

АМЕЛОБЛАСТОМЫ ЧЕЛЮСТЕЙ. РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ПО ДАННЫМ КЛИНИКИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ НМАПО им. П.Л. ШУПИКА

А.А. Тимофеев, Н.А. Ушко, А.А. Савицкий

Кафедра челюстно-лицевой хирургии НМАПО им. П.Л. Шупика

Резюме. На основании анализа результатов обследования и лечения 162-х больных с опухолями и опухолевидными образованиями челюстей установлена частота встречаемости амелобластом челюстей, выявлены причины диагностических ошибок на разных этапах обследования и лечения больных.

Ключевые слова: амелобластома челюстей, диагностические ошибки, лечение амелобластом челюстей.

АМЕЛОБЛАСТОМИ ЩЕЛЕП. РЕТРОСПЕКТИВНИЙ АНАЛІЗ ЗА ДАНИМИ КЛІНІКІ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ХІРУРГІЇ НМАПО ім. П.Л. ШУПИКА

О.О. Тимофеев, Н.О. Ушко, О.О. Савицкий

Резюме

На підставі аналізу результатів обстеження та лікування 162-х хворих з пухлинами та пухлиноподібними утвореннями щелеп установлена частота зустрічаємості амелобластом щелеп, виявлені причини діагностичних помилок на різних етапах обстеження та лікування хворих.

Ключові слова: амелобластома щелеп, діагностичні помилки, лікування амелобластом щелеп.

AMELOBLASTOMAS OF JAWS. A RETROSPECTIVE ANALYSIS OF CLINICAL DATA ON MAXILLO-FACIAL SURGERY NMAPE NAMED P.L. SHUPYK

A. Tymofiev, N. Ushko, A. Savitskii

Summary

It set frequency of jaws ameloblastomas, the causes of diagnostic errors at different stages of examination and treatment of patients based on the analysis of the results of examination and treatment 162 patients with tumors and tumor-like formations of the jaws.

Key words: ameloblastoma of jaws, diagnostic errors, treatment of jaws ameloblastomas.

Под названием «амелобластома» объединяют группу одонтогенных опухолей эпителиального происхождения, которые располагаются в толще челюсти. К этой группе опухолей относят как *истинную амелобластому* (синонимы – *адамантинома*, *адамантинная эпителиома*, *адамантинобластома* и др.), так и *амелобластическую фиброму* (синоним – *мягкая одонтома*), *аденоамелобластому* (синоним – *аденоматоидная одонтогенная опухоль*), *амелобластическую фиброодонтому*, *одонтоамелобластому*. Для этих опухолей характерна способность к инвазивному (деструктивному, инфильтративному) росту. Прорастая в челюстную кость, опухоль растет в мягкие ткани, а на верхней челюсти – в верхнечелюстную пазуху.

Встречаются амелобластомы чаще у больных в возрасте 17–45 лет, хотя их можно выявить и в другом возрасте (у детей и стариков). Обнаруживается данная опухоль как у женщин, так и у мужчин. Локализуются опухоли чаще на нижней челюсти в области ее угла и ветви, но могут встречаться и в области тела нижней челюсти, а также на верхней челюсти (Тимофеев А.А., 2012). По нашим данным, амелобластомы обнаруживаются в 18 % случаев среди всех доброкачественных опухолей и опухолеподобных образований челюстей. Примерно в 94 % случаев опухоль локализуется на нижней челюсти.

Патоморфология опухоли зависит от варианта выявленной формы амелобластомы. Макроскопически новообразование представлено серовато-розовой мелкозернистой тканью с множественными кистами, не содержит очагов обызвествления. Гистологически различают фолликулярный, плексиформный, акантоматозный, базально-клеточный, зернисто-клеточный варианты строения истинной амелобластомы (Н.А. Краевский и соавт., 1993).

Наиболее типичен **фолликулярный** тип строения, представленный эпителиальными комплексами различной величины, которые напоминают развивающийся эмалевый орган зубного зачатка. Эпителиальные комплексы окружены высокими цилиндрическими клетками, в центре – эпителий с явлениями ретикулирования.

