

Секции СтАР «Ассоциация челюстно - лицевых хирургов и
хирургов - стоматологов»

**КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ
ОПУХОЛЯХ КОСТЕЙ ЧЕРЕПА И ЛИЦА**

Утвержден на:

заседании Секции СтАР «Ассоциация

челюстно - лицевых хирургов и хирургов -
стоматологов» 21 апреля 2014 года

Москва 2014 год

Оглавление

1. Методология
2. Определение
3. Принципы диагностики
4. Дифференциальный диагноз
5. Лечение
6. Методы хирургического лечения
7. Профилактика осложнений
8. Реабилитация
9. Алгоритм (схема) диагностики и лечения
10. Необходимая квалификация специалистов

Состав рабочей группы:

Чл.-корр. РАМН, д.м.н., проф. Кулаков А.А. (директор ФГБУ «ЦНИИС и ЧЛХ»)

Профессор Неробеев А.И. (руководитель Центра челюстно-лицевой хирургии ФГБУ «ЦНИИС и ЧЛХ»)

Профессор Рогинский В.В. (руководитель центра для детей-инвалидов с врожденными и приобретенными дефектами лица и черепа ФГБУ «ЦНИИС и ЧЛХ»).

Профессор Бельченко В. А. (зав. кафедрой Стоматологии ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России)

Профессор Дробышев А.Ю. (зав. кафедрой госпитальной хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии ГБОУ ВПО "МГМСУ им. А.И.Евдокимова")

Профессор Топольницкий О.З. (зав. кафедрой детской хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии ГБОУ ВПО "МГМСУ им. А.И.Евдокимова")

Профессор Иванов С.Ю. (зав. кафедрой челюстно-лицевой хирургии и имплантологии хирургии ГБОУ ВПО «НижГМА Минздрава России, президент секции СТАР "Ассоциации хирургов- стоматологов и челюстно-лицевых хирургов")

Профессор Медведев Ю.А. (зав. кафедрой госпитальной хирургической стоматологии ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова)

Профессор Никитин А.А. (зав. кафедрой челюстно - лицевой хирургии и хирургической стоматологии ФУВ МОНИКИ)

Профессор Дурново Е. А. (зав. кафедрой хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии ГБОУ ВПО «НижГМА Минздрава России)

Профессор Минкин А.У. (зав. кафедрой челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии ГБОУ ВПО «Северный государственный медицинский университет Минздрава России»)

Профессор Сысолятин П. Г.(зав. кафедрой стоматологии ГБОУ ВПО НГМУ Минздрава России)

Профессор Байриков И. М. (зав. кафедрой челюстно-лицевой хирургии и стоматологии ГБОУ ВПО СамГМУ Минздрава России)

Профессор. Лепилин А. В. (зав. кафедрой хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии ГБОУ ВПО СГМУ)

Профессор. Яременко А.И. (зав. кафедрой хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии ГБОУ СПбГМУ)

Д.м.н. Брайловская Т.В. (ответственный секретарь профильной комиссии по специальности «Челюстно-лицевая хирургия»).

Методология.

Методы, использованные для сбора/селекции доказательств: поиск в электронных базах данных.

Описание методов, использованных для сбора/селекции доказательств: доказательной базой для рекомендаций являются публикации, вошедшие в Кохрайновскую библиотеку, базы данных EMBASE, MEDLINE, PUBMED и фонды ЦНМБ Первого МГМУ им. И.М.Сеченова. Глубина поиска составляла 10 лет.

Методы, использованные для оценки качества и силы доказательств: консенсус специалистов, оценка значимости в соответствии с рейтинговой схемой (схема прилагается).

Рейтинговая схема для оценки сил рекомендаций (Таблица 1):

Уровни доказательств	Описание
1++	Мета-анализы высокого качества, систематические обзоры рандомизированных контролируемых исследований (РКИ), или РКИ с очень низким риском систематических ошибок.
1+	Качественно проведенные мета-анализы, систематические, или РКИ с низким риском систематических ошибок.
1-	Мета-анализы систематические или РКИ с высоким риском систематических ошибок.
2++	Высококачественные систематические обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований. Высококачественные обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований с очень низким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи.
2+	Хорошо проведенные исследования случай-контроль или когортные исследования со средним риском эффекта смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязью.
2-	Исследования случай-контроль или когортные исследования с высоким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи.
3	Неаналитические исследования (описание случаев, серии случаев)

Методы, использованные для анализа доказательств:

- обзоры опубликованных мета-анализов;
- систематические обзоры с таблицами доказательств.

Описание методов, использованных для анализа доказательств: При отборе публикаций, как потенциальных источников доказательств, использованная в каждом исследовании методология изучается для того, чтобы убедиться в ее валидности. Результат изучения влияет на уровень доказательств, присваиваемый публикации, то в свою очередь влияет на силу, вытекающих из нее рекомендаций.

Методологическое изучение базируется на нескольких ключевых вопросах, которые сфокусированы на тех особенностях дизайна исследования, которые оказывают существенное влияние на валидность результатов и выводов.

На процессе оценки несомненно сказывается субъективный фактор. Для минимизации потенциальных ошибок каждое исследование оценивалось независимо, т.е., по меньшей мере, двумя независимыми членами рабочей группы. Какие-либо различия в оценках обсуждались уже всей группой в полном составе. При невозможности достижения консенсуса, привлекался независимый эксперт.

Таблицы доказательств: таблицы доказательств заполнялись членами рабочей группы.

Методы, использованные для формулирования рекомендаций: консенсус экспертов.

Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций (Таблица 2).

Сила	Описание
А	По меньшей мере, 1 мета-анализ, систематический обзор или РКИ, оцененные как 1++, напрямую применимые целевой популяции и демонстрирующие устойчивость результатов или группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные как 1+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов.
В	Группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные как 2++, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных как 1++ или 1+.
С	Группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные как 2+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие

	общую устойчивость результатов или экстраполированные доказательства из исследований, как 2++.
D	Доказательства уровня 3 или 4, или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных, как 2+.

Индикаторы доброкачественной практики (GoodPracticePoint – GPPs):Рекомендуемая доброкачественная практика базируется на клиническом опыте членов рабочей группы по разработке рекомендаций.

Экономический анализ:Анализ стоимости не проводился и публикаций по ресурсоемкости лечения не анализировались.

Метод валидации рекомендаций:

- Внешняя экспертная оценка;
- Внутренняя экспертная оценка.

Описание метода валидации рекомендаций:Настоящие рекомендации в предварительной версии были рецензированы независимыми экспертами, которых попросили прокомментировать, прежде всего, то, на сколько, интерпретация доказательств, лежащих в основе рекомендаций, доступна для понимания.

Полученные комментарии со стороны врачей первичного звена (неонатологов, педиатров, оториноларингологов, челюстно-лицевых хирургов, ортодонтотв) в отношении доходчивости изложения и их оценки важности рекомендаций, как рабочего инструмента повседневной практики.

Предварительная версия также была направлена рецензентам, не имеющим медицинского образования, для получения комментариев, с точки зрения перспектив реабилитации пациентов.

Комментарии, полученные от экспертов, тщательно систематизировались и обсуждались председателем и членами рабочей группы. Каждый пункт обсуждался и, вносимые в результате этого изменения в рекомендации, регистрировались. Если изменения не вносились, то регистрировались причины отказа от внесенных изменений.

Консультация и экспертная оценка. Предварительная версия была выставлена для широкого обсуждения на сайте ФГБУ «ЦНИИС и ЧЛХ» Минздрава России для того, чтобы специалисты не участвующие в конгрессе имели возможность принять участие в обсуждении совершенствовании рекомендаций.

Проект рекомендаций был рецензирован независимыми экспертами, которых попросили прокомментировать, прежде всего, доходчивость и точность интерпретации доказательной базы, лежащей в основе рекомендаций.

