

Символы \*, ‡ означают, что снимки принадлежат одному и тому же больному.

### КИСТЫ И ОПУХОЛИ ЧЕЛЮСТЕЙ: КИСТЫ

**Кисты челюстей** (рис. 25.1–25.8). Киста представляет собой полость в тканях, выстланную эпителием. Кисты челюстей обычно образуются вследствие кистозной дегенерации остатков развивающегося или прорезавшегося зуба. Кисты челюстей делят на врождённые, одонтогенные, воспалительные и ложные, или псевдокисты, не имеющие эпителиальной выстилки. На рентгенограммах кисты имеют вид однокамерного или многокамерного очага просветления. Многокамерные кисты склонны к увеличению и чаще рецидивируют.

**Кисту резцового (носонёбного) канала** (рис. 25.1) относят к врождённым кистам, она образуется из остатков эпителия носонёбного протока. На рентгенограммах классическая киста проявляется в виде очага просветления сердцевидной формы, расположенного между корнями жизнеспособных верхних медиальных резцов. Она обсуждается в разделе «Опухоли и опухолевидные образования нёба» (рис. 44.3 и 44.4). **Киста резцового сосочка** (рис. 25.1) — мягкотканый вариант кисты резцового канала, которая локализуется в **резцовом сосочке** и характеризуется медленным ростом. Травмирование кисты при смыкании челюстей может вызвать покраснение кисты и её изъязвление. Больные могут жаловаться на боль при жевании. Методом выбора служит иссечение кисты. Рецидивы наблюдают редко.

**Боковая периодонтальная киста** (рис. 25.2) — врождённая одонтогенная киста, образуется вблизи корня зуба, обычно сбоку от него, выстлана неороговевающим эпителием. Чаще боковая периодонтальная киста локализуется в области нижних премоляров. Источник кисты — остатки эпителия зубной пластинки. Развивается боковая периодонтальная киста обычно у лиц в возрасте от 40 до 70 лет. На рентгенограммах имеет вид небольшого (менее 5 мм) очага просветления в межзубном промежутке, ограниченного кортикальной пластинкой. Соседние с кистой зубы имеют живую пульпу. Различают две разновидности: **кисту десны взрослых** и **ботриоидную (гроздевидную) боковую периодонтальную кисту**. Киста десны полностью

заклучена в мягкие ткани (рис. 9.8). Десневая и ботриоидная боковая периодонтальные кисты после иссечения рецидивируют редко.

**Ботриоидная боковая периодонтальная киста** (рис. 25.3). Ботриоидная боковая периодонтальная киста — многокамерная разновидность боковой периодонтальной кисты. Макроскопически она напоминает гроздь винограда (отсюда и её название). Иногда встречаются также однокамерную ботриоидную кисту. Средний возраст, в котором появляется ботриоидная киста, составляет 46 лет, причём у мужчин её наблюдают несколько чаще. Наиболее часты жалобы на припухлость и боли, которые в большинстве случаев локализуются в области клыка, премоляров или резцов нижней челюсти. На рентгенограммах наиболее крупная камера опухоли обычно имеет такое же расположение, как и однокамерная боковая киста, в то время как остальные камеры располагаются вблизи верхушки корня. Через 10 лет после удаления ботриоидной кисты рецидивы выявляют у 30–50% пациентов.

**Фолликулярная киста** (рис. 25.4). Фолликулярная киста связана с коронкой прорезывающегося или ретенированного зуба. Она развивается в результате пролиферации остатков эмалевого органа или редуцированного эпителия эмали (фолликулярного мешка). Это наиболее частая причина патологического просветления, выявляемого вокруг коронки зуба, и вторая по частоте киста челюсти после периапикальной. Её обычно наблюдают у лиц моложе 20 лет, чаще у мужчин. Рентгенологически киста проявляется в виде околокоронкового просветления с чётко очерченными границами, которое следует отличать от нормального фолликулярного мешка. Оба эти образования при гистологическом исследовании имеют одинаковое строение и отличаются размерами на рентгеновском снимке. В норме диаметр фолликула на внутриротовом рентгеновском снимке не превышает 2,5 мм, на панорамном он достигает 3 мм. Более крупное просветление расценивают как кисту. Наиболее частая локализация соответствует области третьего нижнего моляра (56%). Киста может стать источником развития **амелобластомы, плоскоклеточного или мукоэпидермоидного рака**, поэтому её следует удалить.

