яких зовнішніх ознак зуба або навіть його частини, представлена скупченням хаотично розташованих структур, більш-менш подібних до всіх тканин зуба. Натомість *проста неповна одонтома*, міцно зпаюючись із зубом або навколишньою кісткою, складається лише з одного виду твердих зубних тканин, виникаючи в результаті порушення

розвитку тільки частини зубного зародка, залежно від чого розрізняють дентиному, адамантому або цементу.

Пародонтоми являють собою горбисті тверді, розміром з невелику горошину, утворення, щільно зпаяні з шийкою або коренем зуба. Пародонтоми, пов'язані із зубною емаллю, називаються емалевими краплями.

Слід пам'ятати, що будь-яка проста одонтома може зпаюватися із прилеглим зубом, зміщуючи його або обумовлюючи ретенцію та дистопію із створенням певних труднощів при видаленні.

Кістозна тверда одонтома зсередини вистелена одонтогенним епітелієм чи має в стінці його зародки, а в її порожнині присутні чітко відмежовані від навколишньої кістки сполучнотканинною капсулою елементи твердої одонтоми.

Вирішальним у клінічній діагностиці твердої одонтоми є рентгенологічне дослідження [1, 2, 8, 10, 13]. Так, *складна одонтома* визначається дольчастим затемненням круглої форми, де ділянки інтенсивного затемнення перемежуються з ділянками просвітлення. Межі пухлини, чіткі і нерівні через неупорядковане розташування в ній частин зуба, нагадуючи ягоду малини, у вигляді шипів втинаються в прилеглу кісткову тканину. Здебільшого по краю, відповідно капсулі, простежується вузька полоска просвітлення шириною 1 мм, яка з віком може зникати, а кістка на межі з одонтомою склерозується. Здебільшого пухлина розташовується поряд із нормально сформованим або ретенованим зубом (Рис. 2, 3, 4). *Складна змішана одонтома* виглядає неоднорідною щільною тінню округлої або овальної форми із відносно рівними контурами та периферійною зоною просвітлення. *Проста неповна одонтома* – інтенсивне гомогенне затемнення круглої форми з рівними чіткими межами, безпосередньо зпаяне з коренем зуба, форма якого не змінена. *Проста повна одонтома* також має вигляд круглого, не

пов'язаного із зубами, утворення, затемненого більше за кістку. *Проста кістозна одонтома* представлена кістозною порожниною зі щільними включеннями елементів зубних тканин або, навіть, зубів, що формуються (Рис. 5).



Рис. 2. Рентгенологічна картина (внутрішньоротовий знімок) складної одонтоми в ділянці 11 та 21 зубів (власне спостереження)



а



б

Рис. 3. Рентгенологічна картина (ортопантомограма) складної одонтоми біля 13 зуба (а) та у фронтальній ділянці нижньої щелепи (б) (власні спостереження)

