

Обзор литературы и описание клинического случая
УДК 617.528

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ АМЕЛОБЛАСТОМЫ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

С.В.Седова¹, К.М. Шашкин^{1,2}, Е.Н. Процык¹, Р.М. Пашаев¹, А.Г. Манасов¹

¹ ФГКУЗ «Главный военный клинический госпиталь войск национальной гвардии Российской Федерации», Балашиха, Россия

² Медицинский институт непрерывного образования ФГБОУ ВО «Российский биотехнологический университет (РОСБИОТЕХ)», Москва, Россия

АННОТАЦИЯ

Авторы статьи «Клинический случай амелобластомы верхней челюсти, диагностика и лечение» изучили все основные процессы, связанные с новообразованиями из классификации амелобластом. Изученная опухоль рассматривается с точки зрения морфофункциональных, диагностических, патологоанатомических и лечебных разделов медицины. Продемонстрированы основные теории возникновения опухоли в зубочелюстной системе. Отдельно уделено внимание дополнительным методам диагностики новообразования, способам хирургического лечения и оценке результатов лечения заболевания в отдаленных периодах.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: одонтогенные опухоли, амелобластома, диагностика, хирургическое лечение

КОРРЕСПОНДЕНЦИЯ: Светлана Владимировна Седова, e-mail: sedova_77@mail.ru

ДЛЯ ЦИТИРОВАНИЯ: Седова С.В., Шашкин К.М., Процык Е.Н., Пашаев Р.М., Манасов А.Г. Клинический случай амелобластомы верхней челюсти, диагностика и лечение // Вестник Медицинского института непрерывного образования. — 2024. — Т. 4, № 2. — С. 8–12. — DOI 10.36107/2782-1714_2024-4-2-8-12.

ИСТОЧНИК ФИНАНСИРОВАНИЯ: Авторы заявляют об отсутствии финансирования при проведении исследования.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ: Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

A CLINICAL CASE OF AMELOBLASTOMA OF THE UPPER JAW, DIAGNOSIS AND TREATMENT

S.V. Sedova¹, K.M. Shashkin^{1,2}, E.N. Protsyk¹, R.M. Pashaev¹, A.G. Manasov¹

¹ Main Military Clinical Hospital of the National Guard Troops of the Russian Federation. Balashikha, Russia

² Medical Institute of Continuing Education, Russian Biotechnological University (ROSBIOTECH). Moscow, Russia

ABSTRACT

In this article all the main processes associated with neoplasms from the classification of ameloblastoma were studied. The tumor is considered from the point of view of morpho-functional, diagnostic, pathological-anatomical and therapeutic branches of medicine. The main theories of the occurrence of tumors in the dental system are demonstrated. Special attention is paid to additional methods of neoplasm diagnostics, methods of surgical treatment and assessing the results of treatment of the disease in long-term periods.

KEYWORDS: odontogenic tumors, ameloblastoma, diagnosis, surgical treatment

CORRESPONDENCE: Svetlana V. Sedova, e-mail: sedova_77@mail.ru

FOR CITATIONS: Sedova S.V., Shashkin K.M., Protsyk E.N., Pashaev R.M., Manasov A.G. A Clinical case of ameloblastoma of the upper jaw, diagnosis and treatment // Bulletin of the Medical Institute of Continuing Education. — 2024. — V. 4, No. 2. — P. 8–12. — DOI 10.36107/2782-1714_2024-4-2-8-12.

FUNDING SOURCE: The authors declare no funding for the study.

DECLARATION OF COMPETING INTEREST: The authors declare no apparent or potential conflicts of interest related to the publication of this article.

