

УДК 616.716.4-006.634: 616.314-053.2-08

ЛЕЧЕНИЕ АМЕЛОБЛАСТОМЫ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Терехова Т. Н.¹, Ницзяти Н.², Хуан Л.², Зенькевич Ю. В.¹

*¹УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
кафедра стоматологии детского возраста, г. Минск, Республика
Беларусь; ²Стоматологическая больница Медицинского университета
Гуанчжоу, г. Гуанчжоу, Китайская Народная Республика*

Введение. Амелобластома является наиболее распространенной одонтогенной опухолью, которая возникает из одонтогенного эпителия остатков эмалевого органа в результате нарушения закладки и развития зуба в эмбриогенезе.

Цель работы — информирование врачей-стоматологов о подходе к лечению амелобластомы нижней челюсти в детском возрасте в Китайской Народной Республике (КНР).

Объекты и методы. В данной работе описано комплексное лечение амелобластомы нижней челюсти у 12-летней пациентки в отделении челюстно-лицевой области в филиале стоматологической больницы медицинского университета г. Гуанчжоу, КНР.

Результаты. Наряду с хирургическим вмешательством проведено ортопедическое лечение. Под общим обезболиванием выполнена цистотомия нижней челюсти слева и удаление зубов 3.7. и 3.8. В послеоперационную рану помещена йодоформная турунда, которая фиксирована швами. Через 7 дней после операции сняты швы, удалена йодоформная турунда, во избежание деформации зубного ряда верхней челюсти и защиты послеоперационной раны от травмы изготовлен и припасован в полости рта пациентки протез, даны рекомендации по его применению. Пациентка самостоятельно промывала послеоперационную рану через отверстие в протезе 0,9% физиологическим раствором с помощью специального 5 мл шприца 2–3 раза в день, в течение 5 месяцев.

Заключение. Описанная тактика лечения позволяет получить его оптимальные результаты в наиболее короткие сроки, способствуют выздоровлению и предупреждению развития тяжелых осложнений, угрожающих жизни, а также повышает качество оказания специализированной медицинской помощи пациентам с амелобластомой.

Ключевые слова: амелобластома нижней челюсти; детская стоматология; лечение одонтогенных опухолей.

TREATMENT OF AMELOBLASTOMA OF THE LOWER JAW IN CHILDHOOD

Terekhova T. N.¹, Nilupaer N.², Huang L.², Zenkevich Yu. V.²

¹*Belarusian State Medical University, Minsk, Republic of Belarus*

²*Affiliated Stomatology Hospital of Guangzhou Medical University, Guangzhou,
People's Republic of China*

Introduction. Ameloblastoma is the most common odontogenic tumor that arises from the odontogenic epithelium of the remains of an enamel organ as a result of a violation of the laying and development of the tooth in embryogenesis.

Aim. Informing dentists about the approach to the treatment of mandibular ameloblastoma in childhood in China.

Objects and methods. This paper describes the comprehensive treatment of mandibular ameloblastoma in a 12-year-old patient in the maxillofacial department of the Affiliated Stomatology Hospital of Guangzhou Medical University, People's Republic of China.

Results. Along with surgical intervention, orthopedic treatment was performed. Under general anesthesia, a cystotomy of the lower jaw on the left was performed and teeth were removed 3.7. and 3.8. An iodoform turunda was placed in the postoperative wound, which is fixed with sutures. 7 days after the operation, the stitches were removed, the iodoform turunda was removed, in order to avoid deformation of the dentition of the upper jaw and protect the postoperative wound from injury, a prosthesis was made and stored in the patient's mouth, recommendations for its use were given. The patient independently washed the postoperative wound through the hole in the prosthesis with 0.9% saline solution 2–3 times a day using a special 5 ml syringe for rinsing for 5 months.

Conclusion. The described treatment tactics allows to obtain optimal treatment results in the shortest possible time, contribute to recovery and prevent the development of severe life-threatening complications, and also improves the quality of specialized medical care for patients with ameloblastoma.

Keywords: ameloblastoma of the mandible; pediatric dentistry; treatment of odontogenic tumors.

Введение. Амелобластома является наиболее распространенной одонтогенной опухолью из одонтогенного эпителия остатков эмалевого органа в результате нарушения закладки и развития зуба в эмбриогенезе [2].