**Одонтогенная кератокиста** (рис. 25.5 и 25.6). Одонтогенная кератокиста образуется из остатков зубной пластинки и диагностируется на основании гистологического исследования. Она представляет собой первичную (примордиальную) кисту, образующуюся при нарушении развития зуба (например, третьего моляра). Кисту обычно выявляют на втором или третьем десятилетии жизни, чаще у мужчин. Больные нередко не предъявляют жалоб. На рентгенограммах киста может быть однокамерной, но чаще она многокамерная. Края кисты чётко очерчены, фестончатые; могут быть признаки деструкции кости. В самой кисте заметны перегородки, а наличие в ней роговых масс обуславливает гомогенный дымчатый фон полости. При гистологическом исследовании эпителий кисты однороден, состоит из 8–10 слоёв клеток с выраженными признаками ороговения. К концу 10-го года после иссечения одонтогенной кератокисты рецидивы отмечают у 50% больных.

**Синдром кисты челюсти и базальноклеточного невуса, или синдром Гольца–Горлина** (рис. 25.6). Для этого синдрома характерны множественные одонтогенные кератокисты челюсти, базальноклеточные невусы на коже, аномалии развития скелета, в частности позвоночника (*spina bifida*), и рёбер, и мягких тканей (массивные подушки пальцев, множественные точечные с булавочную головку углубления на ладонях). Частота рецидивов после удаления кисты челюсти достигает 80%.

**Щёчная бифуркационная, или воспалительная парадентальная, киста** (рис. 25.7). Щёчная бифуркационная киста — воспалительная киста, образуется в результате проникновения бактерий в парадентальные ткани первого, второго или третьего моляра нижней челюсти (зубы перечислены в порядке убывания частоты поражения) при апикальном смещении границ эмали. В большинстве случаев воспалительная парадентальная киста образуется у лиц моложе 20 лет. Рентгенологически отмечают околокоронковое просветление (со стороны щёчной поверхности), очерченное выраженной в различной степени кортикальной пластинкой. Лечение заключается в иссечении кисты, энамелопластике и устранении периодонтального дефекта. Поражённые третьи моляры обычно удалены.

**Травматическая (простая) костная киста** (рис. 25.8). Травматическая костная киста — полостное образование в толще челюстей или длинных трубчатых костей. Это, по существу, ложная киста, так как она лишена эпителиальной выстилки.

Костная киста образуется после травмы, хотя для многих больных она остаётся незамеченной. У мужчин и у женщин травматическую костную кисту наблюдают одинаково часто. Средний возраст больных, у которых её диагностируют, равен 18 годам. В большинстве случаев киста не проявляется клинически и обычно расположена в области моляров или премоляров нижней челюсти. На рентгенограммах костная киста проявляется в виде очагового просветления с фестончатым верхним краем, проходящим между корнями зубов, и округлым нижним. Медиодистальный размер кисты обычно превышает верхненижний. После кюретажа киста обычно закрывается.