Плексиформный вариант характеризуется тяжами эпителия неправильных очертаний, переплетающихся в виде сети с частым ретикулированием в центральных отделах.

Акантоматозный тип строения в центральных отделах представлен полигональными клетками, которые напоминают клетки шиповатого слоя плоского эпителия. Имеют тенденцию к формированию «роговых жемчужин».

Базально-клеточный вариант напоминает элементы базалиомы кожи, а при **зернисто-клеточном** типе строения в центральных отделах имеются крупные клетки с зернистой (оксифильной) цитоплазмой (зерна смещают ядро к периферии клеток).

Амелобластическая фиброма (мягкая одонтома) микроскопически представлена островками и тяжами одонтогенного эпителия, располагающегося в клеточно-волоконистой ткани, напоминающей ткань зубного сосочка в зачатке. По периферии комплексов амелобластомы цилиндрические или кубические клетки.

Аденоамелобластома (аденоматоидная одонтогенная опухоль) микроскопически построена из железистоподобных структур, образованных кубическим эпителием. Эпителий формирует тяжи кольцевидной структуры или лежит солидными островками. В просвете этих железистых структур обнаруживается гомогенное оксифильное вещество.

При **амелобластической фиброодонтоме** опухоль состоит из участков, имеющих строение амелобластической фибромы, а также отложений дентина и эмали. Эпителий не образует типичных комплексов амелобластомы.

Одонтоамелобластома представлена структурами амелобластомы, сочетающимися с отложениями дентина и эмали, которые напоминают зубной зачаток.

Все варианты (типы) амелобластом обладают местнодеструктурирующим ростом.

Рассматривая клинику развития опухоли, следует отметить, что амелобластомы растут медленно и безболезненно. Поэтому больные обращаются к врачу лишь спустя продолжительное время после появления опухоли. Жалобы больных сводятся к наличию асимметрии лица, ноющих болей в челюсти и зубах. Больные просят удалить интактные зубы, в которых локализуется боль. Лунки после удаления зубов длительно не заживают. В анамнезе имеются указания на периодическое припухание пораженного участка челюсти, т. е. росту опухоли сопутствуют воспалительные явления (периоститы, абсцессы, флегмоны), а также периодически открывающиеся свищи на слизистой оболочке полости рта с гнойным или кровянистым отделяемым. Если опухоль достигает больших размеров, то может нарушаться акт жевания, речи.

При внешнем осмотре обращает на себя внимание то, что у большинства больных имеется асимметрия лица за счет веретенообразного утолщения челюсти. Кожа над опухолью обычно в цвете не изменена, собирается в складку. Регионарные лимфатические узлы могут быть увеличенными. При пальпации опухоль чаще всего безболезненная, плотная, может быть бугристой. Открывание рта, как правило, не затруднено. В преддверии полости рта определяется сглаженность или выбухание челюсти по переходной складке, а в некоторых случаях – утолщение переднего края ветви нижней челюсти. Может обнаруживаться вздутие тела челюсти с язычной (небной) стороны. Слизистая оболочка в области патологического очага в цвете не изменена. В некоторых участках опухоль может прорастать в кортикальную пластинку челюсти и распространяться на мягкие ткани. Пальпаторно опухоль безболезненная и плотная. При дефекте кости возможен симптом «пергаментного хруста» или появляется флюктуация. При пункции чаще всего можно получить жидкость желтого или коричневого цвета. Зубы, которые находятся в зоне патологического очага, могут быть как неподвижными, так и подвижными. Корни зубов нередко рассасываются. Травма, нанесенная зубами-антагонистами, может привести к нагноению опухоли. Нагноившиеся амелобластомы клинически проявляют себя как обычный одонтогенный воспалительный процесс.

