

АМЕЛОБЛАСТОМА: ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ И ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ТРУДНОСТИ

Ю. Медведев, доктор медицинских наук, профессор,
И. Черкесов, кандидат медицинских наук,
Е. Басин, кандидат медицинских наук, **И. Цветаев**
Первый МГМУ им. И.М. Сеченова
E-mail: uamedvedev@gmail.com

Рассмотрены принципы диагностики и хирургического лечения амелобластомы нижней челюсти (НЧ) у 18 пациентов. Предложен оригинальный способ устранения дефекта кости НЧ с помощью индивидуальных эндопротезов из пористого никелида титана. Результаты лечения открывают новые возможности в реконструктивной челюстно-лицевой хирургии и онкологии.

Ключевые слова: амелобластома нижней челюсти, резекция, эндопротезы из сверхэластичного никелида титана.

Амелобластома — одонтогенная опухоль эпителиального происхождения с потенциалом агрессивного роста [1]. Амелобластома не должна расцениваться как злокачественная опухоль, а часто используемый термин «местноинвазивная опухоль» свидетельствует о низкой квалификации врача и неадекватной терапии. Диагностика заболевания должна проводиться на ранних стадиях. Из-за различий в строении образования гистологический диагноз может ввести клинициста в заблуждение [1, 2]. Амелобластома встречается у лиц среднего возраста, преимущественно в боковых отделах нижней челюсти (НЧ).

На верхней челюсти она развивается редко — всего в 15% случаев. Поражение верхней челюсти вследствие местноинвазивного роста образования при нерадикальном хирургическом лечении может привести к распространению опухоли на основание черепа, что представляет угрозу для жизни [3].

Лечение амелобластом состоит в радикальном иссечении костной ткани, криохирургии, электрокоагуляции, несколько реже — в химиотерапии, консервативном кюретаже. Частота рецидива образований при кюретаже может достигать 60%, в то время как при радикальной хирургической тактике она сокращается до 5%. В литературе приводится много данных о рецидивировании амелобластом после нерадикального лечения, декомпрессии, экономной резекции, резекции челюсти на протяжении, а также в области пересаженной в область дефекта аутокости [1, 2, 4–6].

В связи с длительным латентным периодом проследить отдаленные результаты лечения в отдельных клиниках не всегда возможно из-за изменений в тактике лечения и миграции населения [7, 8]. Отсутствие единого мнения о гистогенезе амелобластом, их способность расти в течение десятилетий, на протяжении которых пациенты не обращаются за медицинской помощью, множественные оперативные вмешательства могут способствовать рецидивированию заболевания [1, 9]. Злокачественное перерождение амелобластомы с отдаленными метастазами в легкие, лимфатические узлы шеи, сре-

достение, голень, ребро, боковую стенку глотки встречается довольно редко [1, 10].

В связи с разнообразием подходов к лечению и реабилитации пациентов, несоответствием клинической и гистологической картины нами предложен разработанный на кафедре госпитальной хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии (ЧЛХ) Первого МГМУ им. И.М. Сеченова алгоритм оказания стоматологической помощи больным с амелобластомой.

В клинике ЧЛХ Первого МГМУ им. И.М. Сеченова с 2007 по 2012 гг. находились на лечении 18 пациентов с амелобластомой НЧ, в том числе 5 — с рецидивом образования. Все пациенты проходили стандартное клиническое обследование с обязательной гистологической верификацией образования на догоспитальном уровне. Рентгенологическое обследование заключалось в использовании обзорных рентгенограмм, компьютерной томографии (КТ) с обязательной 3D-реконструкцией изображения. Исходя из полученных данных, изготавливали стереолитографические модели, на которых с учетом клинической картины и результатов анализа рентгенограмм моделировали оперативное вмешательство, определяли размеры дефекта и в соответствии с этим создавали шаблон из воска. Модель имплантата отправляли в физико-техническую лабораторию, где изготавливали индивидуальный эндопротез из пористого никелида титана с различными фиксирующими конструкциями.

СПОСОБЫ ЛЕЧЕНИЯ

В 13 случаях в связи с распространением образования до базиса НЧ или суставного отростка проводилась резекция челюсти с нарушением ее непрерывности. При резекции челюсти возможно инфицирование раны микрофлорой полости рта, что является относительным противопоказанием к одномоментной костной пластике. Один из важнейших отрицательных моментов при вторичной костной пластике — возможность повреждения околоушной слюнной железы и ветвей лицевого нерва при формировании ложа трансплантата. В связи с этим нами предложена при проведении вторичной костной пластики установка сетчатого проводника из сверхэластичного никелида титана по ходу НЧ для создания топографо-анатомических ориентиров.