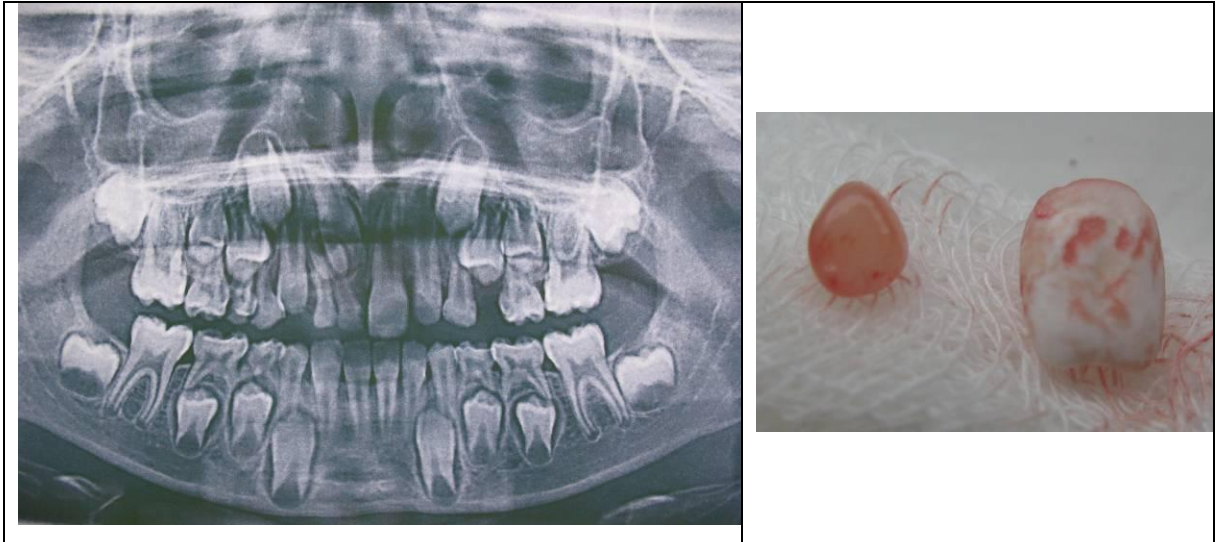


Рис. 4. Рентгенологічна картина (ортопантомограма) та макропрепарат складної одонтоми у фронтальній ділянці верхньої щелепи (власні спостереження)

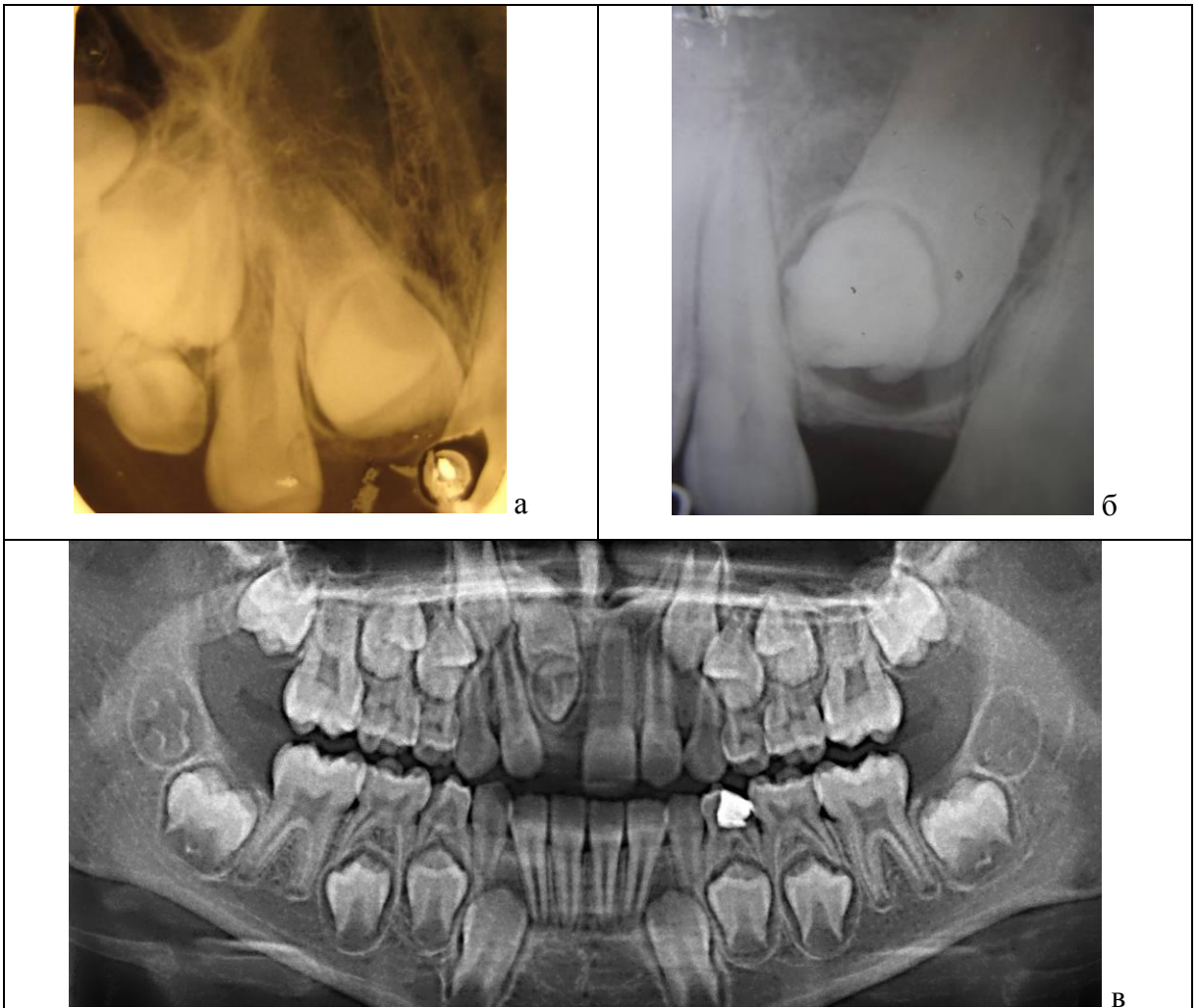


Рис. 5. Рентгенологічна картина кістозних одонтом в ділянці 21 (а) та 11 (б, в) зубів (власні спостереження)

