

А.А. Тимофеев, Н.А. Ушко

Оценка хирургических методов лечения амелобластомы

Институт стоматологии НМАПО им. П.Л. Шупика, г. Киев, Украина

Цель: оценить используемые при удалении амелобластомы хирургические методы лечения путем определения изменений тактильной, болевой и температурной чувствительности в послеоперационный период, а также за счет частоты развития послеоперационных осложнений.

Методы. Проведено обследование 96-ти больных с амелобластомой нижней челюсти в возрасте от 19 до 58 лет: I группа – 24 больных после эксцизионной (расширенной) биопсии; II группа – 45 больных после щадящей резекции челюсти; III группа – 27 больных после классической резекции челюсти.

Результаты. На основании обследования 96 больных с амелобластомой, у которых применены разные хирургические методы лечения (расширенная эксцизионная биопсия, щадящая и классическая резекция челюсти), доказано, что по частоте встречаемости послеоперационных осложнений (нарушений разных видов чувствительности слизистой оболочки полости рта, нейропатии тройничного нерва и рецидивов опухоли) наиболее оптимальным является удаление амелобластомы путем щадящей резекции нижней челюсти.

Выводы. Классическую резекцию челюстей рекомендуется проводить только при наиболее часто рецидивируемой истинной амелобластоме (акантоматозный и плексиформный варианты).

Ключевые слова: слизистая оболочка полости рта, осложнения, хирургический метод лечения, амелобластомы.

Введение

Амелобластома челюстей занимает особое место среди доброкачественных опухолей челюстных костей по нескольким причинам. Во-первых, эти опухоли чаще встречаются у людей молодого возраста, и больные с амелобластомой обращаются за медицинской помощью в тот период развития опухоли, когда она достигает значительных размеров. Во-вторых, для амелобластомы характерно большое количество вариантов ее морфологического строения и при этой опухоли наблюдается значительная деструкция костной ткани челюсти.

Диагностика амелобластомы на ранних стадиях развития опухоли часто затруднена из-за скудности клинической симптоматики. При обнаружении этой опухоли у хирурга сразу же возникает вопрос о том, какой метод хирургического лечения следует рекомендовать больным. При этом следует учитывать тот факт, что амелобластома чаще всего выявляется у людей молодого возраста и занимает значительную часть челюстной кости (локализуясь в области ветви, угла и в дистальных отделах нижней челюсти).

Степень выраженности нарушений тактильной, болевой и температурной чувствительности слизистой оболочки полости рта, которые появляются после применения различных методов хирургического лечения амелобластомы, косвенно может указывать на тяжесть нанесенной больному травмы во время оперативного вмешательства.

Цель исследования – оценить используемые при удалении амелобластомы челюстей хирургические методы лечения путем определения выраженности изменений тактильной, болевой и температурной чувствительности в послеоперационный период, а также частоты развития послеоперационных осложнений.

Материал и методы обследования

Проведено обследование 96-ти больных, которым морфологическим путем был установлен диагноз истинная амелобластома челюсти. У всех этих обследуемых при установлении данного диагноза были применены различные виды оперативного вмешательства: эксцизионная биопсия, щадящая резекция челюсти с сохранением ее непрерывности и разные варианты классической резекции челюстных костей (с нарушением непрерывности челюсти).

В зависимости от примененной методики хирургического лечения всех 96-ти больных с амелобластомой нижней челюсти разделили на три обследуемые группы. В **I группу** были включены 24 больных, у которых для удаления опухоли была применена эксцизионная биопсия; во **II группу** – 45 больных, у которых проведена щадящая резекция челюсти с сохранением ее непрерывности; **III группу** составили 27 больных с классической резекцией челюсти и нарушением ее непрерывности.