При отсутствии противопоказаний, а также при распространении образования лишь в толще кости (n=11) проводилась одномоментная костная пластика с установкой индивидуальных имплантатов из никелида титана. Эндопротезы в разных плоскостях фиксировали с помощью винтов и скоб с памятью формы из никелида титана. В 8 случаях осуществляли эндопротезирование НЧ, выполняя резекцию с экзартикуляцией. Когда образование распространяется за подбородочный отдел НЧ, реконструктивно-восстановительные операции наиболее сложны в связи с прикреплением мышц и создаваемой ими тягой мягких тканей в данной области. В подобных случаях индивидуальный эндопротез из никелида титана обматывали сетчатым проводником, чтобы обеспечить объем мягких тканей по типу «искусственной надкостницы».

Клинический пример №1. Пациентка Е. обратилась в клинику ЧЛХ Университетской клинической больницы (УКБ) Первого МГМУ им. И.М. Сеченова №2 с жалобами на периодические боли в области НЧ слева (рис. 1). Клинически отмечалось вздутие тела НЧ, пальпация была безболезненной. На догоспитальном этапе проведена гистологическая верификация образования после КТ-исследования (рис. 2). Клинический и гистологиче-

ский диагнозы не противоречили друг другу – амелобластома НЧ. Для проведения моделирования имплантации и изготовления индивидуального эндопротеза из никелида титана выполняли стереолиитографию НЧ (рис. 3). Методика оперативного вмешательства заключалась в следующем: отступя от края НЧ, производили разрез кожи и осуществляли доступ к телу НЧ. Далее производили скелетирование тела и ветви НЧ в целях обеспечения визуального контроля образования и фиксации эндопротеза (рис. 4, 5), размечали область остеотомии фрезами, устанавливали эндопротез непосредственно

на кость НЧ и делали фрезевые отверстия для будущих фиксаторов. Образование удаляли с резекцией кости в пределах 1 см от границ поражения, исходя из клинических и рентгенологических данных. Эндопротез фиксировали мини-винтами и скобами с памятью формы из никелида титана под контролем прикуса. Рану послойно ушивали, оставляя латексный выпускник. Швы снимали на 10-е сутки (рис. 6–8).

Клинический пример №2. Пациент Ш. обратился в клинику ЧЛХ УКБ №2 в связи с безболезненной припухлостью в области НЧ. После рентгенологического дообсле-



Рис. 1. Пациентка Е.

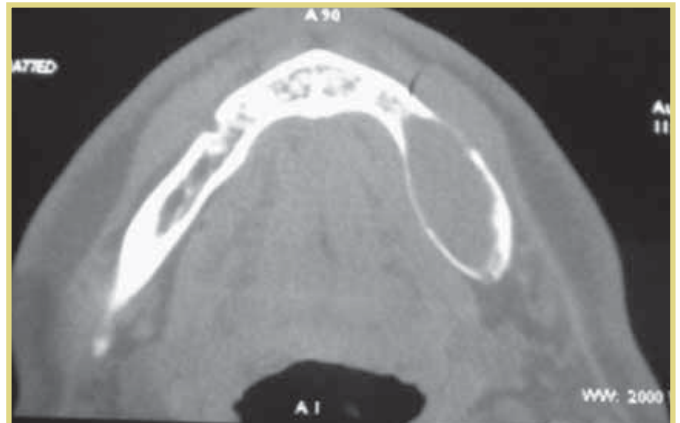


Рис. 2. КТ НЧ пациентки Е.

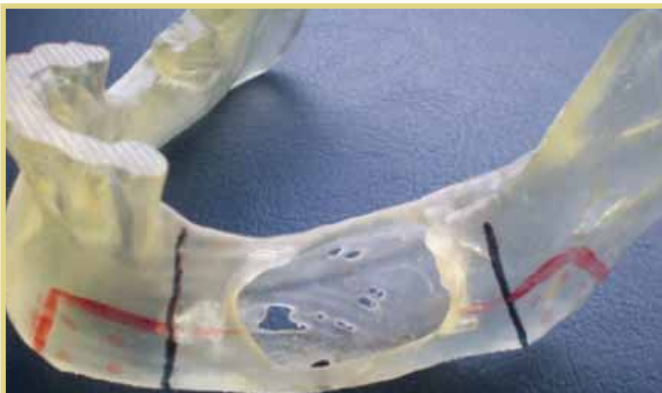


Рис. 3. Та же пациентка. Стереолитографическая модель НЧ с разметкой зоны резекции и области установки эндопротеза