АКТУАЛЬНОСТЬ

Амелобластома — это доброкачественная одонтогенная опухоль, местом локализации которой является тело нижней челюсти в области моляров и премоляров (80%). Чаще всего встречается в возрастном промежутке в 20–50 лет и среди женщин, и среди мужчин. Размеры очагов деструкции варьируются от 7,0х5,0х3,0 мм до 4,0х3,0х2,0 см. Изучая строение опухоли, происходящей из ткани зубного зачатка, Malassez в 1885 году впервые дал ее гистологическое описание (Hughes C.A., 1999). Термин «амелобластома» предложен в 1934 году Ivy and Churchill, так как была доказана одонтогенная эпителиальная этиология возникновения опухоли. К семидесятым годам 20-го столетия клинические и морфологические аспекты амелобластомы относительно хорошо изучены, и предложено большое количество способов лечения этого заболевания (Орлов В.С. 1954; Stanley H.R., 1959; Ермолаев И.И., 1973; Robinson L., Martinez M.G. 1977г; Adekeye E.O., 1978; Regezi J.A., 1978; Mosadomi A., 1975; Ackermann G.L., 1988; Williams T., 1992; Hollows P., 2000; James G.J., 2003; Kunihiro Hayakawa 2004). Большинство как отечественных, так и зарубежных хирургов сходятся во мнении, что при морфологическом подтверждении диагноза «амелобластома» следует проводить радикальное вмешательство, т.е. выполнять резекцию нижней или верхней челюсти, отступая от края опухоли до 1–1,5 см.

Классификация по ВОЗ:

- Мультикистозная (солидная)
- Монокистозная
- Десмопластическая
- Периферическая

Для диагностирования амелобластомы используют следующие методы:

- рентгенография (дает возможность определить размеры образования, границы опухоли и структуру ее очага);
- компьютерная томография (КТ — более точный метод, позволяющий послойно изучить образование);
- магнитно-резонансная томография челюсти (МРТ также позволяет послойно изучить образование на разных радиочастотных последовательностях);
- биопсия (используется при возникновении сложностей с окончательной постановкой диагноза);
- цитологическое исследование (исследуется состав опухоли, подтверждается достоверность диагноза).

Ведущую роль в дифференциальной диагностике амелобластомы играет гистологическое исследование биопсийного материала. Амелобластома требует дифференциальной диагностики с плоскоклеточным раком челюстно-лицевой области, цистаденоидной карциномой слюнной железы, дентальными кистами, вызванными воспалительным процессом. Тактика лечения: в большинстве случаев применяется стандартная методика

лечения, заключающаяся в хирургическом вмешательстве — резекции челюстной кости. Часто такая процедура оправдана способностью опухоли к агрессивному росту и высоким риском рецидива заболевания.

ОПИСАНИЕ СЛУЧАЯ

Пациент М., 41 год, поступил в отделение челюстно-лицевой хирургии с жалобами на чувство онемения фронтальных зубов верхней челюсти справа, дискомфорт в области верхней челюсти справа, болезненные ощущения при надавливании в области клыковой ямки справа. Обследование проводилось в рамках протезирования верхней челюсти.

Объективное состояние без особенностей. Местно: слизистая оболочка в области переходной складки верхней челюсти справа в проекции зубов 1.3, 1.4 синюшного цвета, 1.1–1.4 зубы интактны. Перкуссия зубов 1.1–1.5 положительная. Остальная слизистая бледно-розовая, влажная.

По данным КЛКТ по передней поверхности стенки правой верхнечелюстной пазухи в нижних отделах отмечалось истончение костной стенки с наличием участков деструкции за счет прилежащего округлого образования, интимно прилежащего корню 1.3, 1.4, 1.5 зубов, плотностью -45 НУ, что, вероятно, могло соответствовать радикулярной кисте. По данным КТ с контрастным усилением — объемное образование альвеолярного отростка верхней челюсти на уровне корней 1.1–1.5 зубов (амелобластома?).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

При осмотре и проведении КЛКТ верхней челюсти отмечается картина гиперпластического ринита, искривления носовой перегородки (ИНП), двусторонней гиперплазии слизистой верхнечелюстных (ВЧ) пазух (рис.1).

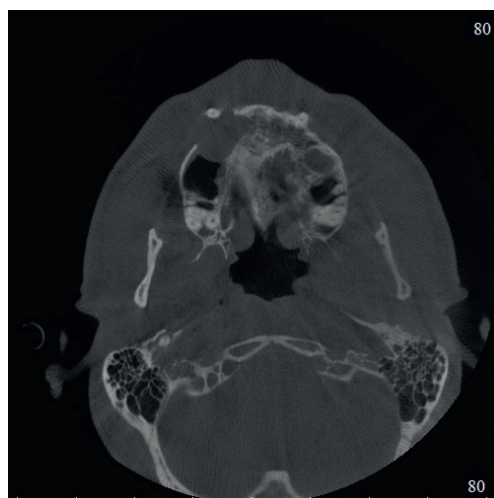


Рис. 1. КЛКТ верхней челюсти (аксиальный срез)