Рабочая группа: Для окончательной редакции и контроля качества рекомендаций были повторно проанализированы членами рабочей группы, которые пришли к заключению, что все замечания и комментарии экспертов приняты во внимание, риск систематических ошибок при разработке рекомендаций сведен к минимуму.

Основные рекомендации: Сила рекомендаций (A-D), уровни доказательств (1++, 1+, 1-, 2++, 2+, 2-, 3, 4) и индикаторы доброкачественной практики (GPPs) приводятся при изложении текста рекомендаций.

Классификация МКБ 10

D16.4 Доброкачественные новообразования костей черепа и лица
D16.5 Доброкачественные новообразования нижней челюсти костной части
D48 Доброкачественные новообразования костей и суставных хрящей

Доброкачественные опухоли костей лицевого скелета подразделяют на две основные группы - одонтогенные и остеогенные

ОДОНТОГЕННЫЕ ОПУХОЛИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

2. Определение.

Одонтогенные опухоли относят к группе новообразований смешанного генеза. Во многих случаях они являются эпителиальными, но рассматриваются вместе с неэпителиальными опухолями челюстей, так как развиваются внутрикостно, по своему гистогенезу являются первичными опухолями челюстей и по клиническому течению и рентгенологическим данным сходны с проявлениями неэпителиальных опухолей. А 1++

2.1.Статистика. Сообщения о частоте одонтогенных новообразований челюстей немногочисленны. Статистические сведения о них разноречивы. По некоторым источникам одонтогенные опухоли составляют около половины всех доброкачественных опухолей челюстных костей, развитие их связано с зубным зачатком. Значительно чаще поражается нижняя челюсть (80%) с локализацией в области угла и ветви (Bredencamp J.et al.,1986)

По современным литературным данным их частота составляет от **0,8 до 3,7 %** всех опухолей челюстно-лицевой области. По результатам наблюдений за 349 больными выявлено, что **98,8 %** образования были **доброкачественными**. Преобладали: одонтомы – 34,6 %; амелобластомы – 23,7 %; миксомы – 17,7 %; аденоматоидная одонтогенная опухоль – 7,1 % и кальцифицирующая одонтогенная киста – 6,8 %. **Злокачественные** одонтогенные новообразования встречаются редко, составляя **1,2 %** [Mosqueda-Taylor A. et al.,1997]. Авторы выявили 4 случая (3 – первичные внутрикостные карциномы и 1-злокачественная амелобластома) из 349 больных. Считается, что саркомы в этой зоне редки, но их необходимо учитывать при дифференциальной диагностике [Oot R.F. et al., 1986].

2.2. Классификация.

2.2.1.Классификация опухолей ВОЗ №19, А 1++

учитывая данные современной литературы, относит одонтогенные опухоли к V подгруппе – опухолям смешанного генеза:

- **V. Опухоли смешанного генеза:**
 - **Доброкачественные:**
-

- 1) тератома
- 2) менингеома
- 3) *одонтогенные опухоли (одонтома, амелобластома)*
- 4) меланотическая эктодермальная опухоль
- 5) Другие
- **Злокачественные:**
- 1. Злокачественная меланома
- 2. Эстеziонейробластома
- 3. *Злокачественные одонтогенные опухоли (карциномы и саркомы)*
- 4. Другие

2.2.2.Классификация ВОЗ №5 А 1++

подразделяет одонтогенные опухоли и опухолеподобные образования челюстных костей на следующие группы:

А. Доброкачественные:

- 1.Амелобластома
- 2.Обызвествляющаяся эпителиальная одонтогенная опухоль - (аденоамелобластома)
- 3.Амелобластическая фиброма
- 4.Аденоматоидная одонтогенная опухоль (аденоамелобластома)
- 5.Обызвествляющаяся одонтогенная киста
- 6.Дентинома
- 7.Амелобластическая фиброодонтома
- 8.Одонто-амелобластома

В. Злокачественные:

1.Одонтогенный рак:

- а) злокачественная амелобластома
- б) первичный внутрикостный рак
- в) другие карциномы, развивающиеся из одонтогенного эпителия, включая карциномы, возникающие из одонтогенных кист.

2.Одонтогенные саркомы

- а) амелобластическая фибросаркома
(амелобластическая саркома)
- б) амелобластическая одонтосаркома

2.3. Целевая группа:

Амелобластома - (адамантинома, адамантобластома) относится к доброкачественным органоспецифическим опухолям челюстно-лицевой локализации смешанного генеза. Она является одонтогенной эпителиальной опухолью, так как гистологическая структура ее паренхимы имеет сходство со строением ткани эмалевого органа зубного зачатка на различных стадиях его развития, в связи с этим название опухоли получило от слова «эмаль» — *substantia adamantina*. В переводе с английского - доброкачественная локально агрессивная (склонная к рецидивированию) опухоль. А 1++

2.3.1. Статистика.

Наблюдается в основном у лиц среднего возраста 20-40 лет, с одинаковой частотой у мужчин и женщин. В 80 % случаев опухоль поражает нижнюю челюсть: чаще угол и ветвь (70%), тело соответственно большим коренным зубам (20%), подбородочный отдел (10%). Верхняя челюсть поражается в 20 % наблюдений.

Первичная амелобластома с поражением синусоназального тракта - необычная и чрезвычайно редкая опухоль встречается в 2 раза чаще у женщин в возрасте от 20 до 49 лет. Считают, что в основном она происходит из пролиферирующего одонтогенного эпителия, являясь местно агрессивной опухолью с высокой склонностью к рецидивам (5-35%). Поражение может быть моно- и поликистозным, что затрудняет дифференциальную диагностику с кистой. Отмечается трудность морфологической верификации, необходимость комплексной диагностики (клинической, лучевой, гистологической). А 1++

2.3.2. Клиника.

Клинические проявления амелобластомы, особенно в начальных стадиях развития, мало характерны и могут напоминать иные виды новообразований (одонтогенные кисты; остеобластокластомы, злокачественные опухоли и др.). В связи с этим при постановке диагноза амелобластомы необходимо проводить тщательную дифференциальную диагностику.

Наиболее характерна медленно развивающаяся деформация нижней челюсти (чаще в области угла ее) при отсутствии болевых ощущений. Постепенно деформация лица увеличивается, нарушаются движения в нижнечелюстном суставе. В дальнейшем присоединяются симптомы затруднения глотания, боли, а при очень больших размерах опухоли - кровотечения из изъязвленной над опухолью слизистой оболочки. Амелобластомы склонны к рецидивам иногда спустя многие годы после операции. А 1++.

В 1,5—4% наблюдений отмечается малигнизация. Злокачественное превращение проявляется ускорением роста и прорастанием опухоли в окружающие ткани. А 1++

Клинико-рентгено-морфологическая характеристика амелобластомы

Амелобластома характеризуется следующими основными клиническими симптомами: деформация лица за счет опухолевидного утолщения пораженного участка нижней челюсти, выпячивание в вестибулярную сторону альвеолярного отростка и верхней части тела челюсти, истончение наружной кортикальной пластинки челюсти, расшатывание и смещение зубов на стороне поражения.

Выделяют солидную и кистозную формы амелобластомы.

1. Солидная форма.
2. Кистозная форма
 - 2.1. монокистозная
 - 2.2. поликистозная

Массивная (солидная) форма Макроскопически солидная форма имеет вид мягкой серовато-розовой опухоли, местами буроватого цвета, однако при микроскопическом изучении она, как правило, содержит кисты.

Кистозная форма. При кистозной форме имеется одна или несколько сообщающихся между собой полостей с гладкими или слегка бугристыми стенками, разделенных прослойками мягких тканей, выполненных светлой или буровой жидкостью, а иногда коллоидоподобным содержимым. При гистологическом исследовании почти обязательно имеются участки, построенные по типу солидной амелобластомы.

Таким образом, в одной и той же опухоли нередко сочетаются плотные и кистозные участки. Есть мнение, что, по-видимому, кистозная и солидная формы - это различные фазы развития новообразования.