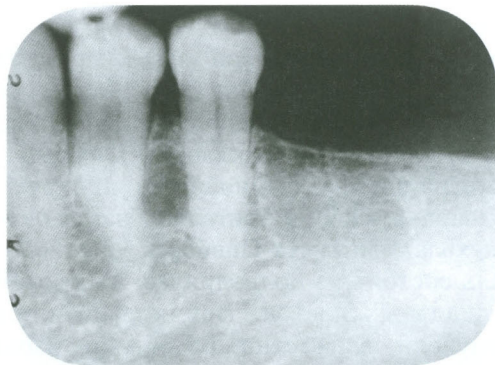
## КИСТЫ И ОПУХОЛИ ЧЕЛЮСТЕЙ: РЕНТГЕНОПРОЗРАЧНЫЕ ПОРАЖЕНИЯ

**Монокистозная (внутристеночная) амелобластома** (рис. 26.1). Эта одонтогенная киста образуется *de novo* из эпителия, из которого развиваются зубы, или из уже существующей кисты. У мужчин она образуется чаще, чем у женщин. Средний возраст больных к моменту диагностики составляет 27 лет. Опухоль обычно выявляют при рентгенологическом исследовании, выполняемом по другому поводу или в связи с жалобами пациента на наличие безболезненной припухлости в области челюсти. В большинстве случаев монокистозная амелобластома образуется в нижней челюсти в области моляров. На рентгенограммах часто отмечают околокоронковое просветление, связанное со щёчной или язычной поверхностью третьего моляра и резорбция корней смежных прорезавшихся моляров. В кисте могут быть перегородки, которые делят полость на камеры. Возможна перфорация кортикальной пластинки. Рецидивы после удаления кисты наблюдают у 15% больных.

**Аденоматоидная одонтогенная опухоль** (рис. 26.2). Аденоматоидная одонтогенная опухоль состоит из полиэдрических эпителиальных клеток, которые образуют в кости структуры, напоминающие протоки. В большинстве случаев заболевшие — девушки в возрасте 13–14 лет. Обычно опухоль не проявляется клинически, иногда возможны припухлость и другие симптомы. При рентгенологическом исследовании выявляют просветление в области верхнего клыка. Характерная локализация опухоли облегчает диагностику. В 65% случаев в центральной части опухоли отмечают крапчатое затемнение. Границы опухоли



**Рис. 25.1.** Киста резцового сосочка: полностью погружена в мягкие ткани.



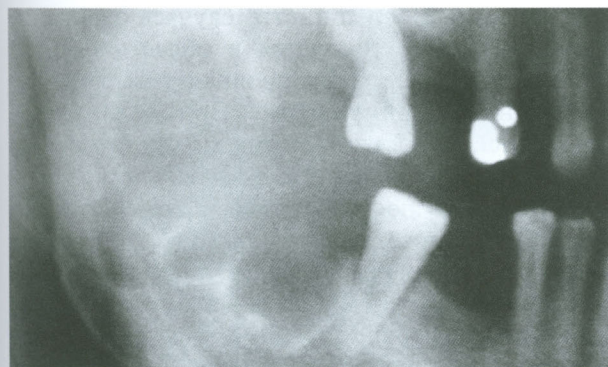
**Рис. 25.2.** Боковая периодонтальная киста: обычных размеров и локализации.



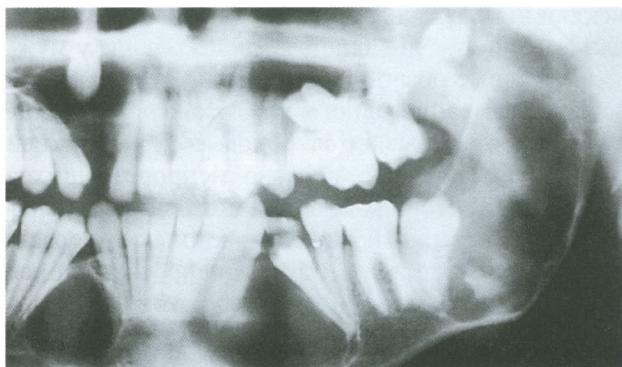
**Рис. 25.3.** Ботриоидная боковая периодонтальная киста: часто бывает многокамерной.



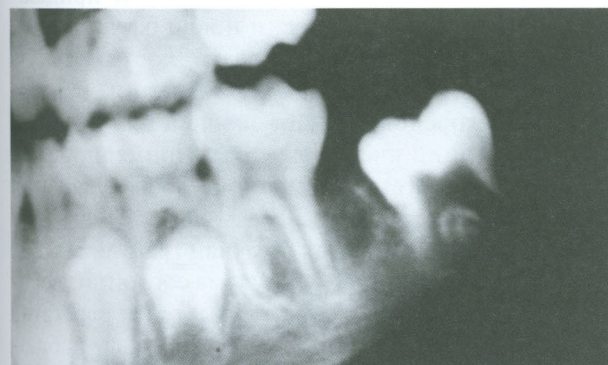
**Рис. 25.4.** Фолликулярная киста, локализующаяся в области нижнего премоляра.