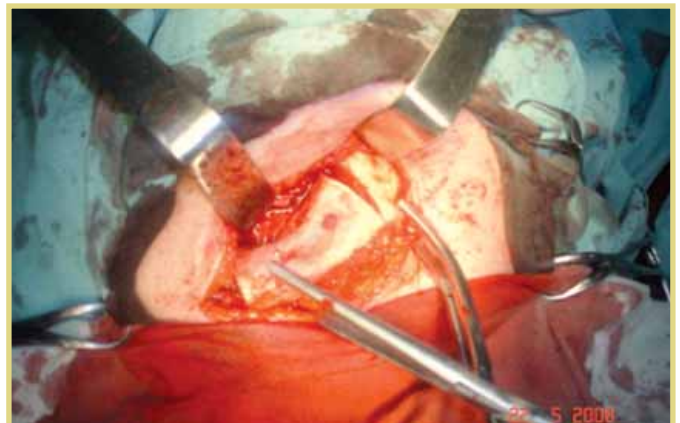


Рис. 4. Та же пациентка. Этап оперативного вмешательства



Рис. 5. Та же пациентка. Установка индивидуального эндопротеза из никелида титана

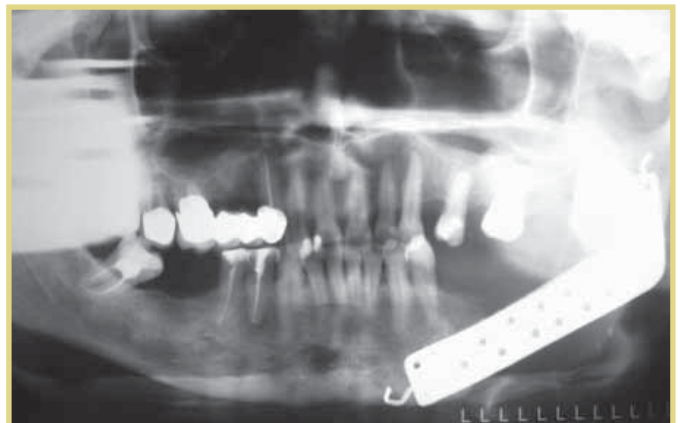


Рис. 6. Та же пациентка. Контрольная обзорная рентгенограмма

дования поставлен клинический диагноз: амелобластома НЧ; позже диагноз был подтвержден гистологическим исследованием биоптата. Методика планирования оперативного вмешательства была идентична таковой в клиническом наблюдении №1, однако в связи с ограниченным процессом было принято решение о проведении экзартикуляции НЧ слева и удалении новообразования на столе с последующей экспозицией кости в жидком азоте (рис. 9–11). Для обеспечения стабильности реплантата произведена его фиксация к кости НЧ на индивидуальный эндопротез из никелида титана (рис. 12–14).

Контрольный осмотр через 1 год после оперативного вмешательства не выявил рецидива новообразования во всех клинических случаях.

Тактика лечения существенно различается при разных типах новообразования, разных его локализациях, гистологических диагнозах. В некоторых клиниках в 25% случаев производятся энуклеация или кюретаж опухоли. Однако высокая частота рецидивов амелобластом при проведении энуклеации диктует необходимость более радикального лечения с резекцией кости в пределах 1 см от границы поражения [1]. Применение стереолитографии при планировании оперативных вмешательств – важная, неотъемлемая часть лечения пациентов с новообразованиями челюстно-лицевой области [11]. Для устранения дефектов, возникающих после резекции челюстей, используют аутотрансплантаты, аллопластику и имплантаты из различных металлов и сплавов [1, 2, 12–14]. Риск при взятии аутотрансплантата, несогласие пациентов на