Кистозная амелобластома содержит больше паренхимы, меньше стромы и состоит из ряда кистозных полостей различной величины и формы, включает костные перегородки. Кистозное содержимое составляет тягучая жидкость светлого или бурого цвета, могут быть кристаллы холестерина.

Микроскопически солидная амелобластома состоит из стромы и паренхимы, имеет

капсулу. Строма представлена соединительной тканью, содержащей сосудистые и клеточные элементы. Паренхима состоит из эпителиальных тяжей (ячеек), комплексов, которые нередко разрастаются за пределы оболочки опухоли. Определяются тяжи эпителиальных клеток (кубических и цилиндрических), сходное со строением эмалевого органа развивающегося зуба. Фиброзная строма опухоли обычно хорошо развита. Иногда наблюдаются гиалиноз стромы, обызвествление.

Помимо описанной клинической картины, для распознавания амелобластомы имеют значение рентгенологические данные. На рентгенограммах определяется центрально расположенная, хорошо отграниченная однокамерная или многокамерная тень с бухтообразными контурами. Кость раздута и истончена. Реакции со стороны надкостницы нет.

При цитологическом исследовании нативных препаратов из пунктата опухоли (амелобластомы) обнаруживаются: форменные элементы крови (нейтрофильные лейкоциты, лимфоциты, эритроциты), волокнистый фибрин, клетки плоского эпителия (в виде пластов), жирно-зернистые клетки, иногда — кристаллы холестерина, звездчатые клетки. На основании изучения цитограмм подтверждается наличие доброкачественной кистозной опухоли.

3. Принципы диагностики

Диагностика костных опухолей является сложной проблемой и требует комплексного подхода. Диагноз устанавливают на основании клинической картины, специальных методов диагностики и данных морфологического исследования.

Методы исследования.

Наряду с опросом больного, осмотром и пальпацией области поражения используют и специальные методы. Распознаванию могут способствовать пункция и цитологическое исследование, а в трудных случаях — биопсия и эндоскопическое исследование полости. Дополнительные методы обследования включают в себя: рентгенологическое исследование, ОПТГ, КТ МСКТ, МРТ, ПЭТ, изготовление стереолитографических моделей. Большую помощь в постановке диагноза может оказать виртуальная реконструкция в 3D режиме.

Окончательный диагноз амелобластомы является морфологическим и устанавливается на основании гистологического анализа биопсийного материала или послеоперационного планового гистологического исследования.

4. Дифференциальный диагноз

Дифференциальный диагноз амелобластомы следует проводить с однокамерной кистой, остеобластокластомой, фиброзной дисплазией, злокачественной опухолью.

Необходимые дифференциально-диагностические исследования:

- Осмотр
- Ортопантомография
- ТАПБ и цитологическое исследование
- Трепанбиопсия, эндоскопическое исследование полости с биопсией
- Гистологическое исследование биопсийного материала
- Компьютерная томография
- МСКТ
- МРТ
- ПЭТ

Анамнез:

- Длительность и скорость роста
- Наличие наследственной отягощенности по онкопатологии челюстно-лицевой области (ЧЛО);
- Воздействие тератогенных факторов.

Ультразвуковое исследование шеи :

Проводят для выяснения наличия регионарных метастазов.

ОБСЛЕДОВАНИЕ

Обязательные процедуры

Врачебный осмотр

Рентгенография лицевого отдела черепа

ОПТГ

Рентгенография органов грудной клетки

Эндофиброскопия полости носа, глотки, костной полости

Трепанбиопсия или биопсия опухоли

Пункционная биопсия лимфатических узлов

Ультразвуковое исследование шеи

Компьютерная томография лицевого отдела черепа

ЭКГ стандартная

Санация полости рта

Дополнительные процедуры

Компьютерная томография

МСКТ с 3D реконструкцией

Магнитно резонансная томография лица, шеи

Консультация специалистов (по показаниям)

Лабораторные исследования

Определение группы крови

Исследование крови на резус (фактор

Определение антител к *Treponema pallidum*

Определение антигена HBsAg

Определение антител к вирусу гепатита С

Определение антител к ВИЧ

Анализ крови общий не менее 3 раз (до операции, после операции, перед выпиской)

Анализ мочи общий не менее 3 раз (до операции, после операции, перед выпиской)

Биохимическое исследование крови не менее 1 раза в 2 нед. на протяжении лечения (общий белок, холестерин, мочеви́на, билирубин, K⁺, Na⁺, креатинин, АЛТ, АСТ)

Исследование крови на сахар

Коагулограмма крови

Цитологическое исследование мазков с поверхности опухоли

Консультация, пересмотр цитологических препаратов

Патоморфологическое исследование биопсийного материала

Патоморфологическое исследование операционного материала срочное (по показаниям) и плановое

Консультация, пересмотр патоморфологических препаратов

Иммуноморфологическое исследование (иммуноцитологическое, иммуногистохимическое исследование)

Онкомаркеры SCC*

5. Лечение

Основной метод лечения всех одонтогенных опухолей ЧЛО — хирургический. Доброкачественную опухоль удаляют в пределах здоровой ткани, ориентируясь на их четкие границы. В стационарах проводится хирургическое лечение больным с распространенными новообразованиями костей лица, больных с сопутствующими

заболеваниями, которые могут осложнить состояние жизненно важных органов и систем организма. Поскольку такие операции проводятся на лице, где особая значимость придается эстетическому фактору, удаление опухолей и опухолеподобных образований завершают реконструкцией удаляемых органов и тканей.

Таким образом объем оперативного вмешательства - удаление опухоли (резекция челюсти в пределах здоровых тканей) с одновременным устранением дефекта.

Лечение амелобластом хирургическое. В прежние годы оно, по данным отдельных авторов, сводилось к выскабливанию (экскохлеации) опухоли. Однако такая тактика приводила к частым рецидивам (45-80%). Поэтому в настоящее время единственно правильным методом лечения амелобластом следует считать радикальную операцию - резекцию челюсти в пределах здоровых тканей. Объем оперативного вмешательства определяется в зависимости от размера опухоли, ее локализации, возраста больного и его общего состояния. Величина амелобластомы нижней челюсти бывает различной, но в настоящее время редко достигает больших размеров, так как она своевременно диагностируется и ее удаляют в более ранние сроки. В связи с этим обстоятельством появились новые, щадящие, органосохраняющие способы хирургического удаления амелобластомы. Были предложены операции удаления опухоли, при которых не нарушается непрерывность нижней челюсти, сохраняется нижнечелюстной край и внутренняя часть кортикальной пластинки челюсти. Учитывая многообразие предложенных хирургических методов лечения амелобластомы, целесообразно выбрать более щадящий из них, сохраняющий функцию нижней челюсти, не обезображивающий лица больного, и позволяющий избежать рецидива. При условии раннего распознавания амелобластомы стало возможным обеспечить радикальное удаление ее без сквозной резекции или половинной экзартикуляции нижней челюсти. Если амелобластома не разрушила кортикальную пластинку нижней челюсти, что определяется рентгенологически, и не распространилась на мягкие ткани, можно получить хорошие результаты после щадящего хирургического вмешательства со стороны полости рта с сохранением нижнечелюстного края как зоны регенерации кости в послеоперационном периоде. При этом функция нижней челюсти сохраняется.

6. Методы хирургического лечения

- В случаях расположения опухоли в костном массиве производят частичную резекцию нижней челюсти с сохранением ее непрерывности.
-

- При обширных амелобластомах, распространяющихся на край нижней челюсти, осуществляют сквозную резекцию нижней челюсти, а при значительном разрушении ветви с поражением мышечкового отростка - экзартикуляцию нижней челюсти (вместе с опухолью) в пределах здоровых тканей.
- Причем во избежание рецидива опухоли характер и объем хирургического вмешательства должен отвечать главным принципам современной онкологии - это соблюдение абластики и антиблаستيки.