**Рис. 25.5.** Одонтогенная кератокиста: многокамерная рецидивная.



**Рис. 25.6.** Синдром Гольца–Горлина: множественные одонтогенные кератокисты.



**Рис. 25.7.** Щёчная бифуркационная киста: наиболее частая локализация.



**Рис. 25.8.** Травматическая костная киста, распространяющаяся также на межкорневой промежуток.

чётко очерчены в виде линии различной толщины, непрерывность которой может нарушиться в случае развития инфекции. В 75% случаев опухоль бывает связана с непрорезавшимся постоянным зубом (например, клыком). Опухоль легко вылушивают, и она обычно не рецидивирует.

**Кальцинирующая эпителиальная одонтогенная опухоль, или киста Пинборга** (рис. 26.3). Эта опухоль состоит из полиэдрических атипичных эпителиальных клеток. Причина возникновения опухоли неизвестна. Её обычно наблюдают у лиц, достигших 40 лет, одинаково часто у мужчин и у женщин. Больные обычно обращаются к врачу с жалобами на безболезненную припухлость в области челюсти. Наиболее частая локализация — область нижних моляров. В 60% случаев опухоль связана с непрорезавшимся моляром, вызывая его смещение к нижнему краю нижней челюсти. При рентгенологическом исследовании в опухоли выявляют рентгеноконтрастные пятна, группирующиеся в области окклюзионной поверхности смещённого зуба в виде «снежного наноса». После удаления рецидивы наблюдают у 20% больных.

**Амелобластическая фиброодонтома** (рис. 26.4). Эта смешанная одонтогенная опухоль состоит из эпителия и мезенхимы, и её наблюдают почти исключительно в возрасте, когда происходит развитие зубов, т.е. до 20 лет, несколько чаще у мужчин. Больные обычно жалуются на несостоявшееся прорезывание одного или нескольких зубов. Чаще не прорезываются боковые зубы нижней челюсти, причём количество непрорезавшихся зубов с обеих сторон бывает одинаковым. На рентгенограммах выявляют околокоронковое просветление с затемнением внутри и непрорезавшийся зуб. Затемнение может напоминать зубной конгломерат или сложную составную одонтому с пояском просветления, очерченным рентгеноконтрастной границей. При больших размерах амелобластической фиброодонтомы возможно разрушение кортикальной пластинки. Склонность к рецидивам после удаления опухоли незначительная.

**Одонтоамелобластома, или амелобластическая одонтома** (рис. 26.5). Амелобластическая одонтома — редкая разновидность амелобластомы с признаками фокальной дифференцировки в одонтому. Обычно её наблюдают у лиц в возрасте до 20 лет, одинаково часто у мужчин и у женщин, чаще в переднем отделе челюсти. На рентгенограммах выявляют околокоронковое просветление с очагами затемнения, которые часто связаны с одним или несколькими непрорезавшимися зубами. Опухоль склонна к рецидивам.

**Амелобластома** (рис. 26.6). Вторая по частоте одонтогенная опухоль, исходящая из одонтогенного эпителия и характеризующаяся медленным местно-деструктивным ростом. Средний возраст больных составляет 34 года. Опухоль одинаково часто наблюдают у мужчин и у женщин и, если её не удалить, достигает значительных размеров. В большинстве случаев амелобластома локализуется в области нижних моляров и примерно у 63% больных переходит на ветвь нижней челюсти. Рентгенологически обычно определяют поликистозную деструкцию кости: тень гомогенная или мелкаячешуйчатая, напоминает пчелиные соты или мыльные пузыри. Реже опухоль монокистозная. При больших размерах она достигает кортикальной пластинки и может разрушить её. У 40% больных выявляют непрорезавшийся или смещённый зуб. Характерно разрушение соседних зубов. При многократном рецидивировании гистологически доброкачественная амелобластома может метастазировать. В таких случаях её называют злокачественной амелобластомой.