В клинической картине амелобластомы нет одностороннего характера, поэтому при установлении диагноза большое значение имеет рентгенографический метод исследования челюстей. Типичным для рентгенологической картины большинства амелобластом является вид ряда округлых полостей различной величины, которые отделены друг от друга костными перегородками. Последние могут истончаться по мере роста опухоли и совсем исчезнуть. Полости соприкасаются, накладываются и даже сливаются одна с другой. Рентгенологически кисты могут также иметь округлую форму, четкие, но неровные края. Амелобластома может быть представлена одной кистозной полостью. Вокруг нее в некоторых случаях располагается ряд мелких полостей. В кистозной полости может находиться ретенированный или дистопированный зуб. Возможно, что в полости кисты обращены корни зубов. Сопоставлением послойных рентгенограмм и патоморфологических исследований Ю.А. Зорин (1965) и Н.Н. Мазалова (1974) доказали наличие в кости отростков опухоли в виде тяжей, которые проникают на глубину 0,7 см в здоровую кость, что в большинстве случаев не видно на обычных рентгенограммах. Этот факт необходимо учитывать при хирургическом лечении для радикального удаления опухоли. Компьютерная томография и стереолитография уточняют локализацию опухоли.

Дифференциальную диагностику прежде всего необходимо проводить при кистах челюстей, остеобластоме, фиброзной остеодисплазии, злокачественных опухолях челюстных костей, а также хроническом остеомиелите.

Для **остеобластомы**, в отличие от **амелобластомы**, более характерно следующее: опухоль не сопровождается болевыми ощущениями; крайне редко наблюдается нагноение; регионарные лимфоузлы не увеличены; пунктат содержит гемолизированную кровь, а не прозрачную жидкость; чаще отмечается резорбция корней зубов, обращенных в опухоль; на рентгенограмме имеется чередование участков уплотнения и разрежения костной ткани. Однако все отличительные признаки относительные, и окончательный диагноз устанавливается после патогистологического исследования.

Эпидермоидная киста (*первичная киста, кератокиста, эпидермоид челюсти, холестеатома*) развивается чаще в нижней челюсти. На рентгенограмме эпидермоидные кисты выглядят и как поликистомы, и как однокамерные кисты. Неравномерное рассасывание кости создает вид многокамерной кисты. В некоторых случаях от основной кисты отходят эпителиальные тяжи с последующим развитием «дочерних» кист. В полость кисты обращены как интактные, так и периодонтитные зубы. При удалении кисты обнаруживается, что она может заполняться кашицеобразным (атеромоподобным) содержимым. Оболочка эпидермоидной кисты тонкая, выстланная многослойным плоским ороговевающим эпителием, в редких случаях стенка кисты может быть плотной. Характер микроскопического строения данных кист дает возможность рассматривать их как порок развития одонтогенного эпителия.

Кисты челюстей характеризуются наличием кариозного (радикулярные кисты) или непрорезавшегося (фолликулярные кисты) зуба. При пункции можно получить прозрачную желтоватую жидкость с кристаллами холестерина; на рентгенограмме имеется четкая связь кистозной полости с верхушкой причинного зуба (радикулярные кисты) или коронковая часть непрорезавшегося зуба находится в полости кисты строго по его анатомической шейке (фолликулярные кисты). Окончательный диагноз уточняется после патогистологического исследования.

Для *злокачественных опухолей* характерно: саркома челюсти чаще встречается в молодом, а рак – в пожилом возрасте; нарушается общее состояние организма больного; быстрый рост опухоли; выражены боли в челюсти; регионарные лимфоузлы рано вовлекаются в процесс; на рентгенограмме прослеживаются дефект кости с изъеденными краями, размытость и нечеткость границ костного дефекта.

Хронический остеомиелит в анамнезе характеризуется острой стадией заболевания, изменением общего состояния организма и лабораторных анализов крови, увеличенными и болезненными регионарными лимфатическими узлами, наличием свищей с гнойным отделяемым на слизистой оболочке или коже, воспалительными изменениями в мягких тканях вокруг патологического очага; на рентгенограмме сочетаются участки деструкции и оссификации (наличие секвестров), присутствует периостальная реакция по периферии участка поражения кости.