Пребывание в стационаре

Койко-день до начала лечения – 3-5 дней

Койко-день при выполнении органосохраняющей операции – 5-7 дней

При одномоментном устранении дефекта – эндопротезом 10-12 дней,

При микрососудистой операции и устранении дефекта ревааскуляризированным комплексом тканей - до 20 дней.

Активное наблюдение после лечения (в условиях поликлиники территориального центра или отделения ЧЛХ)

1-й год после лечения – 1 раз в 3 месяца

2-й – 4-й годы после лечения – 1 раз в 6 месяцев

5-й и последующие годы после лечения - 1 раз в год

Ключевые положения:

1. Выбор метода хирургического лечения определяется размером опухоли: для удаления опухоли можно использовать сквозную или частичную резекцию челюсти с опухолью и одномоментную пластическую реконструкцию дефектов.
 2. Техника оперативного вмешательства должна быть максимально абластичной в связи с высоким числом рецидивов опухоли.
 3. Необходимо соблюдать правила восстановления анатомической и функциональной целостности зоны дефекта и тщательно подходить к выбору трансплантата.
 4. Необходимо четкое соблюдение этапности лечения и временных диапазонов, но с учетом особенностей соматического статуса каждого пациента.
 5. При небольших объемах дефекта после удаления опухоли до 5-6 см возможно использования свободного костного ауотрансплантата, если более 6 см, то трансплантат должен быть ревааскуляризированным
-

Проблемы решаемые при лечении больных амелобластомой:

Проблемы	Задачи	Способы решения	Сила рекомендаций
Трудность диагностики этой опухоли в связи со схожестью с другими доброкачественными новообразованиями	Последовательные этапы дифференциальной диагностики	Проведение ОПТГ, МСКТ, МРТ, ПЭТ	C
		Требуется обязательная гистологическая верификация	C
Нарушение внешнего вида пациента и функции нижней челюсти после ее резекции	Резекция нижней челюсти частичная или сквозная с проведением первичной пластики	Ackermannetal	D
		Калакуцкий Н.В.	C
Трудности формирования ключевых зон челюсти	Использование компьютерного моделирования	Герасимов А.С.	C
Рецидив 45-80%	Для удаления опухоли можно использовать сквозную или частичную резекцию челюсти с опухолью и одномоментную пластическую реконструкцию	Dr Jeremy Jones and Dr Frank Gaillard et al.	D
		Источник: http://meduniver.com/Medical/stomatology/799.html MedUniver	D

	дефектов.	Ю. Ф. Григорчук, д. м. н., профессор, г. Харьков	D
Прогноз при амелобластоме при своевременном и правильно выполненном хирургическом вмешательстве — благоприятный.	Раннее выявление данной патологии. Органосохраняющее лечение	Источник: Журнал "Стоматолог", №6 2001	D
			D

7. Профилактика осложнений

К осложнениям на дооперационном этапе относятся:

патологический перелом челюсти
воспаление,
малигнизация

К осложнениям в раннем послеоперационном периоде относятся:

кровотечения,
воспаление,
тромбоз сосудистой ножки реvascularизированного аутоотрансплантата,
некроз и лизис аутоотрансплантата.

К поздним осложнениям относятся:

-рецидив опухоли, ведущий к повторной операции и ухудшению прогноза
-послеоперационные деформации челюстей,
-рубцовые деформации кожи и слизистой полости рта.
приводящие к нарушению функции и эстетики.

Профилактика

1. Для профилактики воспаления и патологического перелома и малигнизации в дооперационном периоде необходимо раннее выявление данной патологии. Во всех случаях комплексное лечение больных сопровождается назначением симптоматических средств, проведением антибактериальной и корригирующей терапии.

2. Для профилактики кровотечений в послеоперационном периоде, необходим контроль за свёртывающей системой крови, контроль артериального давления и выполнение хорошего гемостаза во время оперативного лечения.

3. Для профилактики поздних осложнений необходима точная диагностика, предварительное стереолитографическое моделирование по данным СКТ, радикальная адекватная операция с одномоментной костной пластикой с применением эндопротезирования, контурной пластики, микрососудистой трансплантации, дентальной имплантации.

8. Реабилитация

Хирургическое лечение пациентов с амелобластомой нижней или верхней челюсти является основополагающим, но только комплексная, своевременно и планомерно осуществляемая специализированная помощь пациентам с амелобластомой позволяет обеспечить оптимальный анатомический и функциональный эффект лечения и полную реабилитацию.

В вопросе реабилитации большое значение имеет объем и характер произведенного хирургического вмешательства. Например, радикальная операция (резекция нижней челюсти с нарушением ее непрерывности (включая экзартикуляцию) приводит к обезображиванию лица больного и сопровождается функциональными нарушениями акта жевания, речи. Следовательно, в реабилитацию таких больных должны включаться медико-социальные элементы.

Основой медицинской реабилитации больных, перенесших радикальные операции, является восстановление функции нижней челюсти при помощи первичной (или отсроченной) костной пластики, выбор которой определяет челюстно-лицевой хирург, а также последующее зубное протезирование.

До настоящего времени еще не разработаны четко обоснованные, непосредственные и отдаленные методы индивидуального зубного протезирования больных при радикальных операциях на нижней челюсти после удаления амелобластомы. Полноценное зубное протезирование, особенно после удачной костной пластики, может способствовать определенному восстановлению функции нижней челюсти и повышению косметического эффекта, что является важным звеном медико-социальной реабилитации больного.

Однако в других случаях, когда больные перенесли органосохраняющее хирургическое вмешательство со стороны полости рта, наиболее полноценная реабилитация пациента может быть достигнута при выполнении разработанных в

последние годы методов имплантации зубов в регенерате после устранения дефектов. Социально эти пациенты наиболее адаптированы.

9. Алгоритм диагностики и лечения

Схема 1. Алгоритм диагностики и лечения одонтогенных доброкачественных опухолей костей лицевого скелета