Як різновид твердих одонтом клініцисти відокремлюють **цементому**, що зустрічається переважно на нижній щелепі у віці 15-30 років, маючи деякі клініко-морфологічні особливості. Пухлина виникає із одонтогенної сполучної тканини, яка диференціюється в цементну, інтимно зв'язуючись із коренем одного або декількох зубів, що обумовлює ймовірність їх перелому під час екстракції зуба [5, 10]. Цікаво, що патоморфологи вважають цементому не різновидом твердої ОД, а розглядають її як самостійну пухлину мезенхімального походження [3, 11].

За Міжнародною гістологічною класифікацією пухлин (ВООЗ) серед цементом вирізняють доброякісну цементобластому (істинну цементому); фіброму, що цементується; периапікальну цементну дисплазію (периапікальну фіброзну дисплазію) і гігантоформну цементому (сімейна та множинна цементома). При цьому вважається, що перші дві форми мають характер пухлини, периапікальна цементна дисплазія пов'язана з порушенням цементоутворення, протікаючи подібно фіброзній дисплазії, а гігантоформна цементома є спадковим захворюванням і належить до вад розвитку [7].

Пухлина розвивається безсимптомно, зазвичай не визиваючи видимих змін конфігурації обличчя. Шкірні покриви в ділянці її проєкції в кольорі не змінені, регіонарні лімфовузли не збільшені, а відкривання рота вільне [12].

Інколи може визначатися і деформація щелепи переважно без зміни кольору слизової оболонки. В окремих випадках, коли цементома проростає через кортикальний кістковий шар, її пальпація стає чутливою або болісною, може виникати пошкодження слизової оболонки з подальшим інфікуванням чи виникненням виразок [9].

Макроскопічно цементома виглядає щільноеластичним утворенням з м'якими кальцинатами або маломінералізованою

кісткою, котра легко піддається вискоблюванню гострою хірургічною ложкою до склерозованої периферійної кістки [7].

Мікроскопічно пухлина здебільшого нагадує клітинний або безклітинний зубний цемент із цементобластами та цементокластами, за своєю суттю представляючи просту одонтому. До цієї групи можна віднести і розростання цементної тканини на коренях зубів у вигляді цементекзостоза або гіперцементоза. Інші цементами можуть складатися із накопичення безклітинного цементу та цементоподібних стоншених кісткових балочок з прошарками сполучнотканинної строми [5].

На рентгенограмі [1, 13] визначається негомogeneous розрідження кісткової тканини з чіткими межами, де на тлі більш просвітлених ділянок, за щільністю відповідних кістці, визначаються безструктурні тіні (Рис. 6).



Рис. 6. Рентгенологічна картина цементоми в ділянці 45 зуба (власне спостереження)

М'яка одонтома (МО) зустрічається досить рідко (біля 1% всіх пухлин щелепних кісток), здебільшого в ділянці молярів. Маючи епітеліально-мезенхімальну паренхиму, вона за будовою подібна до тканин зуба на ембріональних стадіях його розвитку, і виникаючи до початку звапнення зубних тканин, коли малодиференційовані клітинні елементи зберігають здатність до проліферації. Вона є як би проміжною

пухлиною між амелобластою та одонтомою, а деякі дослідники взагалі розглядають її як змішану пухлину [4, 9, 10].

М'яка одонтома не має якихось виражених типових клінічних ознак: росте повільно та безболісно, проявляючись рівномірним або горбистим веретеноподібним здуттям щелепи. По мірі збільшення МО руйнує компактну пластинку, проростаючи в оточуючі м'які тканини чи випинаючись в порожнину рота утворенням синього кольору, котре зовні нагадує епулід й легко кровоточить при травмуванні. При інфікуванні клінічний перебіг нагадує хронічний запальний процес [2, 8, 12].

Зовні м'яка одонтома вкрита сполучнотканинною капсулою, а мікроскопічно в ній серед ніжноретикулярної, іноді мезенхімоподібної, тканини, схожої на структуру зубного сосочка, спостерігаються епітеліальні утворення різної форми і будови на ранніх стадіях розвитку зуба (тяжі із однорідних або полігональних епітеліальних клітин або тяжі витягнутих циліндричних клітин), котрі іноді межують із вузькою гомогенною полоскою остеоподібної білкової субстанції, схожої на преденин. Зустрічаються ділянки концентричних скупчень сполучнотканинних клітинних елементів [5].