Уточняем понятия, которые раскрывают суть ранее указанных оперативных вмешательств. **Эксцизионная биопсия** – при данной операции проводится удаление только мягкотканного компонента амелобластомы челюсти. **Щадящая (частичная) резекция челюсти** – это операция, при которой проводится не только полное удаление мягкотканного опухолевого образования, расположенного в челюстной кости, но и нежизнеспособных участков окружающей костной ткани (наружной и/или внутренней кортикальной пластинки челюсти) при обязательном сохранении жизнеспособных фрагментов кости в области патологического очага. **Классическая резекция челюсти** (лат. *Resectio* – «отсекание») – это операция, при которой проводится полное удаление опухоли, расположенной в нижнечелюстной кости, путём резекции участков костной ткани вместе с мягкотканым компонентом опухоли в пределах патологического очага или отступая от него в сторону здоровой кости.

Определение нарушения всех видов чувствительности проводили не только в ближайшие дни (5–7-е сутки после операции), но и через год. Тактильную, болевую и температурную чувствительности определяли на слизистой оболочке верхней и нижней губ, на переходной складке верхней и нижней челюстей, на слизистой оболочке дна полости рта и языке. **Тактильную чувствительность** определяли путем легкого прикосновения к коже или слизистой оболочке кисточкой или ватой, **болевую чувствительность** – при помощи иглы. **Температурную чувствительность** определяли по восприятию тепла и холода. Для восприятия температурной чувствительности «как тепло» пользовались температурой стеклянной пробирки с водой при температуре, равной +38°С (согласно данным литературы, для этих целей нужно использовать воду с температурой от +37° до +40°С). Для восприятия температурной чувствительности «как холод» пользовались стеклянной

пробирки с водой с температурой, равной +18°C (по данным литературы, для этих целей нужно использовать воду с температурой от +15 до +20°C). Измерение и оценивание разных видов чувствительности проводили согласно рекомендациям Е.З. Неймарк (1981). При исследовании чувствительности слизистой оболочки полости рта больным обязательно закрывали глаза, а любые виды раздражения наносили вперемешку, без правильного чередования.

Оценку чувствительности, т. е. объективизацию выявленной чувствительности, осуществляли по шкале, рекомендуемой Е.З. Неймарк:

- – чувствительность не нарушена;
- ± – сомнительное нарушение чувствительности;
- + – легкое (слабое) нарушение чувствительности;
- ++ – умеренное нарушение чувствительности;
- +++ – полное отсутствие чувствительности.

Клинические симптомы и жалобы пациентов обработаны математическим методом Фишера. Полученные цифровые данные обследования обрабатывали общепринятым вариационно-статистическим методом с использованием персонального компьютера и пакета статистических программ SPSS 11.0 for Windows и Microsoft Excel 2010. Достоверность результатов обследования оценивали по критериям Стьюдента. Различия считались достоверными при $p < 0,05$.

Результаты обследования и их обсуждение

Частота встречаемости нарушений тактильной, болевой и температурной чувствительности слизистой оболочки полости рта в ближайшие дни после операции (5–7-е сутки) была умеренно или полностью нарушена

Таблица 1

Частота встречаемости положительных нарушений тактильной чувствительности слизистой оболочки полости рта при разных методиках хирургического лечения

Место обследования	Виды оперативного вмешательства		
	Эксцизионная биопсия (24 чел.)	Щадящая резекция челюсти (45 чел.)	Классическая резекция челюсти (27 чел.)
Нижняя губа	6/24, 25,0 % φ – 1,047 p < 0,001 p ₁ > 0,05	11/45, 24,4 % φ – 1,033 p < 0,001	24/27, 88,9 % φ – 2,462
Переходная складка на нижней челюсти с вестибулярной стороны	2/24, 8,3 % φ – 0,584 p < 0,001 p ₁ > 0,05	6/45, 13,3 % φ – 0,747 p < 0,001	21/27, 77,8 % φ – 2,160
Переходная складка на нижней челюсти с язычной стороны	0/24, 0,0 % φ – 0,000 p < 0,001 p ₁ > 0,05	0/45, 0,0 % φ – 0,000 p < 0,001	18/27, 66,7 % φ – 1,911
В ретромолярной области	0/24, 0,0 % φ – 0,000 p < 0,001 p ₁ > 0,05	2/45, 4,4 % φ – 0,423 p < 0,001	17/27, 63,0 % φ – 1,834

Примечание: p – достоверность различий частоты встречаемости данного симптома по отношению к классической резекции нижней челюсти, p₁ – достоверность различий между эксцизионной биопсией и щадящей резекций нижней челюсти.