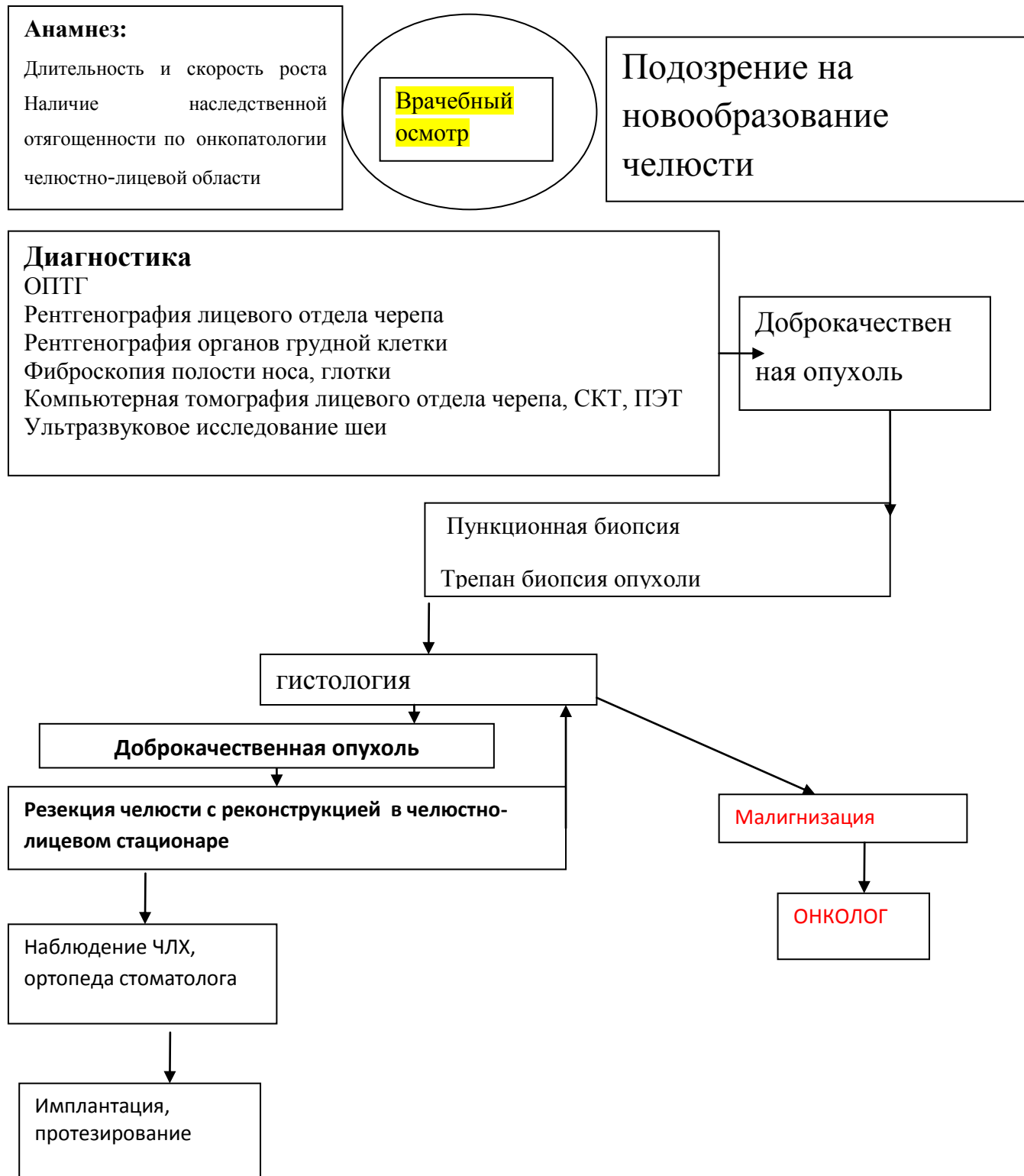
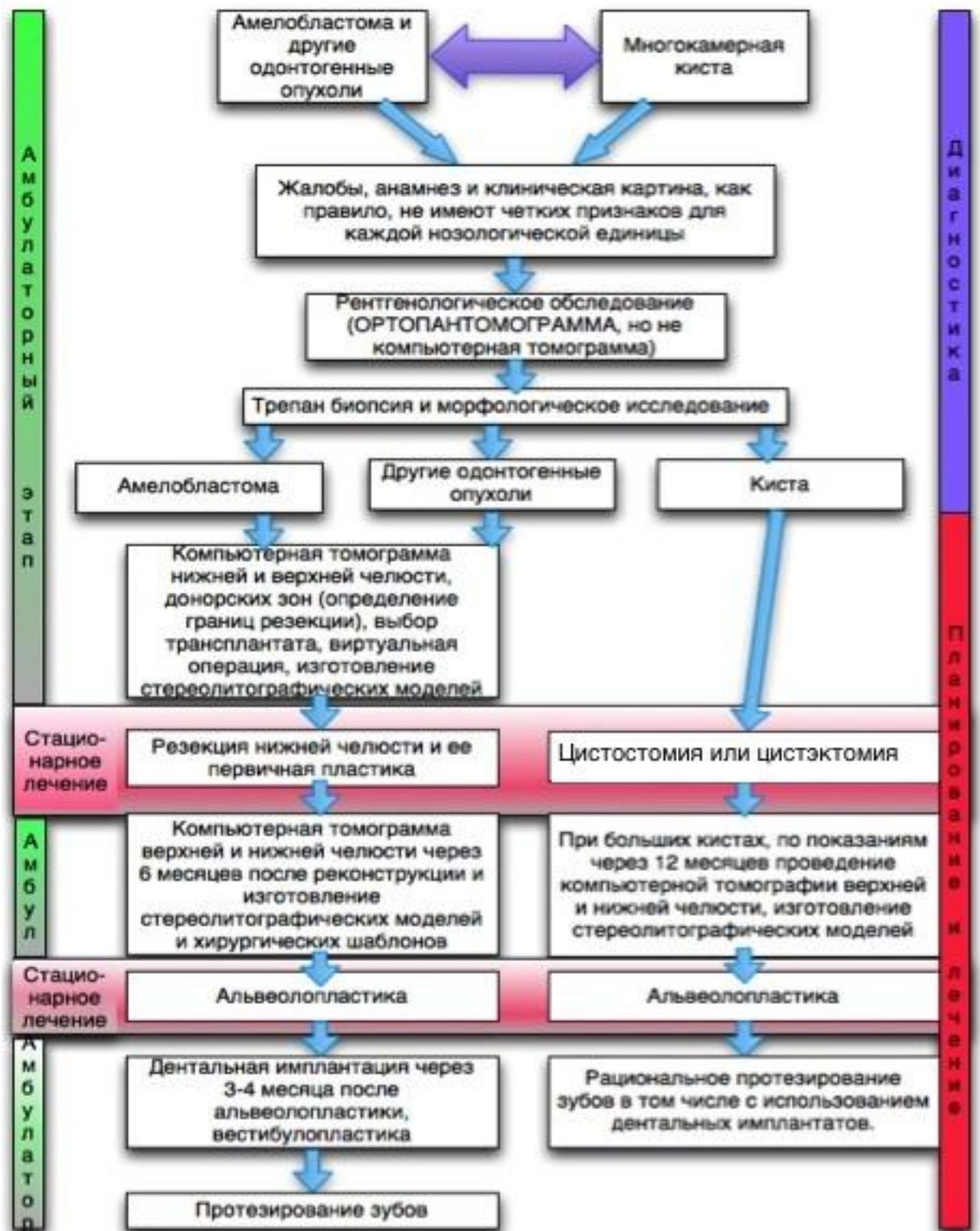


Схема 1. Алгоритм диагностики и лечения амелобластомы костей лицевого скелета



10. Необходимая квалификация специалистов

Использование алгоритма в лечении таких больных приводит к тому, что уже первому хирургу предоставляется возможность добиться наилучшего результата. После первой неудачной операции, когда часть тканей уже потеряна, бывает трудно достичь оптимальных результатов. Очевидно, что квалификация и опыт хирурга имеют первостепенное значение.

Требования, предъявляемые к квалификации хирурга:

- Наличие сертификата челюстно-лицевого хирурга и опыт работы в профильном отделении не менее 5 лет.
 - Регулярная хирургическая нагрузка в операциях при доброкачественных опухолях нижней и верхней челюстей.
 - Владение методиками реконструкции челюстей
 - Участие в отечественных и международных научно-практических конференциях посвященных костной пластике и лечению опухолей в ЧЛЮ.
 - Плановое непрерывное медицинское образование, прохождение курсов повышения квалификации.
 - Способность работать в команде: микрососудистый хирург, челюстно-лицевой хирург, стоматолог, психолог и сотрудничество с другими службами
-

ОСТЕОГЕННЫЕ ОПУХОЛИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Причина возникновения первичных опухолей костей остается невыясненной. В настоящее время большинство авторов указывают на роль травмы в возникновении первичных опухолей костей. Больше половины пациентов со злокачественными опухолями костей в анамнезе отмечают ушибы костей и мягких тканей. Не последняя роль в возникновении злокачественных новообразований костей отводится наследственным факторам. Имеются литературные данные, указывающие на возникновение костных опухолей у членов одной семьи. В 2007 г. в России число больных с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественных новообразований костей, суставных хрящей составило 1950 человек: 1091 мужчин и 859 женщин. Заболеваемость злокачественными новообразованиями костей в России в 1997 г. была 1,72 на 100 тыс. населения, в 2007 г. - 1,4 (среди мужчин - 1,7, среди женщин - 1,1). Первичные опухоли костей в большинстве случаев встречаются у людей молодого и среднего возраста.