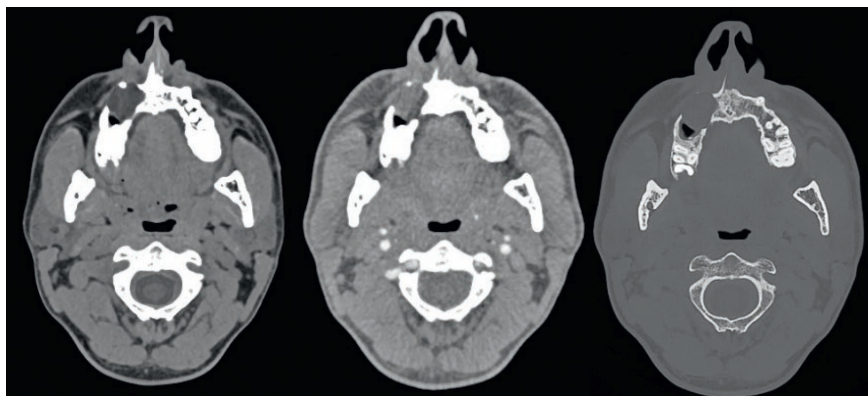


Рис. 2. МСКТ верхней челюсти



Рис. 3. 3D модель черепа (МСКТ)

Назначена КТ с внутривенным болюсным введением контрастного препарата через 1 месяц.

По данным КТ околоносовых пазух до и на фоне внутривенного болюсного введения контрастного препарата визуализировалось объемное образование альвеолярного отростка верхней челюсти на уровне корней 1.1–1.5 зубов, неправильной овоидной формы с четкими бугристыми контурами, размерами до 18x27x25 мм со вздутием кости на данном уровне и выраженным истончением кортикального слоя, местами кортикальный слой отчетливо не визуализировался, признаков периостальной реакции не выявлено. Образование раздвигало корни 1.2–1.4 зубов, пролабирало в мягкие ткани правой щечной области и в альвеолярную бухту правой верхнечелюстной пазухи. Структура образования однородная, плотностью 1...-3 HU, после введения контрастного вещества отмечалось повышение плотности до +10...+30 HU на фоне артефактов от костных и металлических структур (коронка и штифт 1.6 зуба). В альвеолярном отростке верхней челюсти справа определялся фрагмент корня 1.6 зуба, окруженный гранулемой, диаметром до 6 мм. На уровне исследования отмечалось пристеночное утолщение слизистой оболочки в альвеолярной бухте левой верхнечелюстной пазухи (рис. 2).

На 3D модели данное новообразование выглядело как дефект передней стенки правого альвеолярного отростка верхней челюсти (рис.3).

Проведена инцизионная биопсия с целью верификации диагноза под проводниковой анестезией. По результатам патоморфологического исследования новообразования верхней челюсти справа — кистозный тип амелобластомы. На основании проведенного обследования установлен диагноз кистозной формы амелобластомы верхней челюсти справа. Рекомендовано оперативное лечение. Спланирована и проведена резекция верхней челюсти (рис. 4) с новообразованием с одномоментным устранением дефекта верхней челюсти справа реvascularизированным подвздошным аутооттрансплантатом.

Учитывая возможность рецидива, а также вероятность акантотической амелобластомы (люминарный

вариант монокистозной амелобластомы), рекомендован динамический контроль, назначена антибактериальная, противовоспалительная и местная терапия.

Применялась техника предоперационного компьютерного 3D моделирования. По результатам моделирования изготавливались специальные шаблоны, которые точно определяют размер забора костного компонента лоскутов (рис. 6, 7).

При реконструкции удаленного фрагмента челюсти устанавливалась костная пластинка с применением ортопедических конструкций (рис. 8, 9).