Лечение амелобластом заключается в радикальном удалении опухоли в пределах здоровых тканей. Выскабливание опухоли обязательно ведет к возникновению рецидива, т. к. амелобластомы растут местно-деструктивно (инфильтративно). У больных с амелобластомой, которая располагается в пределах альвеолярного отростка или внутреннего края ветви нижней челюсти, допустима щадящая резекция челюсти с сохранением непрерывности кости. При операции на нижней челюсти необходимо отступить на 2 см в сторону здоровой кости от рентгенологически видимых границ опухоли. Если амелобластома располагается на верхней челюсти, то ее удаляют путем частичной или полной резекции челюсти, оставляя по возможности нижнеглазничный край (для сохранения опоры глазного яблока). Резекцию челюсти проводят поднадкостнично, если опухоль не прорастает в костную ткань. При распространении амелобластомы в мягкие ткани выполняют резекцию окружающих ее тканей. После оперативного вмешательства на нижней челюсти необходимо одновременно осуществить костную пластику. В качестве трансплантата ранее использовалась ауто- или аллокость, а в настоящее время – титановые имплантаты. При несвоевременном удалении амелобластомы возможно осложнение – патологический перелом нижней челюсти.

Анализ ближайших и отдаленных результатов костно-пластических операций с аллотрансплантатом позволяет выделить следующие возможные осложнения: нагноение операционной раны с последующим отторжением трансплантата; образование свищей на коже в области костного шва (металлического или другого) через несколько месяцев после операции; частичную резорбцию трансплантата; рецидив опухоли – прорастание амелобластомы в аллотрансплантат при нерадикальном удалении опухоли.

В последние годы все более широкое применение в челюстно-лицевой хирургии находит использование в качестве трансплантата титановых протезов нижней челюсти.

При нерадикальном удалении амелобластомы и ее рецидиве возможно озлокачествление опухоли с развитием злокачественной амелобластомы (образуется из эпителиального компонента опухоли) или амелобластической фибросаркомы (малигнизируется мезодермальный компонент опухоли).

Прогноз благоприятен в том случае, если опухоль удалена радикально. При злокачественной опухоли нижней челюсти пластика дефекта проводится не ранее чем через два года после операции при отсутствии рецидива и метастазов.

Цель исследования – определить частоту встречаемости амелобластом челюстей и патоморфологических форм данной опухоли, провести анализ диагностических ошибок в поликлиниках и челюстно-лицевом стационаре.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Ретроспективный анализ клинического материала проведен на основании обследования и лечения 162-х больных, которых с предварительным диагнозом амелобластома верхней и нижней челюстей медицинские учреждения Украины направили в челюстно-лицевую стационар г. Киева. Обследуемые находились на стационарном лечении в челюстно-лицевом отделении № 1 Киевской городской клинической больницы № 12 (клиника челюстно-лицевой хирургии НМАПО им. П.Л. Шупика) в период с 1990 по 2012 год. Среди всех обследуемых были 72 женщины (44,4 %) и 90 мужчин (55,6 %) в возрасте от 14 до 77-и лет.

Алгоритм исследования был следующим: перед госпитализацией обследуемых выясняли, какое медицинское учреждение (районная поликлиника, челюстно-лицевая стационар городских или областных больниц) направило пациента в клинику и на основании каких данных (анамнеза, клинической симптоматики, диагностических обследований, результатов биопсии) был установлен предварительный диагноз; в клинике челюстно-лицевой хирургии НМАПО при госпитализации больного проводили сбор анамнеза, уточняли клиническую симптоматику, выполняли рентгенологические исследования (обычную рентгенографию в разных проекциях, компьютерную или магнитно-резонансную томографию), проводили предоперационный разбор, делали оперативное вмешательство (эксцизионную биопсию, резекцию челюсти с пластикой образовавшегося после операции дефекта челюсти), уточняли гистологический диагноз, наблюдали за обследуемым не менее пяти лет).

Статистическую обработку полученных результатов выполняли общепринятым вариационно-статистическим методом с использованием персонального компьютера и пакета статистических программ SPSS 11.0 for Windows и Microsoft Excel 2000. Достоверность результатов обследования оценивали по критериям Стьюдента.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Как ранее сказано, ретроспективный анализ проведен на основании обследования и лечения 162-х больных, которых с предварительным диагнозом амелобластома верхней и нижней челюстей медицинские учреждения Украины направили в челюстно-лицевую стационар г. Киева.