В челюстных костях неонтогенные опухоли составляют до одной трети встречающихся новообразований. Среди них первое место занимает остеобластокластома (ОБК). По данным различных авторов, особенно если они включают в эту группу периферическую форму ОБК, т.е. гигантоклеточный эпюлид, число таких больных составляет до 20% от общего больных с костными опухолями. Значительно реже встречается остеома челюсти – 4-6%, по частоте возникновения к ней близки – до 1% другие виды опухолей лицевого скелета (остеоид-остеома, неостеогенные опухоли – ангиома, невринома).

Все указанные опухоли отличает медленный рост, отсутствие каких-либо характерных клинических проявлений на ранних этапах развития. Большинство опухолей развивается у женщин в возрасте 25-40 лет, частота возникновения по отношению к лицам мужского пола составляет 2-3:1, в тоже время редкая опухоль - остеоид-остеома преимущественно встречается у мужчин. Поражаться могут все кости лицевого скелета, но чаще нижняя челюсть.

Рассматривая особенности течения отдельных видов неонтогенных опухолей лицевых костей, следует подчеркнуть скудность клинических проявлений и отсутствие в большинстве случаев характерных рентгенологических симптомов, что затрудняет верификацию опухоли.

Клинические проявления, в основном, обусловлены сроком развития опухоли и ее локализацией. Из-за их невыразительности возможны случайные «находки» опухоли, при обследовании больного по поводу других заболеваний, обнаружение ее по возникающей

деформации соответствующего участка челюсти или появлению болей при раздражении периферических ветвей тройничного нерва.

КЛАССИФИКАЦИЯ

В нашей стране и за рубежом предложено множество классификаций опухолей костей. Уже более 30 лет врачами-онкологами используется гистологическая классификация первичных опухолей и опухолеподобных поражений костей, разработанная ВОЗ (1972):

1.1. Классификация костных опухолей ВОЗ №6 А 1++

I. Костеобразующие опухоли.

А. Доброкачественные.

1. Остеома.
1. Остеоид-остеома и остеокластома (доброкачественная остеобластокластома).

Б. Злокачественные.

1. Остеосаркома (остеогенная саркома).
2. Юкстакортикальная остеосаркома (паростальная остеосаркома).

II. Хрящеобразующие опухоли.

А. Доброкачественные.

1. Хондрома.
2. Остеохондрома (костно-хрящевой экзостоз).
1. Хондробластома (эпифизарная хондробластома).
2. Хондромиксоидная фиброма.

Б. Злокачественные.

1. Хондросаркома.
2. Юкстакортикальная хондросаркома.
3. Мезенхимальная хондросаркома.

III. Гигантоклеточная опухоль (остеокластома).

IV. Костномозговые опухоли.

1. Саркома Юинга.
2. Ретикулосаркома кости.
3. Лимфосаркома кости.
4. Миелома.

V. Прочие опухоли.

1. Хордома.
2. «Адамантинома длинных костей».

3. Нейрофиброма.

VI. Неклассифицируемые опухоли.

VII . Опухолоподобные поражения (солитарная киста, аневризмальная костная киста и др.).

Доброкачественные остеогенные опухоли ЧЛЮ

Первичные доброкачественные костные опухоли ЧЛЮ по гистогенезу соответствуют общепринятой классификации. Наиболее часто встречающимися остеогенными опухолями этой локализации являются: костеобразующие опухоли, хрящеобразующие опухоли, опухолоподобные поражения. По международной гистологической классификации опухолей (МГКО - 1947), одобренной ВОЗ, с дополнениями и уточнениями, внесенными отечественными исследователями (А.А.Колесов, И.И.Ермолаев, А.М.Солнцев, В.В.Паникаровский. В.В.Рогинский и др.), в настоящее время выделяют:

1. Костеобразующие опухоли

А. Доброкачественные

- Остеома
- остеоид-остеома
- Остеобластома

2. Хрящеобразующие опухоли

А. Доброкачественные

- Хондрома
- Хондробластома

3. Другие соединительнотканые опухоли

А. Доброкачественные

- Остеохондрома (костно-хрящевые экзостозы).
- Хондромиксоидная фиброма
- Оссифицирующая фиброма

4. Опухолоподобные поражения: фиброзная дисплазия

- центральная гигантоклеточная гранулёма
- гистиоцитоз "А" (эозинофильная гранулёма)
- деформирующий остеит (болезнь Педжета)
- коричневая «опухоль» гиперпаратиреозидизма
- эпюлисы
- аневризматическая костная киста
- солитарная костная киста

Новообразования челюстей по клинко-рентгенологической и морфологической структуре сходны с опухолями других костей, однако имеют свои особенности, связанные эмбриогенезом лица и наличием зубов. Многие формы опухолей, представленные в классификации ВОЗ№6, встречаются чрезвычайно редко, в связи с чем мы их не описываем.

2.3. Целевая группа: Остеома челюстей

2. Определение. Остеома (Os-кость, ома - окончание костная опухоль) костеобразующая неэпителиальная доброкачественная опухоль встречается в различных отделах лицевого скелета.

2.1. Статистика. В ЧЛЮ остеома чаще локализуется на нижней челюсти в губчатом или кортикальном слое. Частота 2,7-6,0% (Бернадский, 2000; Колесов, 1964).

2.2. Классификация.

Клинко-анатомически выделяют центральную и периферическую формы

Гистологически остеомы делят на:

- Компактные - нормальная кость
- Губчатые – губчатое вещество, балки беспорядочны
- Мягкие – костномозговые полости - редки - 0,5%

2.3.2. Клиника.

Может располагаться снаружи кости (экзостоз) и внутри (эностоз). Развиваются остеомы очень медленно и поэтому длительно остаются незамеченными. Иногда первыми признаками остеомы служат усиливающиеся болевые ощущения вследствие сдавления нерва или асимметрия лица, вызванная изменением контура пораженного отдела. Встречаются редкие формы остеом в виде мегастилон и поражения суставной головки нижней челюсти с

соответствующей клиникой ограничения подвижности в ВНЧС. Наиболее редко остеома наблюдается в верхнечелюстной пазухе и полости носа в виде экзостоза на ножке. Клиника зависит от локализации и формы. Рост медленный. Симптомы развиваются поздно. Их можно подразделить на:

Косметические (развитие остеома костей лица приводит к обезображиванию лица).

Неврологические (боль вследствие сдавления нерва)

Стоматологические (затрудненное открывание рта, нарушения прикуса)

Ринологические (затруднение носового дыхания)

Офтальмологические (смещение глазного яблока, диплопия, экзофтальм)

Остеома, которая, в зависимости от структуры составляющей ее костной ткани, может быть губчатой, компактной или смешанной, обычно проявляется в виде плотного бугристого, без четких границ, выпячивания кости. Слизистая оболочка обычно в этой зоне не изменена, иногда бледно-розового цвета с выраженным сосудистым рисунком из-за ее растяжения. При периферической локализации ряд авторов рассматривают остеома как экзостоз или остеофит. Нагноение остеома практически не описано. В зависимости от локализации остеома могут вызывать нарушения функции ВНЧС, дыхания, при вовлечении в процесс периферических нервных стволов развиваются невралгические боли, при прорастании в глазницу – нарушение зрения.

3. Принципы диагностики

Диагностика костных опухолей является сложной проблемой и требует комплексного подхода. [Диагноз](#) устанавливают на основании клинической картины, специальных методов диагностики и данных морфологического исследования

Методы исследования.

- . Клиническая
- Лучевая: рентгенография, радиовизиография, ортопантомография, КТ, СКТ,
- Эндоскопия (опухоли верхней челюсти и ОНП)
- Морфологическая: цитологическая – пункция (губчатые и мягкие); гистологическая – трепан-биопсия

Наряду с опросом больного, осмотром и пальпацией области поражения используют и специальные методы. Распознаванию могут способствовать пункция и цитологическое

исследование, а в трудных случаях — биопсия и эндоскопическое исследование полости. Дополнительные методы обследования включают в себя: рентгенологическое исследование, ОПТГ, КТ МСКТ, МРТ, ПЭТ, изготовление стереолитографических моделей. Большую помощь в постановке диагноза может оказать виртуальная реконструкция в 3D режиме.