Особенностью клинической картины амелобластомы является очень медленное развитие, однако с прогрессированием заболевания происходит деформация челюсти, возможное нарушение чувствительности нижней губы. Первым видимым проявлением данного заболевания служит нарушение конфигурации лица, припухлость со стороны поражения. При неблагоприятном развитии или длительном некорректном лечении возможна малигнизация. До настоящего времени причины развития новообразования дискутируются [1, 3].

В начальных стадиях лечения амелобластомы у детей показана цистотомия, позволяющая максимально сохранить структуру и функции окружающих тканей. По данным специальной литературы, отмечено, что цистотомия у детей не влияет на рост челюсти, в связи с чем широко применяется при лечении амелобластомы [4, 5].

Цель работы — информирование врачей-стоматологов о подходе к лечению амелобластомы нижней челюсти в детском возрасте в Китайской Народной Республике (КНР).

Результаты. Пациентка 12 лет, поступила в отделение челюстно-лицевой области филиала стоматологической больницы медицинского университета г. Гуанчжоу, КНР с жалобами на нарушение конфигурации лица с периодической болью нижней челюсти в течение 15 дней.

Проведена конусно-лучевая компьютерная томография (КЛКТ). На результатах которой обнаружен очаг поражения размером 45,21*37,51*60,44 мм в области корней зубов 3.6, 3.7 и ветви нижней челюсти без нарушения непрерывности кортикальной пластинки, но с ее истончением с щечной и язычной сторон, смещение зачатка зуба 3.8 дистально и нижнего альвеолярного нерва книзу, резорбция корней зуба 3.7 (рисунок 1, а).

Клиническая картина: конфигурация лица изменена за счет увеличения («вздутия») нижней челюсти слева, кожные покровы над пораженной областью физиологической окраски, легко собираются в складку. Открывание полости рта в пределах физиологической нормы. В полости рта зуб 3.7 смещен в язычную сторону. Его перкуссия безболезненна, имеется нарушение статики — подвижность 3 степени. Перкуссия зуба 3.6 безболезненна, статика зуба не изменена. При пальпации переходной складки в области зубов 3.6 и 3.7 определяется гладкий веретенообразно увеличенный участок кости, симптом «пергаментного хруста» положительный. Также со стороны полости рта отмечена деформация альвеолярного отростка.

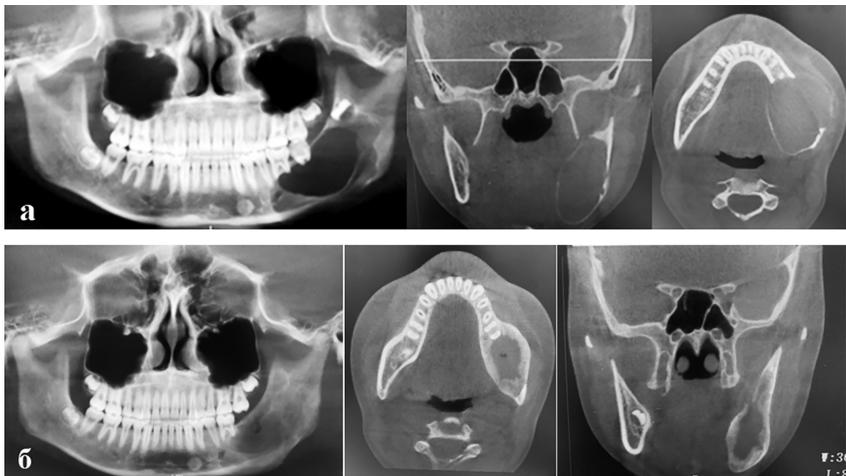


Рисунок 1 — Результаты конусно-лучевой компьютерной томографии пациентки А.:
а — до проведения хирургического лечения;
б — через 5 месяцев после проведения оперативного вмешательства.

Пациентке был поставлен предварительный диагноз: амелобластома нижней челюсти под вопросом, после чего она была направлена на консультацию и лечение в стационар.

