

УДК 617.52:616-006-02-07-089

АМЕЛОБЛАСТОМА КАК ДОБРОКАЧЕСТВЕННАЯ ОДОНТОГЕННАЯ ОПУХОЛЬ В СИСТЕМЕ НОВООБРАЗОВАНИЙ ЛИЦА

Красных И.О.

ФГБОУ ВО «Пермский государственный медицинский университет им. акад. Е.А. Вагнера»
Минздрава России, Пермь, e-mail: viva28calma@gmail.com

Автор статьи «Амелобластома как доброкачественная одонтогенная опухоль в системе новообразований лица» изучил все основные процессы, связанные с новообразованиями из классификации амелобластом. Изученная опухоль рассматривается с точки зрения морфо-функциональных, патолого-анатомических, патолого-физиологических и патогенетических разделов медицины. Достаточно тщательно продемонстрированы основные теории появления опухоли в системе зубочелюстной системы, с указанием авторов и преемственностью. Классификация позволяет рассматривать амелобластомы не только с точки зрения клинико-анатомического характера, но и микроскопического строения. В лаконичной форме описаны краткие черты каждого подвида опухоли. Предложено лечение оперативного и неоперативного характера. Отдельно рассмотрено применение дополнительных методов диагностического характера. Автором делался акцент на развитие и строение данного типа опухоли в системе одонтогенных новообразований лица.

Ключевые слова: амелобластома, опухоль, патогенез, диагностика, зубочелюстная система.

AMELOBLASTOMA AS A BENEFICIAL ODONTOGENIC TUMOR IN THE SYSTEM OF FACIAL NON-FORMATION

Krasnykh I.O.

«Perm State Medical University n.a. Academician Ye.A. Vagner» of the Ministry of Healthcare
of the Russian Federation, Perm, e-mail: viva28calma@gmail.com

The author of the article «Ameloblastoma as a benign odontogenic tumor in the system of facial neoplasms» studied all the main processes associated with neoplasms from the classification of ameloblast. The examined tumor is considered from the point of view of morpho-functional, pathological-anatomical, pathological-physiological and etiological divisions of medicine. Sufficiently carefully demonstrated are the basic theories of the appearance of a tumor in the system of the dentoalveolar system, indicating the authors and continuity. Classification allows us to consider ameloblastomas not only from the point of view of the clinical-anatomical nature, but also the microscopic structure. In a concise form, brief descriptions of each subspecies of the tumor are described. The treatment is prompt and non-operative. Separate consideration of the application of additional diagnostic methods. The author emphasized the development and structure of this type of tumor in the system of odontogenic neoplasms of the face.

Keywords: ameloblastoma, tumor, pathogenesis, diagnostics, dentoalveolar system.

Амелобластома, или адамантинома – 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 7х5х3 миллиметров до 4х3х2 сантиметров. При тяжело прогрессирующей форме амелобластома распространяется на все тело нижней челюсти [1].

Существует несколько теорий относительно происхождения данной опухоли. Наиболее обоснованными являются первые две теории – А.И. Абрикосова и В.Р. Брайцева и Н.А. Астахова.

А.И. Абрикосов в 1956 г. предположил, развитие амелобластомы связано с периодом формирования зуба в стадии эмалевого органа. После прорезывания зуба эмалевый орган в норме подвергается редукции. Од-

нако при патологии он может сохраняться и пролиферировать, что и является причиной образования амелобластомы.

Другая точка зрения, высказанная В.Р. Брайцевым и Н.А. Астаховым в 1907 и 1908 гг., говорит в пользу эпителиальных остатков в периодонте и кости, так называемых «островков Малассе». Эта гипотеза подтверждается, во-первых, большим гистологическим разнообразием опухоли, а во-вторых, наличием данных эмалевых структур в опухоли некоторых больных.

Также существуют и другие теории, которые пока мало изучены: это теория А.В. Петрова о метаплазии соединительной ткани и И.Г. Лукомского о пролиферации эпителия верхнечелюстной пазухи [1].

По клинико-анатомическим характеристикам опухоли выделяют ее кистозную (90% случаев) и солидную формы. Кистозная форма представляет собой пустоты в ткани кости, разделенные перегородками.

Полости как правило состоят из коллоидо-подобного субстрата. Края опухоли могут быть фестончатыми или склерозированные, в меньшей степени уплотненные. Солидная же амелобластома имеет одну капсулу овального или округлого очертания, пустую или заполненную жидкостью [6].

По микроскопическому строению различают амелобластому:

- фолликулярную;
- плеоморфную;
- базально-клеточную;
- акантоматозную;
- гранулярно-клеточную.

Самые распространенные формы – это фолликулярная и плеоморфная. Первая характеризуется образованием фолликулов в соединительной ткани, а вторая наличием тяжелой одонтогенного эпителия.