Таблица 2

Частота встречаемости положительных нарушений болевой чувствительности слизистой оболочки полости рта при разных методиках хирургического лечения

Место обследования	Виды оперативного вмешательства		
	Эксцизионная биопсия (24 чел.)	Щадящая резекция челюсти (45 чел.)	Классическая резекция челюсти (27 чел.)
Нижняя губа	7/24, 29,2 % φ – 1,142 p < 0,001 p ₁ > 0,05	13/45, 28,9 % φ – 1,135 p < 0,001	26/27, 96,3 % φ – 2,754
Переходная складка на нижней челюсти с вестибулярной стороны	4/24, 16,7 % φ – 0,842 p < 0,001 p ₁ > 0,05	7/45, 15,6 % φ – 0,812 p < 0,001	24/27, 88,9 % φ – 2,462
Переходная складка на нижней челюсти с язычной стороны	1/24, 4,2 % φ – 0,413 p < 0,001 p ₁ > 0,05	2/45, 4,4 % φ – 0,423 p < 0,001	18/27, 66,7 % φ – 1,911
В ретромолярной области	0/24, 0,0 % φ – 0,000 p < 0,001 p ₁ > 0,05	2/45, 4,4 % φ – 0,423 p < 0,001	17/27, 63,0 % φ – 1,834

Примечание: p – достоверность различий частоты встречаемости данного симптома по отношению к классической резекции нижней челюсти, p₁ – достоверность различий между эксцизионной биопсией и щадящей резекций нижней челюсти.

Таблица 3

Частота встречаемости положительных нарушений температурной чувствительности слизистой оболочки полости рта при разных методиках хирургического лечения

Место обследования	Виды оперативного вмешательства		
	Эксцизионная биопсия (24 чел.)	Щадящая резекция челюсти (45 чел.)	Классическая резекция челюсти (27 чел.)
Нижняя губа	9/24, 37,5 % φ – 1,318 p < 0,001 p ₁ > 0,05	15/45, 33,3 % φ – 1,230 p < 0,001	27/27, 100 % φ – 3,142
Переходная складка на нижней челюсти с вестибулярной стороны	4/24, 16,7 % φ – 0,842 p < 0,001 p ₁ > 0,05	7/45, 15,6 % φ – 0,812 p < 0,001	27/27, 100 % φ – 3,142
Переходная складка на нижней челюсти с язычной стороны	1/24, 4,2 % φ – 0,413 p < 0,001 p ₁ > 0,05	2/45, 4,4 % φ – 0,423 p < 0,001	18/27, 66,7 % φ – 1,911
В ретромолярной области	0/24, 0,0 % φ – 0,000 p < 0,001 p ₁ > 0,05	0/45, 0,0 % φ – 0,000 p < 0,001	17/27, 63,0 % φ – 1,834

Примечание: p – достоверность различий частоты встречаемости данного симптома по отношению к классической резекции нижней челюсти, p₁ – достоверность различий между эксцизионной биопсией и щадящей резекцией нижней челюсти.

Таблица 4

Частота встречаемости послеоперационных осложнений после применения разных методик хирургического вмешательства при лечении амелобластомы нижней челюсти

Вид осложнения	Виды оперативного вмешательства		
	Эксцизионная биопсия (24 чел.)	Щадящая резекция челюсти (45 чел.)	Классическая резекция челюсти (27 чел.)
Нейропатии тройничного нерва	1/24, 4,2 % φ – 0,413 p < 0,01 p ₁ > 0,05	1/45, 2,2 % φ – 0,298 p < 0,001 p ₁ > 0,05	10/27, 37,0 % φ – 1,308
Рецидивы опухоли	7/24, 29,2 % φ – 1,142 p < 0,001 p ₁ < 0,01	1/45, 2,2 % φ – 0,298 p > 0,05 p ₁ < 0,01	1/27, 3,7 % φ – 0,387

Примечание: p – достоверность различий частоты встречаемости данного осложнения по отношению к классической резекции нижней челюсти, p₁ – достоверность различий между эксцизионной биопсией и щадящей резекцией нижней челюсти.