Учитывая возраст ребенка и результаты клинической и лучевой диагностики девочке, под общим обезболиванием проведена цистотомия нижней челюсти слева и удалены зубы 3.7 и 3.8. В послеоперационную рану введена йодоформная турунда, фиксированная швами к краю раны.

Полученный интраоперационно при удалении образования нижней челюсти материал макроскопически состоит из стромы и паренхимы, имеет капсулу. В соответствии с данными экспресс-биопсии, выполненной в процессе оперативного вмешательства микроскопически строма представлена соединительной тканью, содержащей сосудистые и клеточные элементы. Паренхима состоит из эпителиальных тяжей (ячеек). По периферии каждой ячейки располагаются высокие цилиндрические клетки с круглыми или овальными ядрами и уменьшенной цитоплазмой. Кнутри от цилиндрических клеток наблюдаются

звездчатые клетки, соединяющиеся между собой отростками цитоплазмы, образуя так называемый слой ретикулярных эпителиальных клеток.

С учетом клинической и лучевой картины, а также результатов патогистологического исследования был поставлен диагноз: амелобластома нижней челюсти слева.

Через 7 дней после операции сняты швы, удалена йодоформная турунда, во избежание деформации зубного ряда верхней челюсти и защиты послеоперационной раны от травмы врачом-ортопедом изготовлен и припасован в полости рта пациентки индивидуальный протез и даны рекомендации по его использованию. Пациентка самостоятельно через отверстие в ортопедической конструкции промывала послеоперационную рану в течение 5 месяцев. Инстилляции осуществляла 0,9% физиологическим раствором 2–3 раза в день с помощью специального шприца объемом 5 мл.

Через 5 месяцев после оперативного вмешательства была выполнена КЛКТ для оценки результата комплексного лечения. По ее результатам констатировано уменьшение очага поражения с 45,21*37,51*60,44 мм на 30,8*15,3*21,5 мм, образование новой костной ткани (рисунок 1, б).

Заключение. Тактика комплексного лечения амелобластомы челюсти у детей в КНР имеет высокую клиническую эффективность, так как хирургическое вмешательство — цистотомия не только не нарушает структуру и функции челюсти, но и способствует уменьшению патологического очага. В свою очередь, использование упомянутой выше ортопедической конструкции, оптимизирует процессы очищения и регенерации раны, улучшает послеоперационную медицинскую реабилитацию пациента, так как безболезненная инстилляция послеоперационной раны в отличие от еженедельных перевязок при применении йодоформной турунды, не вызывает у пациентов дополнительных болевых ощущений, а, следовательно, страха.

Таким образом, описанная тактика лечения позволяет получить оптимальные его результаты в наиболее короткие сроки, способствуют выздоровлению и предупреждению развития тяжелых осложнений, угрожающих жизни, а также повышает качество оказания специализированной медицинской помощи пациентам с амелобластомой.

Литература.

1. Егиазарян, А. К. Черепно-лицевые опухоли (эстезионейробластома и амелобластома) / А. К. Егиазарян, А. Ю. Мелентьева, И. М. Татарова //

Здоровье и образование в XXI веке : сб. науч. тез. и статей. — М. : ООО «Техномед Холдинг», 2011. — Т. 13, № 1. — С. 55–58.

2. Морфологическая характеристика амелобластомы со смешанным гистологическим строением / Н. С. Цимбалист [и др.] // *Head and neck*. — 2022. — Т. 10, № 1. — С. 27–34. doi: 10.25792/HN.2022.10.1.27-34

3. Принципы обследования и планирования хирургического лечения пациентов с поражением нижней челюсти амелобластомой / Н. В. Калакуцкий [и др.] // *Head and neck*. — 2016. — № 3. — С. 55а.

4. Expert consensus on marsupialization of cystic lesions of the jaw / Q. Tao [et al.] // *J. of Prevent. and Treatment for Stom. Diseases*. — 2020. — Vol. 28, N 2. — P. 69–72. doi:10.12016/j.issn.2096-1456.2020.02.001

5. Pogrel, M. Is there a role for enucleation in the management of ameloblastoma? / M. Pogrel, D. Montes // *Int. J. Oral Maxillofac. Surg.* — 2009. — Vol. 38, N 8. — P. 807–812. doi: 10.1016/j.ijom.2009.02.018