В зависимости от возраста и пола все обследуемые разделены следующим образом (табл. 1).

Для верификации предварительного диагноза, имеющегося при госпитализации больных, и выявления диагностических ошибок направившего учреждения (поликлиники) обязательно проводили повторное патогистологическое исследование не только имеющихся у больных патоморфологических препаратов, полученных в других патологоанатомических лабораториях (отделениях) г. Киева, а также дополнительно проверяли соответствие диагноза, полученного в клинике после оперативного вмешательства (резекции челюсти и т. д.). На основании этого анализа установили частоту совпадения диагноза направившего медицинского учреждения и при поступлении больных в стационар клиники с окончательным клиническим диагнозом (табл. 2).

Таблица 1

Распределение обследуемых по возрасту и полу

	Кол-во больных	14–25 лет		26–35 лет		36–45 лет		46–55 лет		более 56-ти лет	
		м	ж	м	ж	м	ж	м	ж	м	ж
Общее количество обследуемых	162	22	13	13	17	22	18	13	11	20	13

Таблица 2

Совпадение диагнозов у больных, госпитализированных в челюстно-лицевой стационар

Кол-во больных	Количество (процент) больных, у которых			
	диагноз направившего учреждения		диагноз при поступлении в челюстно-лицевой стационар	
	совпадает	не совпадает	совпадает	не совпадает
	с окончательным клиническим диагнозом			
162	25 (14,8 %)	137 (85,2 %)	125 (77,2 %)	37 (22,8 %)

Таблица 3

Анализ причин, на основании которых происходили диагностические ошибки, т. е. наблюдалось несовпадение предварительного и окончательного диагнозов направившего учреждения

	Кол-во больных	Совпадение диагнозов	Несовпадение диагнозов
На основании учета клинических симптомов заболевания	114 (100 %)	16 (13,2 %)	98 (86,8 %)
На основании учета клинических данных и ранее проведенных патоморфологических исследований (биопсии)	48 (100 %)	9 (18,8 %)	39 (81,3 %)
Общее кол-во больных	162 (100 %)	25 (14,8 %)	137 (85,2 %)

Окончательный клинический диагноз амелобластома после хирургического вмешательства в стационаре и патоморфологических исследований был установлен у 77-и больных, т. е. только у 47,5 % из 162 обследованных. Из таблицы 2 видно, что совпадение диагнозов в клинике челюстно-лицевой хирургии было у 125 госпитализированных в стационар. В данном случае имеется в виду то, что из 125 больных только у 77-и человек был установлен окончательный диагноз амелобластома, а у остальных 48 больных при поступлении в стационар устанавливали диагноз эпидермоидная киста, остеобластома, одонтогенные и неодонтогенные кисты. Данные диагнозы у них были подтверждены после оперативных вмешательств с последующими патоморфологическими исследованиями.

Причины, по которым происходили диагностические ошибки у врачей-стоматологов-хирургов, направивших больных в стационар лечебных учреждений, представлены в таблице 3.

Совпадение диагнозов направившего учреждения у больных, которых госпитализировали в челюстно-лицевой стационар, с окончательным клиническим диагнозом составлял 14,8 %. Несовпадение диагнозов, т. е. ошибочный диагноз направившего медицинского учреждения, составляло 85,2% (табл. 2). Следует отметить, что у более

чем 95 % больных направившим учреждением являлись врачи-стоматологи-хирурги городских поликлиник различных областей Украины. Около 5 % направившим учреждением были врачи-стоматологи-хирурги челюстно-лицевых стационаров областных городов. Следует обратить внимание на то, что если диагноз врачами устанавливался только на основании клинической симптоматики, то совпадение диагноза было только в 13,2 %, а несовпадение – в 86,8 % случаев. Если диагноз врачами-стоматологами-хирургами устанавливался не только на основании учета клинических данных, но и ранее проведенных патоморфологических исследований (биопсии), то совпадение диагнозов было в 18,8 %, а несовпадение – в 81,3 % случаев (табл. 3).