у 98–100 % больных, независимо от примененной методики хирургического лечения. Наиболее показательными, по нашему мнению, являются изменения всех видов чувствительности слизистой оболочки полости рта, которые происходят в отдаленный период после операции.

Изменения тактильной, болевой и температурной чувствительности через один год после оперативного вмешательства соответственно представлены в таблицах 1, 2 и 3.

На основании анализа результатов обследования нарушений тактильной, болевой и температурной чувствительности слизистой оболочки полости рта (табл. 1, 2, 3) установлено, что изменение данных видов чувствительности (в виде *гипестезии* и *анестезии* или *гипалгезии* и *аналгезии* или *термогипестезии* и *термоанестезии*) на нижней губе, на переходной складке с вестибулярной и язычной стороны, а также в ретромолярных участках достоверно (p < 0,001) реже встречалось после эксцизионной биопсии и щадящей резекции нижней челюсти по сравнению с классическими видами резекций ниж-

нечелюстной кости. Разницы между частотой встречаемости нарушений тактильной, болевой и температурной чувствительности во всех ранее перечисленных участках после эксцизионной биопсии и щадящей резекции нижней челюсти не выявили (p > 0,05). Нарушение всех изученных видов чувствительности достоверно (p > 0,001) чаще встречалось только после классической резекции нижней челюсти (о чем свидетельствовало большое количество жалоб этих больных).

Таким образом, по тяжести нанесенной операционной травмы при удалении амелобластомы нижней челюсти классическая резекция нижней челюсти (с нарушением ее непрерывности) является наиболее тяжелым видом оперативного вмешательства по сравнению со щадящей резекцией челюсти и расширенной эксцизионной биопсией.

Определена частота встречаемости осложнений через год после различных видов оперативного вмешательства по поводу удаления амелобластомы нижней челюсти (табл. 4).

На основании анализа данных, представленных в таблице 4, выявлено, что посттравматическая нейропатия тройничного нерва достоверно ($p < 0,001$) реже встречалась после эксцизионной биопсии и щадящей резекции челюстей по сравнению с классической резекцией нижней челюсти. Частота встречаемости нейропатии нижнечелюстной ветви тройничного нерва при эксцизионной биопсии достоверно не отличалась ($p > 0,05$) от таковой после щадящей резекции нижней челюсти, т. е. данные операции по своей травматичности были идентичными.

Установлено, что послеоперационные рецидивы амелобластом челюстей достоверно ($p < 0,001$) чаще встречались только после эксцизионной биопсии, т. е. после удаления только мягкотканного компонента опухоли. При щадящей резекции челюстей (при удалении как мягкотканых компонентов амелобластомы, так и костных участков челюсти, непосредственно соприкасающихся с опухолевой тканью), рецидивы встречались лишь в единичных случаях (при акантоматозном и плексиформном варианте морфологического строения истинной формы амелобластомы) и частота их выявления достоверно ($p > 0,05$) не отличалась от классической резекции нижней челюсти (при последнем оперативном вмешательстве отступали не менее 0,5–1 см в сторону здоровой кости от рентгенологически видимых участков опухоли).

Выводы

На основании обследования 96-ти больных с амелобластомой нижней челюсти, у которых применены разные хирургические методы лечения (эксцизионная биопсия, щадящая и классическая резекция челюсти), установлено, что по частоте встречаемости послеоперационных осложнений (нарушения разных видов чувствительности слизистой оболочки полости рта, нейропатии тройничного нерва и рецидивов опухоли) наиболее оптимальным, по нашему мнению, является проведение удаления данной опухоли путем щадящей резекции нижней челюсти. По тяжести нанесенной операционной травмы при удалении амелобластомы нижнечелюстной кости классическая резекция нижней челюсти является наиболее тяжёлым видом оперативного вмешательства по сравнению с ее щадящей резекцией и эксцизионной биопсией.