**Одонтогенная миксома** (рис. 26.7). Одонтогенная миксома исходит из фолликулярной соединительной ткани, напоминающей пульпарную. Средний возраст больных с этой опухолью — 25–35 лет, её одинаково часто встречают у мужчин и у женщин. В большинстве случаев одонтогенная миксома локализуется в области боковых зубов нижней челюсти и проявляется в виде безболезненной припухлости. При локализации на верхней челюсти миксома может перейти в верхнечелюстную пазуху, вызывая экзофтальм и обструкцию носовых ходов. Изредка опухоль локализуется в ветви нижней челюсти и у основания мышечного отростка нижней челюсти. На ранней стадии миксома на рентгенограмме имеет однокамерное строение. В дальнейшем мере роста она становится многокамерной за счёт образования в ней перегородок, располагающихся под прямым углом друг к другу и придающих камерам геометрически правильную форму. Опухоль может перфорировать кортикальную пластинку и перейти на мягкие ткани, образуя перегородки, придающие ей ячеистый рисунок, напоминающий пчелиные соты. Примерно в 36% случаев одонтогенная миксома после удаления рецидивирует.

**Центральная гигантоклеточная гранулёма** (рис. 26.8). Эта своеобразная гранулёма состоит из веретеновидных мезенхимальных клеток и агрегатов гигантских многоядерных клеток. Её чаще наблюдают у женщин моложе 30 лет. Различают две клинические формы: злокачественную и доброкачественную.



Рис. 26.1. Монокистозная амелобластома, содержащая камеры.



Рис. 26.2. Аденоматоидная одонтогенная опухоль: крапчатые затемнения.



Рис. 26.3. Кальцинирующая эпителиальная одонтогенная опухоль.



Рис. 26.4. Амелобластическая фиброодонтома.

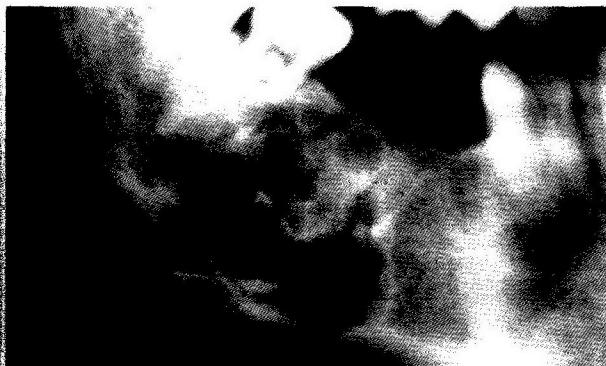


Рис. 26.5. Одонтоамелобластома: видны камеры и крапчатое затемнение.



Рис. 26.6. Амелобластома: камеры, напоминающие мыльные пузыри.



Рис. 26.7. Одонтогенная миксома: тени перегородок образуют фигуры, напоминающие буквы X, Y, V.



Рис. 26.8. Центральная гигантоклеточная гранулёма: зубчатый рисунок на периферии.

твенную. Для злокачественной характерны боли, быстрый рост, отёк, разрушение верхушек корней зуба, перфорация кортикальной пластинки, диаметр более 2 см. Доброкачественную форму характеризует медленный рост, меньшие размеры, бессимптомное течение. В большинстве случаев гранулёма локализуется на нижней челюсти кпереди от первого моляра и может распространиться за срединную линию. В типичных случаях опухоль имеет многокамерное строение за счёт тонких трабекул или зубчатые края. Рецидивы, особенно при злокачественной форме, наблюдаются примерно в 20% случаев.

## КИСТЫ И ОПУХОЛИ ЧЕЛЮСТЕЙ: РЕНТГЕНОКОНТРАСТНЫЕ ПОРАЖЕНИЯ

**Экзостозы** (рис. 27.1, 27.2 и 61.5). Экзостозы — безболезненные костные выросты на кортикальной пластинке верхней или нижней челюсти. Примерами могут служить нижнечелюстной и нёбный валики, а также реактивный протезный экзостоз. Клинические и гистологические особенности экзостозов описаны в разделе «Узелки» (см. рис. 61.5). Экзостозы состоят из губчатой кости, покрытой снаружи кортикальной пластинкой. Они могут появиться на щёчной или язычной поверхности альвеолярной дуги в виде полусферического узелка. На рентгенограммах узелки имеют вид округлых рентгеноконтрастных образований.