На начальных этапах образования амелобластомы может не наблюдаться никаких неприятных ощущений. Амелобластома обладает довольно медленным прогрессированием в связи с направлением ее роста в верхнечелюстную пазуху. Как правило, в первые шесть месяцев наблюдается деформация нижней челюсти с нарушением ее эстетической и функциональной характеристик. В зоне роста опухоли выявляется веретенообразное вздутие гладкой или бугристой формы, которое вызывает деформацию альвеолярного отростка и дальнейшее расшатывание зубов (преимущественно жевательной группы). В результате развивается болевой и акустический симптомы при движении височнонижнечелюстного сустава, которые вызваны резорбцией кости, что вызовет проблемы с жеванием и глотанием. По мере прогрессирования опухоли развивается гнойный воспалительный процесс, нередко с прокладыванием свищевых ходов в полости рта. К тому же при отсутствии оперативного хирургического лечения возникает риск дальнейшего поражения глазничной и носовой полостей [2].

В период разрастания амелобластома деформирует зубной ряд и нижнюю челюсть соответственно. Встречаются случаи нагноения амелобластомы, которые сопровождаются отеком мягких тканей в области ее локализации, иногда осложняется формированием свищей. Запущенные случаи сопровождаются кровоточивостью и опуханием слизистой оболочки, прилегающей к месту формирования опухоли.

Данное образование развивается достаточно протяженно, но в определенных случаях (4% от полного числа вариативных

адамантином) ее рост может значительно ускоряться, что указывает на озлокачивание этого новообразования.

На разрезе опухоль серовато-розового цвета с губчатой структурой. Основу амелобластомы составляет волокнистая соединительная ткань, богатая веретенообразными клетками, в которой ветвятся тяжи одонтогенного эпителия. Вокруг каждого тяжа находятся цилиндрические клетки, к которым с внутренней стороны примыкают полигональные клетки с переходом в звездчатые формы. Также видны ячейки неправильной формы, которые и отличают амелобластому от эмалевого органа. Кисты в опухоли разрушают эпителиальные ячейки, поэтому при микроскопировании можно обнаружить только цилиндрические клетки, находящиеся на периферии.

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- тоже самое);
- биопсия (сложности с окончательной постановкой диагноза);
- цитологическое исследование (исследуется состав опухоли, подтверждается достоверность диагноза) [3].

Хирурги применяют технику предоперационного компьютерного 3-D моделирования. По результатам моделирования изготавливаются специальные шаблоны, которые точно определяют размер забора костного компонента лоскутов.

Амелобластома требует дифференциальной диагностики с плоскоклеточным раком челюстно-лицевой области, цистаденоидной карциномой слюнной железы, дентальными кистами, вызванными воспалительным процессом [2].

Лечение заключается в хирургическом удалении ткани. При наличии гнойного воспаления проводится санация полости рта. После вылушивания амелобластомы ее стенки обрабатываются фенолом, что приводит к некрозу элементов опухоли и замедляет ее рост. В случае резекции нижней челюсти на этапе удаления амелобластомы, после заживления показана костная пластика и протезирование зубного ряда (постоянное ношение ортопедических конструкций). Зашивать послеоперационную полость не надо, по

причине возможного рецидива опухоли. Для этого используют специальный тампон для эпителизации стенок полости [4, 5].

При запущенном процессе проводится частичная экзартикуляция челюсти (операция выкручивания челюсти по линии суставной щели без отпиливания кости). Взамен удаленного фрагмента челюсти устанавливают костную пластинку с применением ортопедических конструкций. В случае приобретения опухолью злокачественного характера (или неоперабельности) используют лучевую терапию. В послеоперационном периоде (обычно спустя три недели) пациентам назначается антибиотикотерапия и даются рекомендации по приему мягкой пищи. В первое время после выписки рекомендуется употреблять не твердую и не грубую пищу, а после еды

промывать полость с помощью специального баллончика [3, 4, 5].

Список литературы

1. Григорчук Ю.Ф. Амелобластома нижней челюсти. Стоматология. 2001; 6: 17–20.
2. Калакуцкий Н.В., Журавлев И.В. Амелобластома нижней челюсти – особенности дифференциальной диагностики. Институт стоматологии. 2011; 4 (53): 82–3.
3. Краевский Н.А. Патологоанатомическая диагностика опухолей человека // Н.А. Краевский, А.В. Смоляников, Д.С. Саркисов. – М. : Медицина. – 1982. – 511с.
4. Митрошенко П. Н. Планирование реконструктивных операций с использованием метода лазерной стереолитографии // Вестник стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. 2004. Т. 1. Вып. 4. С. 14–27.
5. Семкин В.А., Григорьян А.С. Особенности хирургической тактики при различных формах амелобластических опухолей // Стоматология. 2012. № 4. С. 25–27.
6. Экспериментальные модели в патологии: учебник/ В.А. Черешнев, Ю.И. Шилов, М.В. Черешнева, Е.И. Самоделькин, Т.В. Гаврилова, Е.Ю. Гусев, И.Л. Гуляева. – Пермь: Перм. гос. ун-т., 2011. – 267 с.