Совпадение диагнозов, которые устанавливали врачи-ординаторы челюстно-лицевого отделения при поступлении этих больных в стационар, с окончательным клиническим диагнозом составлял 77,2 %, а несовпадение – 22,8 % (табл. 2). Следует отметить то, что если диагноз врачами-ординаторами устанавливался только на основании клинической симптоматики заболевания, то совпадение диагноза было в 74,6 %, а несовпадение – в 25,4 % случаев. Если диагноз врачами-ординаторами челюстно-лицевого стационара устанавливался не только на основании учета клинических данных, но и

Таблица 4

Анализ причин, на основании которых происходили диагностические ошибки при госпитализации в челюстно-лицевой стационар НМАПО им. П.Л. Шупика

	Кол-во больных	Совпадение диагнозов	Несовпадение диагнозов
На основании учета клинических симптомов заболевания	114 (100 %)	85 (74,6 %)	29 (25,4 %)
На основании учета клинических данных и ранее проведенных патоморфологических исследований (биопсии)	48 (100 %)	40 (83,3 %)	8 (16,7 %)
Общее кол-во больных	162 (100 %)	125 (77,2 %)	37 (22,8 %)

Таблица 5

Анализ клинических ошибок

Количество больных, которым диагноз амелобластома был установлен ошибочно	Всего больных	Процент обследуемых от данной группы больных
Общее кол-во больных	85	100 %
Из них:		
хронический остеомиелит	10	12,8 %
радикулярная киста	16	18,8 %
фолликулярная киста	5	5,9 %
эпидермоидная киста	40	47,1 %
цилиндрома	1	1,2 %
фиброма	1	1,2 %
остеома	1	1,2 %
остеобластома	5	5,9 %
цементирующая фиброма	1	1,2 %
нейрофиброма	1	1,2 %
кавернозная гемангиома	1	1,2 %
первичный рак челюсти	3	3,5 %

ранее проведенных патоморфологических исследований (биопсии), то совпадение диагнозов было несколько большим и составляло 83,3 %, а несовпадение – 16,7 % случаев (табл. 4). На основании полученных данных можно говорить о более высокой врачебной квалификации врачей-ординаторов челюстно-лицевых стационаров.

Таким образом, окончательный клинический диагноз амелобластома после хирургического вмешательства в стационаре и патоморфологических исследований был установлен только у 77 больных, т. е. у 47,5 % из 162-х обследованных. В других случаях имели место расхождения клинического и/или гистологического диагнозов, которые были связаны как с гипердиагностикой (примерно в 30 % случаев), так и с гиподиагностикой (около 20 % случаев), а также с ошибками гистологического исследования (около 3 % случаев).

Анализ диагностических ошибок, которые были сделаны на основании оценки только клинических симптомов, показан в табл. 5. Из этой таблицы следует, что наи-

большее количество диагностических ошибок связано с дифференциальной диагностикой амелобластом с эпидермоидными кистами челюстей (47,1 %), несколько реже – с радикулярными кистами (18,8 %) и хроническим одонтогенным остеомиелитом (12,8 %), значительно реже – с фолликулярными кистами (5,4 %), остеобластомами (5,4 %) и другими доброкачественными и злокачественными опухолями челюстей.

При анализе гистологических ошибок выяснили, что данные ошибки были связаны с неправильной оценкой патоморфологической картины препаратов. Гистологически амелобластомы путают с эпидермоидными кистами, радикулярными кистами, фиброзной дисплазией, фолликулярными кистами, хроническим остеомиелитом и остеобластомами.

Теперь проведем анализ больных с амелобластомами по возрасту и полу (табл. 6). Амелобластомы обнаруживались у людей разных возрастных групп, т. е. в возрасте от 15 до 73-х лет. Амелобластомы чаще (в 1,8

раза) встречались у мужчин, чем у женщин. Среди 77-и обследованных были 49 мужчин (63,6 %) и 28 женщин (36,4 %).

Амелобластомы значительно чаще (в 6,7 раза) локализовались (табл. 7) на нижней (87 %), чем на верхней челюсти (13 %).