Рис. 4. Ход оперативного вмешательства



Рис. 5. Макропрепарат

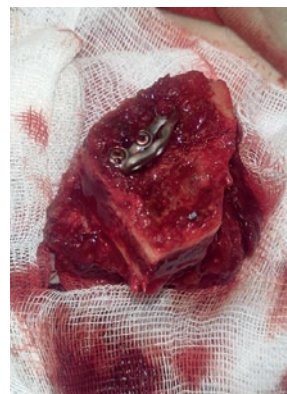


Рис. 6-7. Костный аутооттрансплантат

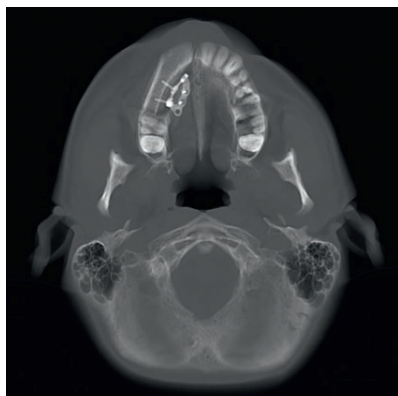


Рис. 8. КЛКТ верхней челюсти



Рис. 9. МСКТ верхней челюсти

При контрольной КЛКТ определялась консолидация аутотрансплантата с верхней челюстью. После проведенного лечения пациент выписан в удовлетворительном состоянии (рис. 10,11).

Гистологическое исследование операционного материала подтвердило ранее установленный диагноз: кистозная форма амелобластомы, в резецированном фрагменте кости и по линии резекции края кисты опухолевого роста не выявлено (рис. 12).

Послеоперационный период протекал без осложнений, аутотрансплантат кровоснабжается, деструкции костной ткани по рентгенологическим исследованиям не выявлено.

ОБСУЖДЕНИЕ

Амелобластома — это локально агрессивная доброкачественная опухоль верхней и нижней челюстей, склонная к рецидивированию. Резекция значительно ограничивает рецидивы, однако реконструкция становится критической для сохранения функциональности и эстетики пациентов.

В дифференциальной диагностике возникает ряд трудностей. На ортопантомограмме (ОПТГ) определяется очаг деструкции костной ткани. На КЛКТ отмечается

округлая полость, отделенная костными перегородками. Полости могут соприкасаться, накладываться и сливаться друг с другом. Тень опухоли неоднородна: в центре она более прозрачна, по периферии — менее. Контур очага поражения — волнистый («фестончатый») — симптом «мыльных пузырей» из-за неравномерной резорбции кости. На КТ с контрастным усилением определялось накопление контрастного вещества, что нехарактерно для кератокист.

Дифференциальная диагностика, прежде всего, проводится с кистами челюстей, остеобластомами, фиброзной остеодисплазией, злокачественными опухолями челюстных костей, а также с хроническим остеомиелитом. Для остеобластом, в отличие от амелобластомы, более характерно: 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 появляется чередование участков уплотнения и разрежения костной ткани. Кисты челюстей характеризуются наличием кариозного (радикулярные кисты) или непрорезанного (фолликулярные кисты) зуба, при пункции можно получить прозрач-



Рис. 10. Вид верхней челюсти после реконструкции



Рис. 11. 3D модель черепа

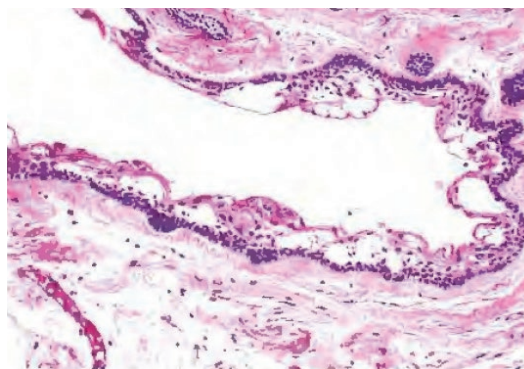


Рис. 12. Гистологический препарат

ную желтоватую жидкость с кристаллами холестерина, на рентгенограмме имеется четкая связь кистозной полости с верхушкой причинного зуба (радикулярные кисты) или коронковая часть зуба, не прорезался, находится в полости кисты четко по его анатомической шейке. Заключительный диагноз уточняется после проведения патогистологического исследования.