Рис. 7. Та же пациентка. Прикус после оперативного вмешательства



Рис. 8. Та же пациентка. Открывание рта после операции

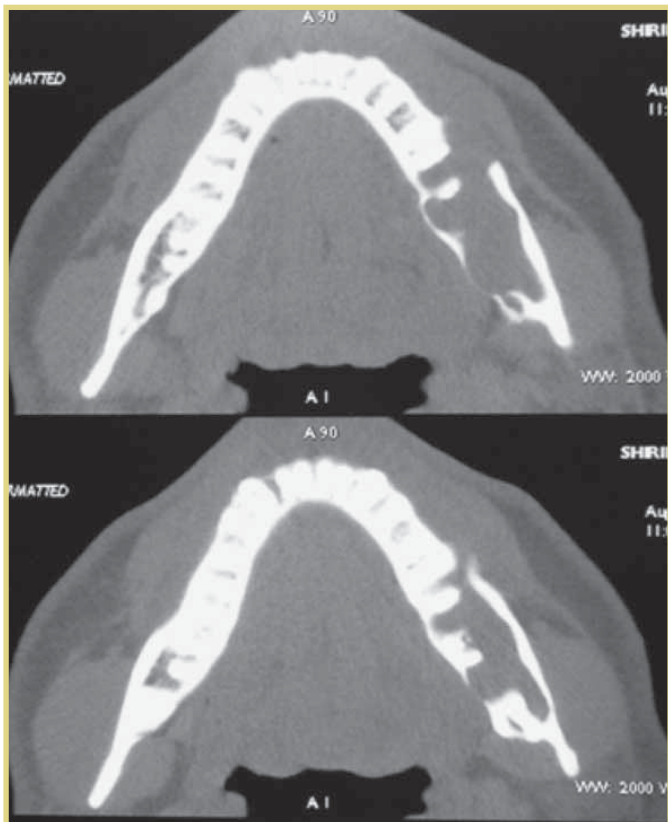


Рис. 9. Пациент Ш. КТ НЧ

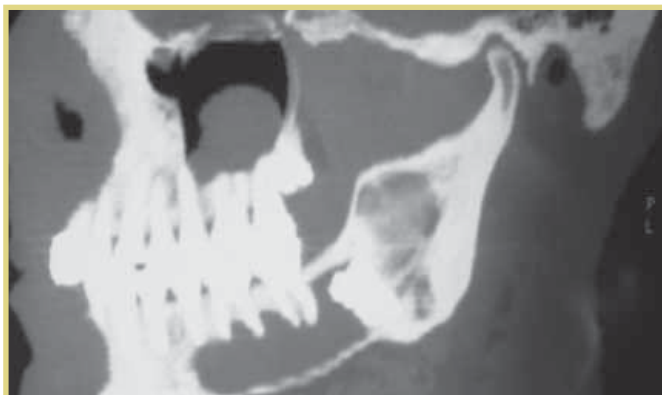


Рис. 10. Пациент Ш. КТ НЧ



Рис. 11. Пациент Ш. Макропрепарат НЧ после резекции с экзартикуляцией слева

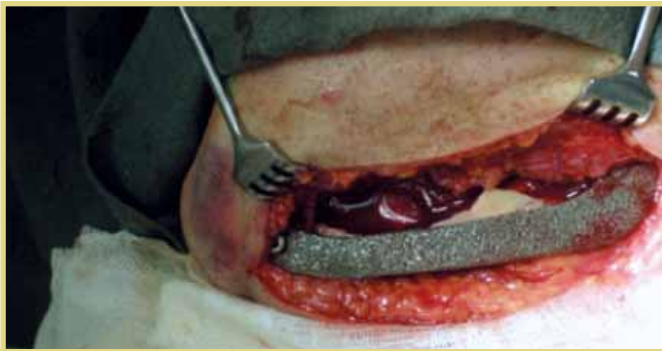


Рис. 12. Пациент Ш. Этап оперативного вмешательства – реплантация НЧ и фиксация индивидуальной пластиной из никелида титана

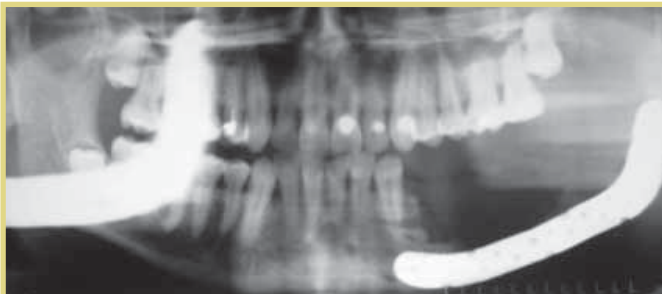


Рис. 13. Пациент Ш. Контрольная обзорная рентгенограмма после оперативного вмешательства