**Нижнечелюстные валики** (рис. 27.1). Нижнечелюстные валики — это экзостозы, локализуемые на язычной поверхности альвеолярной дуги вблизи премоляров и клыков, иногда в области моляров. Они присутствуют с рождения и в большинстве случаев имеют наследственную природу. Диаметр нижнечелюстных валиков колеблется от 0,5 до 1,5 см (см. «Узелки», рис. 61.5). На прикусных и панорамных снимках нижнечелюстной валик имеет вид гомогенного рентгеноконтрастного образования, локализуемого в области передних зубов или премоляров, и может иметь дольчатое строение. Однодольчатый валик имеет округлую или овоидную форму и гладкие контуры.

**Нёбные валики** (рис. 27.2). Нёбные валики — костные выросты, расположенные по средней линии на твёрдом нёбе. Это врождённые экзостозы, обычно имеют наследственную природу, их встречают менее чем у 10% населения. В большинстве случаев они имеют вид куполообразного возвышения по средней линии, но встречаются и

уплощённые, узелковые или дольчатые разновидности (см. рис. 44.1). На периапикальных снимках верхней челюсти выявляют очаговое гомогенное затемнение на нёбе. Лечение обычно не требуется, за исключением случаев, когда нёбный валик мешает протезированию.

**Реактивный протезный экзостоз (гиперостоз)** (рис. 27.3). Протезный гиперостоз — реакция альвеолярной кости на частично съёмный нижнечелюстной зубной протез. Протезный гиперостоз у мужчин встречают в два раза чаще, чем у женщин. Обычно он развивается в возрасте старше 40 лет, примерно через 10 лет после протезирования зубов, и локализуется в области нижних моляров или премоляров. В результате постепенного увеличения размеров гиперостоз приводит к воспалению тканей под мостовидным протезом и даже к его смещению. На рентгенограммах выявляют коническое затемнение на широком основании, которое полностью выполняет пространство под мостовидным протезом, после его удаления гиперостоз подвергается обратному развитию.

**Луночный склероз** (рис. 27.4). Луночный склероз — бессимптомный реактивный процесс в тканях лунки зуба после его удаления, наблюдают при заболеваниях ЖКТ, почек и других органов. Это стойкая метка системного заболевания, даже если это заболевание удаётся вылечить. Луночный склероз в большинстве случаев наблюдают у лиц старше 40 лет, одинаково часто у мужчин и у женщин независимо от их расовой принадлежности. К рентгенологическим признакам луночного склероза относят: 1) сохранение компактной пластинки альвеолы, которая в норме после удаления зуба рассасывается в период от 6-й до 16-й недели и 2) развитие склероза кости в пределах лунки. Лечение при луночном склерозе не требуется.

**Идиопатический остеосклероз, или эностоз** (рис. 27.5). Идиопатический остеосклероз (эностоз) — отложение плотной кости в костно-мозговых ячейках челюстей. Заболевание не связано с воспалением или инфекцией, частота его не зависит от пола или расовой принадлежности. Обычно поражается область нижних премоляров и моляров. На рентгенограммах отмечают затемнения вблизи верхушек зубов (55%), межкорневом пространстве (28%) или на отдалении от зубов (17%). В случаях, когда поражение связано с зубом, жизнеспособность последнего не утрачивается, апикальное периодонтальное пространство не изменено, изредка облитерировано. Лечение не требуется.

**Склерозирующий остеомиелит** (рис. 27.6). Склерозирующий остеомиелит — пролиферативная реакция костной ткани с отложением её в



Рис. 27.1. Нижнечелюстные валики и мелкие лицевые экзостозы.