І.І.Єрмолаєв вважає, що в пухлині може спостерігатися і відносно високий рівень диференціювання клітинних елементів із утворенням парапластичної емалоподібної, дентиноподібної чи цементоподібної субстанції. Однак, загалом, в своїй основі МО залишається низькодиференційованою істинною пухлиною із безмежним, нерідко інфільтруючим ростом. Присутність низькодиференційованих сполучнотканинних клітин пояснює вірогідність малігнізації таких утворень із розвитком одонтогенних сарком [3, 11].

М'які одонтоми, на відміну від твердих, діагностуються важче, при чому однією із їх провідних діагностичних ознак є вторинні запальні процеси [9].

Рентгенологічно МО представляє собою округло-овальне або неправильної форми полікістозне дольчасте утворення, що нагадує адамантиному, але, на відміну від останньої, при ній спостерігається порушення кортикального шару, відсутність замикаючої кісткової пластинки та чітко вираженої межі зі здоровою тканиною. Іноді в пухлині розташовуються постійні зуби або їх зародки [1, 13].

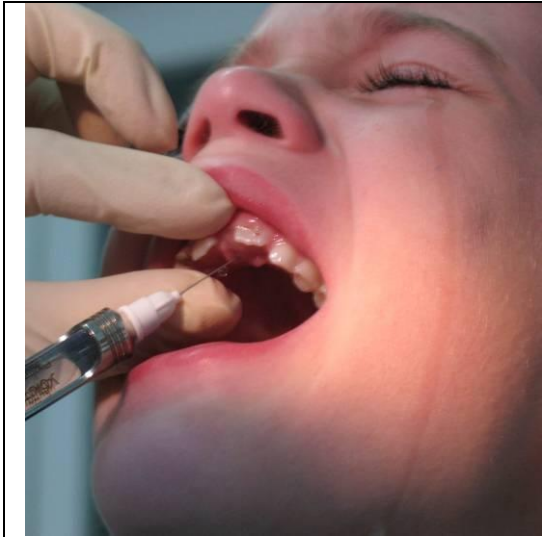
Враховуючи складнощі діагностики на всіх етапах спостереження, кінцевий клінічний діагноз МО об'єктивно підтверджується тільки результатами патогістологічного дослідження.

Лікування одонтом тільки хірургічне: новоутворення видаляється разом із капсулою (якщо вона є), адже її залишки можуть стати джерелом подальшого росту пухлини [2, 8, 10]. Однак, незважаючи на принципову однотиповість терапії будь-якого виду таких утворень, існують деякі відмінності в залежності від нозологічної форми.

Так, невеликі одонтоми без виражених видимих ознак й клінічних проявів, виявлені випадково, обов'язкового оперативного втручання не потребують або видаляються по типу операції при зубній ретенції (Рис. 7).

Пухлини великих розмірів, перебіг яких супроводжується порушенням цілістності кістки, видаляють із частковою резекцією щелепи з заміщенням дефекту кістковою пластикою на нижній щелепі і встановленням обтуруючого протезу на верхній [4].

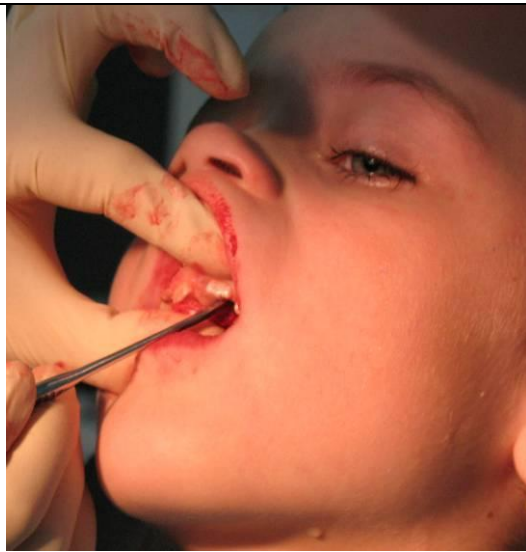
Хірургічне лікування цементом повинно бути щадним: наприклад, вискоблювання хірургічною ложкою. У випадках локалізації пухлини тільки в межах верхівок коренів, зуби не видаляють, обмежуючись лише їх депульпуванням з резекцією верхівок коренів. При відсутності ознак хронічного запалення й у разі, якщо пацієнт не наполягає, хірургічне втручання взагалі може не проводитись. Гігантоформні цементоми та периапікальні цементні дисплазії хірургічного втручання теж не потребують [5].