Окончательный диагноз является морфологическим и устанавливается на основании гистологического анализа биопсийного материала или послеоперационного планового гистологического исследования.

Дифференциальная диагностика

Дифференциальный диагноз следует проводить с остеоид-остеомой, хондромой, солидной адамантиномой, остеобластокластомой, фиброзной дисплазией, злокачественной опухолью, остеосклерозом, дезоморфиновым остеомиелитом.

Компактная остеома - в диагностике проста. Для диагностирования остеомы решающее значение приобретает рентгенография. На рентгенограмме остеома определяется в виде участка кости повышенной плотности, с четкими границами, чаще округлой формы.

Губчатая и мягкая остеома – нужно отличать от остеобластокластомы, солидной адамантинемы, костных дисплазий, остеофитов, экзостозов, злокачественных опухолей.

Особые трудности возникают в дифференциальной диагностике остеодисплазий – трепан-биопсия.

В отличие от остеомы, остеоид-остеома при медленном росте уже на ранних стадиях характеризуется возникновением тянущих, ноющих, иногда приступообразных болей.

Структура опухоли на ранних стадиях представлена, в основном, мезенхимальной остеопластической тканью, которая постепенно обезызвляется и напоминает костную ткань с нарушенным костным рисунком из-за беспорядочного расположения костных балок.

Хондрома, состоящая преимущественно из клеток гиалинового хряща, бессистемно расположенных и часто не имеющих капсул, может развиваться внутри кости – энхондрома – или поднадкостнично – экхондрома. В первом случае ее течение бессимптомно до достижения определенных размеров, во втором – определяется гладкое или бугристое, безболезненное, интимно связанное с костью образование под неизменной или бледной слизистой оболочкой. Экхондрома чаще локализуется в передних отделах верхней челюсти.

Необходимые дифференциально-диагностические исследования:

- ТАПБ и цитологическое исследование
- Трепанбиопсия, гистологическое исследование биопсийного материала

- Компьютерная томография

Анамнез:

- Длительность и скорость роста
- Наличие наследственной отягощенности по онкопатологии челюстно-лицевой области
- Воздействие тератогенных факторов.

ОБСЛЕДОВАНИЕ

Обязательные процедуры

Врачебный осмотр

Рентгенография лицевого отдела черепа

ОПТГ

Рентгенография органов грудной клетки

Эндоскопия полости носа, глотки

Трепанбиопсия

Пункционная биопсия лимфатических узлов

Ультразвуковое исследование шеи

Компьютерная томография лицевого отдела черепа

ЭКГ стандартная

Санация полости рта

Дополнительные процедуры

Компьютерная томография

МСКТ с 3D реконструкцией

Магнитно резонансная томография лица, шеи

Консультация специалистов (по показаниям)

Лабораторные исследования

Определение группы крови

Исследование крови на резус (фактор

Определение антител к *Treponema pallidum*

Определение антигена HBsAg

Определение антител к вирусу гепатита С

Определение антител к ВИЧ

Анализ крови общий не менее 3 раз (до операции, после операции, перед выпиской)

Анализ мочи общий не менее 3 раз (до операции, после операции, перед выпиской)

Биохимическое исследование крови не менее 1 раза в 2 нед. на протяжении лечения (общий

белок, холестерин, мочеви́на, билирубин, К⁺, Na⁺, креатинин, АЛТ, АСТ)

Исследование крови на сахар

Коагулограмма крови

Цитологическое исследование мазков с поверхности опухоли

Консультация, пересмотр цитологических препаратов

Патоморфологическое исследование биопсийного материала

Патоморфологическое исследование операционного материала срочное (по показаниям) и плановое

Консультация, пересмотр патоморфологических препаратов

Иммуноморфологическое исследование (иммуноцитологическое, иммуногистохимическое исследование)

Онкомаркеры SCC*

Лечение солитарных компактных остеом при появлении болевых ощущений или устранении косметических дефектов (при ограниченном поражении костей скелета лица) сводится к

- *хирургическому удалению опухоли - радикальная щадящая резекция: долотом, пилой, фрезой, эрбиевым лазером. пьезоножом.*

При множественном поражении костей лица и отсутствии клинических проявлений хирургическое лечение не показано - наблюдение. Прогноз благоприятный

2.3. Целевая группа:

Остеобластокластома (бурая опухоль, остеобластома, остеокластома, гигантоклеточная опухоль) является основным, наиболее сложным для диагностики и лечения представителем остеогенных опухолей ЧЛО.

3. Определение.

Остеобластокластома - неэпителиальная доброкачественная костеобразующая опухоль остеогенного происхождения с местнодеструктивным ростом, склонная к рецидивированию при нарушении принципов абластики и к малигнизации.

3.1.Статистика. Наиболее часто она поражает челюстные кости составляя 65% всех первичных опухолевых процессов челюстей. Занимает первое место среди доброкачественных неондонтогенных опухолей - 20,7% (Бернадский Ю.И.,2000). Может возникать солитарно, обладает экспансивным ростом, способна к рецидивам и к малигнизации. Встречается чаще у женщин, поражает в основном молодой возраст от 10 до 30 лет. Излюбленная локализация - область малых коренных зубов на верхней челюсти и моляров

нижней челюсти. Локализуется в нижней челюсти в 2 раза чаще

Морфогенез: основными элементами опухоли являются мелкие одноядерные клетки с округлым или овальным ядром типа остеобластов, между которыми рассеяны многоядерные клетки-гиганты типа остеокластов с центральным расположением ядер. Остеобласты плотным кольцом окружают остеонидные балочки, что говорит об остеогенном характере опухоли. Наряду с этим в опухоли можно наблюдать серозные и кровяные кисты или кровяные поля, окаймленные гигантскими клетками.

Клиническая картина

Остеобластокластомы принято делить на центральные, развивающиеся в толще кости челюсти, и на периферические, развивающиеся на альвеолярном отростке, эпюлидоподобные, так называемые «гигантоклеточные эпюлисы». Развитие остеобластокластом чаще протекает медленно. Обычно первыми признаками опухоли являются болевые ощущения челюсти или утолщение последней. Истончение костной стенки челюсти обуславливает появление симптома пергаментного хруста.

На основании клинико-рентгенологических и морфологической картины опухолей различают три основные формы:

- ячеистую;
- кистозную;
- литическую.

Ячеистая форма чаще всего наблюдается в зрелом и пожилом возрасте, характеризуется медленным развитием. При обследовании больного определяется плотная припухлость, кость на месте опухоли имеет бугристую поверхность, диффузно утолщена; отграничить опухоль от здоровых участков кости клинически не удается; челюсть часто имеет веретенообразную форму. Зубы, находящиеся в области опухоли, редко меняют свое положение. Слизистая оболочка, покрывающая опухоль, несколько анемична.

При кистозной форме опухоли первым симптомами заболевания в подавляющем большинстве случаев являются жалобы на зубную боль. При пальпации отдельные участки опухоли податливы при надавливании, иногда с наличием симптома «пергаментного хруста»; истонченная кость над опухолью имеет гладковыпуклую, куполообразную форму.

Литическая форма встречается редко, чаще в детском и юношеском возрасте. Развитие литической формы происходит довольно быстро. В ряде случаев первым признаком

развивающейся опухоли может быть боль. При истончении кортикального слоя наряду с самостоятельными болями в покое появляется боль при пальпации. Венозная сеть сосудов слизистой оболочки, покрывающей опухоль, расширена. Зубы нередко смещаются и становятся подвижными. В области поражения могут отмечаться патологические переломы челюстей.

Периферическая эпюлидоподобная форма развивается в области больших и малых коренных зубов, имеет широкое основание, бурую или темно-бурую окраску. Отмечается патологическая подвижность зубов.