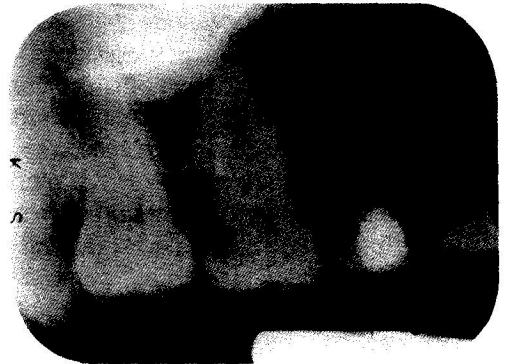


Рис. 27.2. Нёбный валик: большое округлое затемнение.

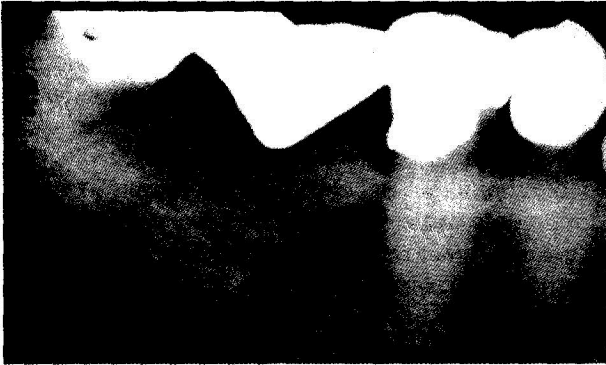


Рис. 27.3. Реактивный протезный экзостоз: в пространстве под мостовидным протезом.



Рис. 27.4. Луночный склероз: область моляра.



Рис. 27.5. Идиопатический остеосклероз: второй моляр с жизнеспособной пульпой.



Рис. 27.6. Склерозирующий остеомиелит: первый моляр с нежизнеспособной пульпой.



Рис. 27.7. Периапикальная цементодисплазия: резец с жизнеспособной пульпой.



Рис. 27.8. Одонтома: составная форма и дилацерация.

костно-мозговых ячейках челюстей в ответ на воспаление пульпы. Его чаще наблюдают у лиц моложе 20 лет. Поражённый зуб обычно больных не беспокоит. В большинстве случаев очаг поражения локализуется в области нижних моляров. На рентгенограммах отмечают затемнение в области верхушки зуба и расширение апикального периодонтального пространства, часто выявляют кариозное поражение пульпы или обширные пломбы в коронке. Хотя рентгенологически склерозирующий остеомиелит напоминает периапикальный идиопатический остеоэксфероз, поражённый зуб обычно имеет нежизнеспособную пульпу. В связи с этим часто приходится проводить эндодонтическое лечение.

**Периапикальная цементодисплазия, или цементома** (рис. 27.7). Периапикальную цементодисплазию относят к фиброзно-костным дисплазиям. Встречают преимущественно у уроженок Африки. Поражение обычно протекает бессимптомно, локализуется в области передних зубов нижней челюсти, которые сохраняют свою жизнеспособность. В течении заболевания выделяют три стадии. I стадия характеризуется периапикальным остеопорозом альвеолярной кости, II стадия — появлением на рентгенограммах периапикального просветления. На III стадии

в рентгенопрозрачной зоне появляются кальцифицированные сферулы, которые, сливаясь, превращаются в центральную рентгеноконтрастную массу; на этой стадии поражённый зуб на рентгеновском снимке имеет вид мишени. Лечение обычно не требуется.

**Одонтома** (рис. 27.8). Одонтому, которую обычно относили к одонтогенным опухолям, в настоящее время считают гамартомой, состоящей из эмали и дентина с патологической структурой. Различают две формы одонтомы: составную, компоненты которой напоминают зубы, и сложную, которая на снимках имеет вид рентгеноконтрастной массы, не имеющей сходства с зубами. Большинство одонтом диагностируют в первые два десятилетия жизни при рентгенологическом исследовании или по несостоявшемуся прорезыванию постоянного зуба. Наиболее часто одонтома локализуется на верхней челюсти, у двух третей больных она исходит из передних зубов. Составная одонтома на рентгенограммах имеет вид конгломерата из мелких зубов, сложная одонтома — шишковатого затемнения, состоящего из эмали, дентина и пульпы. Одонтомы обычно растут медленно, но если они сочетаются с фолликулярной кистой, то отличаются быстрым ростом. Лечение заключается в удалении одонтомы.