а



б



в



г



д



ж

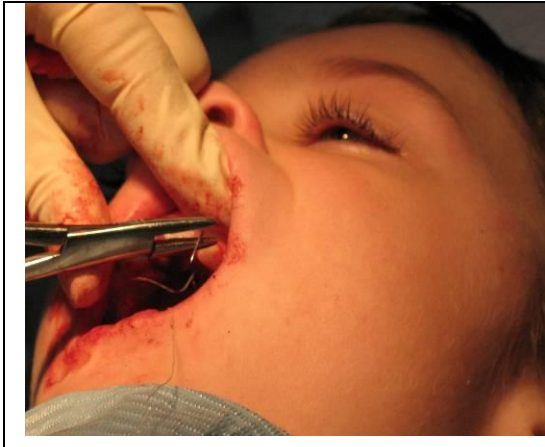


Рис. 7. Етапи видалення одонтоми в ділянці 11 зуба (власне спостереження):
 а – проведення місцевого знеболювання
 б, в – відшарування слизово-окісного клаптя
 г – зняття кісткової тканини
 д – видалення одонтоми
 ж – кюретаж кісткової порожнини
 з – ушивання післяопераційної рани

Натомість, м'яку одонтому, враховуючи її здатність до інфільтративного росту, слід видаляти шляхом резекції щелепної кістки у межах здорових тканин (Gustau O Kruger, 1984), пам'ятаючи, що при нерадикальному лікуванні можливе виникнення рецидивів або, навіть, малігнізація. Однак, якщо при біопсії виявляються високодиференційовані клітини, тобто відсутня схильність МО до інфільтративного росту, можна обмежитися лише її вилущуванням з видаленням незначних ділянок прилеглої кістки [3]. Також слід пам'ятати, що під час видалення будь-яких форм великих одонтом нижньої щелепи можливі переломи кістки.

ЛІТЕРАТУРА

1. Баглык Т.В. Рентгенологические характеристики нормы и патологии в стоматологии // Стоматолог. – 2002. – №5. – С.35-39.
2. Дитяча хірургічна стоматологія. Практичні заняття (Частина III). Методичні рекомендації / П.І.Ткаченко, О.В.Гуржій, С.О.Білоконь та співавт. // – Полтава, 2005. – 140 с.
3. Ермолаев И.И., Воробьев Ю.И. Злокачественные опухоли слизистой оболочки полости рта / В кн.: Лечение злокачественных опухолей челюстно-лицевой области. – М., 1978.

4. Ермолаев И.И., Ланюк С.В. Одонтогенные опухоли и опухолеподобные образования / В кн.: Руководство по хирургической стоматологии // Под ред. Г.А.Васильева и И.М.Старобинского. – М., 1972. – С. 359-378.
5. Ермолаев И.И. Клиническая и морфологическая характеристика одонтом и цементом // Дисс. к.мед.н. – М., 1959. – 189 с.
6. Ермолаев И.И., Колесов А.А., Горбушина П.М. Новообразования лица и челюстно-лицевой области. / В кн.: Руководство по хирургической стоматологии // Под ред. Г.А.Васильева, И.М.Старобинского. – М., 1972. – С. 337-391.
7. Ермолаев И.И. Одонтогенные опухоли и опухолеподобные образования // Дисс. д.мед.н. – М., 1964. – 648 с.
8. Зеленский В.А., Мухорамов Ф.С. Детская хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия – Москва, 2008. – 206 с.
9. Колесов А.А., Воробьев Ю.И., Каспарова Н.Н. Новообразования мягких тканей и костей лица у детей и подростков. – М.: Медицина, 1989. – 302 с.
10. Лангле Р.П., Миллер К.С. Атлас заболеваний полости рта – Москва, 2008. – 220 с.
11. Михельсон Н.М., Варшавский Л.О. Дифференциальная диагностика злокачественных опухолей челюстей. – М., 1955.
12. Ткаченко П.І., Білоконь С.О., Гуржій О.В., Лохматова Н.М. Аномалії кількості та будови зубів, одонтома і травма зуба в практиці дитячої хірургічної стоматології / Методичні рекомендації. – Полтава, 2010. – 31 с.
13. Шехтер И.А., Воробьев Ю.И., Котельников М.В. Атлас рентгенограмм зубов и челюстей в норме и патологии. – М.: Медицина, 1968. – 255 с.