Среди патоморфологических форм опухоли наиболее часто встречаются: фолликулярный тип, амелобластическая фиброма, плексиформный и акантоматозный тип. Озлокачествленная форма амелобластомы диагностирована в 6,5 % случаев (табл. 8).

Всем 77 пациентам был гистологически установлен диагноз амелобластома с уточнением патоморфологического типа данной опухоли. Больным с амелобластомами челюстей проводили следующие оперативные вмешательства: 10 пациентам проведена субтотальная резекция верхнечелюстной кости (удаление опухоли проводилось без последующей костной пластики); 15

больным с амелобластомами нижнечелюстной кости проведена резекция нижней челюсти без нарушения ее непрерывности (резекция нижнего края или в области угла челюсти, резекция переднего или заднего края ветви); 52-м больным проведена операция резекция нижней челюсти с нарушением ее непрерывности (21 – без вычленения в височно-нижнечелюстном суставе и 31 – с вычленением в височно-нижнечелюстном суставе).

Определенному количеству больных (15 чел.) с амелобластомами нижней челюсти при некоторых патоморфологических формах данной опухоли (фолликулярном типе, амелобластической фиброодонтоме, аденоамелобластома и одонтоамелобластома) в связи с отказом пациентов от операции резекции нижней челюсти и костной пластики оперативное вмешательство заканчивали тотальным удалением опухолевой и костной ткани (в пределах видимо здоровых тканей). Последующие (5, 7 и 10-летнее) наблюдения за этими

Таблица 6

Распределение больных с амелобластомами по возрасту и полу

Кол-во больных	14–25 лет		26–35 лет		36–45 лет		46–55 лет		более 56-ти лет	
	м	ж	м	ж	м	ж	м	ж	м	ж
77	10	6	8	6	11	5	9	4	11	7

Таблица 7

Локализация амелобластом челюстей

Верхняя челюсть	10
Нижняя челюсть	67
Общее кол-во больных с амелобластомами	77

Таблица 8

Патоморфологический тип амелобластом челюстей

	Кол-во больных	Процент от общего кол-ва больных
Общее кол-во больных с амелобластомами	77	100 %
Гистологический тип опухоли:		
плексиформный	9	11,7 %
акантоматозный	8	10,4 %
фолликулярный	22	28,5 %
зернисто-клеточный	4	5,2 %
амелобластическая фиброма	14	18,2 %
амелобластическая фиброодонтома	4	5,2 %
одонтоамелобластома	4	5,2 %
аденоамелобластома	7	9,1 %
озлокачествленная форма	5	6,5 %

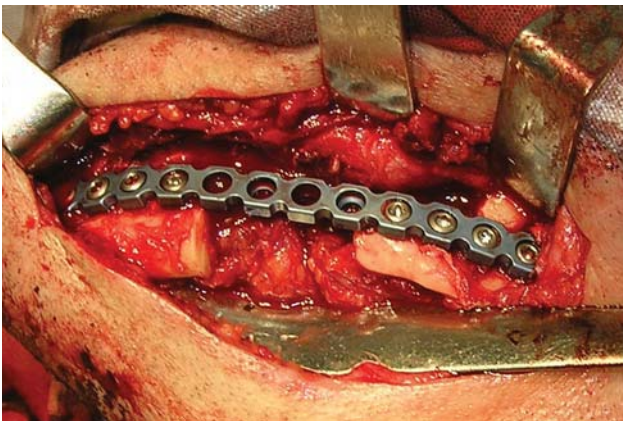


Рис. 1. Внешний вид титанового эндопротеза после резекции тела нижней челюсти в области премоляров и первого моляра у больного Л. 47-и лет с диагнозом амелобластома.