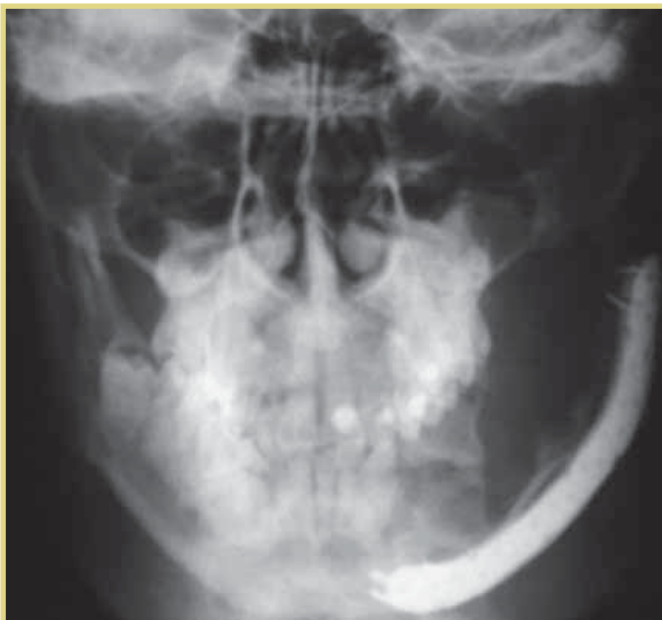


Рис. 14. Пациент Ш. Рентгенограмма черепа в прямой проекции

подобную операцию, создание при этом 2 зон оперативного вмешательства, а также общесоматические противопоказания делают применение эндопротезов из никелида титана оптимальной альтернативой, устраняющей большинство из этих недостатков.

Литература

1. Мазалова Н.Н., Абдуллаходжаева М.С. Амелобластома (адамантинома) челюстей / Т.: Медицина, 1984; 132.
2. Butler F., Harrigan W. Ameloblastoma // Am. J. Surg. – 1954; 6 (88): 835–42.
3. Chen W., Li J., Yang Z. et al. Recurrent ameloblastoma of the anterior skull base: three cases treated by radical resections // J. Craniomaxillofac. Surg. – 2006; 34 (7): 412–4. Epub. 2006.
4. Adekeye E., Lavery K. Recurrent ameloblastoma of the maxillo-facial region // Clin. Feat. Treat. J. Maxillofac. Surg. – 1986; 14 (3): 153–7.
5. Eversole L., Leider A., Strub D. Radiographic characteristics of cystogenic ameloblastoma // Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. – 1984; 57 (5): 572–7.
6. Hickey M. Surgical treatment of adamantinoma // Am. J. Surg. – 1956; 92: 852.
7. Hayward J. Recurrent ameloblastoma, 30 years after surgical management // J. Oral Surg. – 1973; (31): 368.
8. Small I. Recurrent ameloblastoma, 25 years after hemimandibulectomy // Oral Surg. – 1956; (9): 699.
9. Ota Y., Aoki T., Otsuru M. et al. Huge ameloblastoma associated with hypercalcemia, leukocytosis, and elevated tumor markers via production of parathyroid hormone-related protein and granulocyte colony-stimulating factor // J. Oral Maxillofac. Surg. – 2012; 70 (6): 1380–5. Epub. 2011.
10. Luo D. et al. Pulmonary metastases from an Ameloblastoma: Case report and review of the literature // J. Cranio-Maxillo-Facial Surg. – 2012; doi:10.1016/j.jcms.2012.03.006.
11. Sannomiya E., Silva J., Brito A. et al. Surgical planning for resection of an ameloblastoma and reconstruction of the mandible using a selective laser sintering 3D biomodel // Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol. Endod. – 2008; 106 (1): e36–40.
12. Bianchi S., Tarello F., Polastri F. et al. Ameloblastoma of the mandible involving an autogenous bone graft // J. Oral Maxillofac. Surg. – 1998; 56 (10): 1187–91.
13. Zemann W., Feichtinger M., Kowatsch E. et al. Extensive ameloblastoma of the jaws: surgical management and immediate reconstruction using microvascular flaps // Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol. Endod. – 2007; 103 (2): 190–6. Epub. 2006.
14. Pogrel M., Montes D. Is there a role for enucleation in the management of ameloblastoma? // Int. J. Oral Maxillofac. Surg. – 2009; 38 (8): 807–12. Epub. 2009.

AMELOBLASTOMA: TREATMENT POLICY AND DIAGNOSTIC DIFFICULTIES

Professor **Yu. Medvedev**, MD; **I. Cherkosov**, Candidate of Medical Sciences; **E. Basin** Candidate of Medical Sciences, Assistant; **I. Tsvetaev**
I.M. Sechenov First Moscow State Medical University

The paper considers the principles in the diagnosis and surgical treatment of mandibular ameloblastoma in 18 patients. It proposes an original procedure to remove a mandibular defect with individual porous titanium nickelide endoprostheses. Treatment results open up new fields in reconstructive maxillofacial surgery and oncology.

Key words: mandibular ameloblastoma, resection, superelastic titanium nickelide endoprostheses.