Амелобластома верхней челюсти встречается достаточно редко, данный клинический случай выявлен случайно, верифицирован в ходе обследования и гистологического исследования. Радикальная резекция участка верхней челюсти амелобластомы в пределах 1–1,5 см здоровых тканей ограничивает рецидив, и должна рассматриваться как лечебное средство.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Данный клинический случай представляет особый интерес по причине редкой локализации амелобластомы — в верхней челюсти, использования различных методов диагностики, а также хирургического лечения с восстановлением эстетических и функциональных особенностей зубочелюстной системы с использованием техники предоперационного компьютерного 3D моделирования. Предварительное моделирование предполагаемого дефекта челюсти позволяет подготовить необходимый аутотрансплантат. Одномоментная реконструкция дефектов верхней и нижней челюсти без микрососудов лоскутом после резекции амелобластомы безопасна и предсказуема.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бабиченко И.И., Семкин В.А., Цимбалист Н.С. Амелобластома: современная диагностика, клиническая картина и лечение // Бабиченко И.И., Семкин В.А., Цимбалист Н.С. — Москва. — ГЭОТАР-Медиа. — 2021.
2. Ghai S. Ameloblastoma: an updated narrative review of an enigmatic tumor // Cureus. — 2022. — Т. 14. — № 8. doi: 10.7759/cureus.27734. PMID: 36127985; PMCID: PMC9481193.
3. Hendra F. N. et al. Global incidence and profile of ameloblastoma: A systematic review and meta-analysis // Oral diseases. — 2020. — Т. 26. — № 1. — С. 12–21.
4. Kitisubkanchana J. et al. Odontogenic keratocyst and ameloblastoma: radiographic evaluation // Oral radiology. — 2021. — Т. 37. — С. 55–65.
5. Palanisamy J.C., Jenzer A.C. Ameloblastoma. 2023 Jul 3. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing. — 2024. — Jan. PMID: 31424749.
6. Soluk-Tekkesin M., Wright J.M. The World Health Organization Classification of Odontogenic Lesions: A Summary of the Changes of the 2022 (5th) Edition. Turk Patoloji Derg. — 2022. — Т. 38. — № 2. — С. 168–184. doi: 10.5146/tjpath.2022.01573. PMID: 35578902; PMCID: PMC9999699.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ

Седова Светлана Владимировна — старший врач-рентгенолог рентгеновского отделения Центра лучевой диагностики ФГКУЗ «Главный военный клинический госпиталь войск национальной гвардии Российской Федерации», Балашиха, Россия. <https://orcid.org/0009-0009-4674-4084>

Процык Евгений Николаевич — начальник центра лучевой диагностики ФГКУЗ «Главный военный клинический госпиталь войск национальной гвардии Российской Федерации», Балашиха, Россия.

Шашкин Кирилл Михайлович — начальник рентгеновского отделения Центра лучевой диагностики ФГКУЗ «Главный военный клинический госпиталь войск национальной гвардии Российской Федерации», Балашиха, Россия. Старший преподаватель кафедры лучевых методов диагностики и лечения ФГБОУ ВО «Российский биотехнологический университет (РОСБИОТЕХ)», Медицинский институт непрерывного образования, г. Москва. <https://orcid.org/0009-0006-6974-1730>.

Пашаев Руслан Магомеднуревич — старший врач-челюстно-лицевой хирург отделения челюстно-лицевой хирургии ФГКУЗ «Главный военный клинический госпиталь войск национальной гвардии Российской Федерации», Балашиха, Россия. <https://orcid.org/0009-0001-5092-6376>.

Манасов Алексей Геннадьевич — начальник передвижного рентгеновского кабинета, старший врач-рентгенолог рентгеновского отделения Центра лучевой диагностики ФГКУЗ «Главный военный клинический госпиталь войск национальной гвардии Российской Федерации», Балашиха, Россия. <https://orcid.org/0009-0006-6208-3704>.

АВТОРСКИЙ ВКЛАД

Шашкин К.М., Процык Е.Н. — концепция и дизайн

Седова С.В., Манасов А.Г., Пашаев Р.М. — сбор и обработка материала

Седова С.В., Манасов А.Г. — статистическая обработка данных, написание текста

Шашкин К.М. — редактирование

ПОСТУПИЛА: 21.04.2024

ПРИНЯТА: 23.05.2024

ОПУБЛИКОВАНА: 25.06.2024