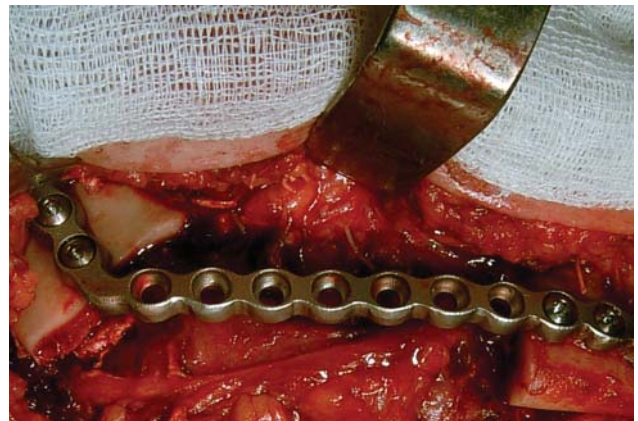


Рис. 2. Внешний вид операционной раны больной П. 39-ти лет с амелобластомой нижней челюсти после резекции нижней челюсти в пределах премоляров и моляров с сохранением височно-нижнечелюстного сустава при костной пластике титановым эндопротезом.

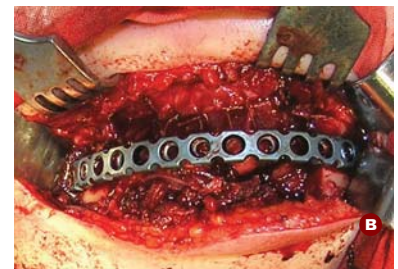


Рис. 3. Рентгенограмма больной К. 58-и лет с диагнозом амелобластома нижней челюсти (а). Внешний вид опухоли (с язычной стороны) и резецированного участка нижней челюсти (б). Костная пластика нижней челюсти титановым эндопротезом (в).

пациентами (15 чел.) показали отсутствие у них рецидивов опухоли в период обследования.

Ранее указанным 52-м больным, которым была проведена резекция нижнечелюстной кости в области подбородочного отдела, тела челюсти, ветви челюсти, тела и ветви нижней челюсти, одновременно выполнена костная пластика с использованием аллокости (10 чел.), аутокости (12 чел.) или титановых эндопротезов нижней челюсти (30 чел.).

Рецидив амелобластомы наблюдали у 5-ти больных (3 на верхней и 2 – на нижней челюсти), т. е. в 6,5 % случаев (рис. 4).

ВЫВОДЫ

Амелобластомы челюстей являются наиболее часто встречающимися эпителиальными одонтогенными опухолями челюстей. Многообразие клинической картины и гистологического строения данных опухолей является основой для возникновения диагностических ошибок, которые связаны с недостаточной квалификацией врачей-стоматологов-хирургов поликлинических отделений и областных челюстно-лицевых стационаров, установлением диагноза только на основании определения клини-

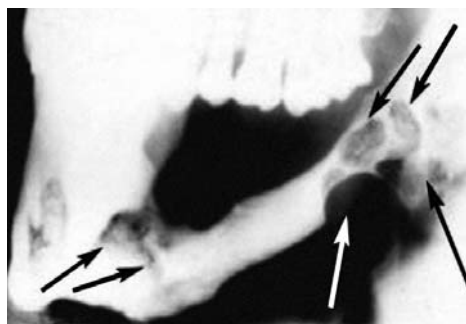


Рис. 4. Рентгенограмма нижней челюсти больного с прорастанием амелобластомы в аллотрансплантат (указаны стрелками). Рентгенограмма сделана через один год после костной пластики.

ческих симптомов опухоли, а также с неправильной оценкой разнообразия их патоморфологической картины.

На основании обследования считаем, что для правильной постановки диагноза на этапе окончательного планирования оперативного вмешательства при амелобластомах челюстей обязательным условием являются компьютерная томография и эксцизионная биопсия с уточнением патоморфологического типа данной опухоли.

Основным методом лечения амелобластом челюстей на сегодня является резекция участка челюсти с сохранением или без сохранения ее непрерывности с последующей костной пластикой образовавшегося дефекта титановыми эндопротезами.

Диспансерное наблюдение за больными, которым не была проведена резекция нижней челюсти с последующей костной пластикой образовавшегося дефекта, показывает, что не все патоморфологические типы амелобластом имеют одинаковую частоту рецидивирования и озлокачествления. Поэтому вопрос выбора оптимального метода лечения данных опухолей требует индивидуального подхода и дальнейшего изучения.