Клиника зависит от локализации и формы. Рост медленный. Симптомы развиваются поздно. Их можно подразделить на:

Косметические (развитие остеокластом костей лица приводит к обезображиванию лица).

Неврологические (боль вследствие сдавления нерва)

Стоматологические (затрудненное открывание рта, нарушения прикуса)

Ринологические (затруднение носового дыхания)

Офтальмологические (смещение глазного яблока, диплопия, экзофтальм)

Диагностика, как и при всех костных опухолях, комплексная

- Клиническая
- Лучевая: рентгенография, радиовизиография, ортопантомография, КТ, СКТ,
- Эндоскопическая (опухоль верхней челюсти и ОНП)
- Морфологическая: цитологическая – пункция (губчатые и мягкие); гистологическая – трепан-биопсия

Дифференциальная диагностика

Для диагностирования остеокластом решающее значение приобретает рентгенография и современные методы лучевой диагностики цифровая ОПТГ, КТ, СКТ с 3D реконструкцией.

- При ячеистых формах рентгенологически на месте очага поражения отмечается тень от множества мелких и более крупных полостей или ячеистых образований, отделенных друг от друга костными перегородками различной толщины. Реакции со стороны надкостницы не наблюдаются.
- Для кистозной (диффузно-остеокластической) формы характерно наличие гомогенного

овального просветления кости. На рентгенограмме она напоминает одонтогенную кисту челюсти.

- При литической форме очаг поражения кости не имеет определенной структуры, что затрудняет распознавание заболевания. На рентгенограмме опухоль дает бесструктурный очаг просветления. При разрушении периоста опухоль может проникать в окружающие мягкие ткани.

Необходимо дифференцировать остеобластокластому с адамантиномой, одонтогенной кистой, саркомой, эозинофильной гранулемой, фиброзной дисплазией, злокачественной опухолью. Для уточнения диагноза необходимо гистологическое исследование.

Лечение остеобластокластом хирургическое. Лучевая терапия проводится только при морфологически подтвержденном озлокачествлении опухоли.

- При локальной кистозной и ячеистой формах обычно достаточно бывает произвести частичную резекцию очага поражения без нарушения непрерывности нижней челюсти.
- Если опухоль занимает значительные участки кости челюсти, возможно проведение сквозной резекции нижней челюсти с одномоментной костной пластикой аутотрансплантатом и реконструктивным титановым имплантатом.
- При литической форме чаще используется сквозная резекция фрагмента челюсти с одномоментной костной пластикой.

Методы хирургического лечения

- В случаях расположения опухоли в костном массиве производят частичную резекцию нижней челюсти с сохранением ее непрерывности.
- При обширных остеобластокластомах, распространяющихся на край нижней челюсти, осуществляют сквозную резекцию нижней челюсти, а при значительном разрушении ветви с поражением мышечкового отростка - экзартикуляцию нижней челюсти (вместе с опухолью) в пределах здоровых тканей с одномоментной костной пластикой аутотрансплантатом и реконструктивным титановым имплантатом и эндопротезированием височно-нижнечелюстного сустава.
- . Во избежание рецидива опухоли характер и объем хирургического вмешательства должен отвечать главным принципам современной онкологии - это соблюдение абластики и антибластики.

Пребывание в стационаре

Койко-день до начала лечения – 3-5 дней

Койко-день при выполнении органосохраняющей операции – 5-7 дней

При одномоментном устранении дефекта – эндопротезом 10-12 дней,

При микрососудистой операции и устранении дефекта реваскуляризированным комплексом тканей - до 20 дней.

Активное наблюдение после лечения (в условиях поликлиники территориального ЧЛХ)

1-й год после лечения – 1 раз в 3 месяца, 2-й – 4-й годы после лечения – 1 раз в 6 месяцев, 5-й и последующие годы после лечения - 1 раз в год

Ключевые положения:

1. Выбор метода хирургического лечения определяется размером опухоли: для удаления опухоли можно использовать сквозную или частичную резекцию челюсти с опухолью и одномоментную пластическую реконструкцию дефектов.
2. Техника оперативного вмешательства должна быть максимально абластичной в связи с высоким числом рецидивов опухоли.
3. Необходимо соблюдать правила восстановления анатомической и функциональной целостности зоны дефекта и тщательно подходить к выбору трансплантата.
4. Необходимо четкое соблюдение этапности лечения и временных диапазонов, но с учетом особенностей соматического статуса каждого пациента.
5. При небольших объемах дефекта после удаления опухоли до 5-6 см возможно использования свободного костного аутооттрансплантата, если более 6 см, то трансплантат должен быть реваскуляризированным

7. Профилактика осложнений

К осложнениям на дооперационном этапе относятся:

патологический перелом челюсти

воспаление,

малигнизация

К осложнениям в раннем послеоперационном периоде относятся:

кровотечения,

воспаление,

тромбоз сосудистой ножки реваскуляризированного аутооттрансплантата,

некроз и лизис аутооттрансплантата.

К поздним осложнениям относятся:

-рецидив опухоли, ведущий к повторной операции и ухудшению прогноза

-послеоперационные деформации челюстей,

-рубцовые деформации кожи и слизистой полости рта, приводящие к нарушению функции и эстетики.

Профилактика

1. Для профилактики воспаления и патологического перелома и малигнизации в дооперационном периоде необходимо раннее выявление данной патологии. Во всех случаях комплексное лечение больных сопровождается назначением симптоматических средств, проведением антибактериальной и корригирующей терапии.
2. Для профилактики кровотечений в послеоперационном периоде, необходим контроль за свёртывающей системой крови, контроль артериального давления и выполнение хорошего гемостаза во время оперативного лечения.
3. Для профилактики поздних осложнений необходима точная диагностика, предварительное стереолитографическое моделирование по данным СКТ, радикальная адекватная операция с одномоментной костной пластикой с применением эндопротезирования, контурной пластики, микрососудистой трансплантации, дентальной имплантации.

Реабилитация

Хирургическое лечение пациентов с остеобластокластомой нижней или верхней челюсти является основополагающим, но только комплексная, своевременно и планомерно осуществляемая специализированная помощь пациентам с остеобластокластомой позволяет обеспечить оптимальный анатомический и функциональный эффект лечения и полную реабилитацию.

В вопросе реабилитации большое значение имеет объем и характер произведенного хирургического вмешательства. Например, радикальная операция (резекция нижней челюсти с нарушением ее непрерывности (включая экзартикуляцию) приводит к обезображиванию лица больного и сопровождается функциональными нарушениями акта жевания, речи. Следовательно, в реабилитацию таких больных должны включаться медико-социальные элементы.

Основой медицинской реабилитации больных, перенесших радикальные операции, является восстановление функции нижней челюсти при помощи первичной (или отсроченной) костной пластики, выбор которой определяет челюстно-лицевой хирург, а также последующее зубное протезирование.

2.3. Необходимая квалификация специалистов

- Удалением доброкачественных опухолей ЧЛЮ должен заниматься специалист, имеющий сертификат челюстно-лицевого хирурга, хирурга-стоматолога, пластического хирурга или онколога.

- С учетом изложенного выше следует подчеркнуть, насколько важны профессиональная компетенция хирурга, а главное – значительный персональный опыт работы врача при выборе конкретного метода лечения новообразований ЧЛЮ.
- Необходимы навыки онколога и пластического хирурга

Требования, предъявляемые к квалификации хирурга:

1. Наличие сертификата челюстно-лицевого хирурга и опыт работы в профильном отделении не менее 5 лет.
2. Регулярная хирургическая нагрузка в операциях по устранению новообразований ЧЛЮ (не менее 2 операций в неделю).
3. Участие в отечественных и международных научно-практических конференциях посвященных проблемам онкологии челюстно-лицевой области и пластической хирургии.
4. Плановое непрерывное медицинское образование, прохождение курсов повышения квалификации.

Схема 1. Алгоритм лечения ДО костей лицевого скелета