При оперативном вмешательстве по поводу удаления амелобластом рекомендуется проводить щадящую резекцию нижней челюсти. Классическая резекция нижней челюсти показана только после морфологического подтверждения акантоматозного и плексиформного варианта строения истинной амелобластомы. Последние патоморфологические варианты истинной амелобластомы считаем наиболее агрессивными и часто рецидивируемыми формами этой опухоли.

Все больные с истинными формами амелобластомы челюстных костей подлежат диспансерному наблюдению.

ЛИТЕРАТУРА

1. Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии / А.А. Тимофеев. – Киев: ООО «Червона Рута-Турс», 2012. – 1048 с.

2. Тимофеев А.А. Челюстно-лицевая хирургия / А.А. Тимофеев. – Киев: ВСИ «Медицина», 2015. – 800 с.

Оцінка хірургічних методів лікування амелобластом

О.О. Тимофеев, Н.О. Ушко

Мета: оцінити хірургічні методи лікування, які використовуються при видаленні амелобластом, шляхом визначення змін тактильної, больової й температурної чутливості в післяопераційний період, а також частоти розвитку післяопераційних ускладнень.

Методи. Проведено обстеження 96-ти хворих з амелобластомою нижньої щелепи у віці від 19 до 58 років: I група – 24 хворих після ексцизійної (розширеної) біопсії; II група – 45 хворих після щадної резекції щелепи; III група – 27 хворих після класичної резекції щелепи.

Результати. На підставі обстеження 96-ти хворих з амелобластомою, в яких застосовані різні хірургічні методи лікування (розширена ексцизійна біопсія, щадна і класична резекції щелепи), доведено, що за частотою розвитку післяопераційних ускладнень (порушень різних видів чутливості слизової оболонки порожнини рота, нейропатії трійчастого нерва й рецидивів пухлини) найбільш оптимальним є видалення амелобластом шляхом щадної резекції нижньої щелепи.

Висновки. Класичну резекцію щелепи рекомендується проводити тільки при найбільш формах справжньої амелобластом, яка найчастіше рецидивує (акантоматозний і плексиформний варіанти).

Ключові слова: слизова оболонка порожнини рота, ускладнення, хірургічний метод лікування, амелобластома.

Assessment of surgical methods of treatment of ameloblastoma

O. Tymofiev, N. Ushko

Purpose: evaluate the surgical methods of treatment used for removal of ameloblastoma by determining the changes in tactile, pain and temperature sensitivity in the postoperative period, as well as the frequency of postoperative complications.

Methods. 96 patients with ameloblastomas of jaws aged from 19 to 58 years were examined: Group I – 24 patients after excision (expanded) biopsy; Group II – 45 patients after sparing resection of the jaw; Group III – 27 patients after classical jaw resection.

Results. Based on the conducted examinations, 96 patients with different surgical treatment methods (extended excision biopsy, gentle and classical jaw resection), it was proved that the frequency of occurrence of postoperative complications (disorders of different types of sensitivity of the oral mucosa, trigeminal neuropathy and tumor recurrence) is most optimal after the removal of ameloblastoma by a gentle resection of the jaws.

Conclusions. Classical jaw resection is recommended to be performed only with the most frequently recurring true ameloblastomas (acantomatous variant).

Key words: mucous membrane of the oral cavity, complications, surgical method of treatment, ameloblastoma.

Тимофеев Алексей Александрович – д-р мед. наук, профессор, заслуженный деятель науки и техники Украины; заведующий кафедрой челюстно-лицевой хирургии Института стоматологии НМАПО им. П.Л. Шупика.

Адрес: г. Киев, ул. Подвысоцкого, 4-а, клиническая больница № 12, кафедра челюстно-лицевой хирургии. Тел.: 528-35-17.

Ушко Наталия Алексеевна – канд. мед. наук, доцент;

доцент кафедры челюстно-лицевой хирургии Института стоматологии НМАПО им. П.Л. Шупика.