

# Збереження безперервності нижньої щелепи методом її пошарової резекції при лікуванні адамантинومي

## The Continuity of the lower jaw through the Implementation of Layered Resection in the Treatment of Adamantinoma

Центіло В.Г.

Донецький національний медичний університет ім. М.Горького, каф. стоматології факультету інternатури і післядипломної освіти (зав. – проф. С.К. Суржанський)  
V.G. Tsentilo

**Резюме** У статті розглянуто клінічний випадок ураження адамантиноюю нижньої щелепи. Показано метод виконання пошарової резекції, який забезпечив радикальне видалення пухлини та збереження безперервності нижньої щелепи.

**Summary** The article reviews the clinical case of damage adamantinoma of the mandible. The method used to perform layer resection, which provided a radical removal of the tumor and preserve the continuity of the mandible.

**Ключові слова** адамантинوما, резекція нижньої щелепи

**Key words** adamantinoma, resection, mandible

### Вступ

При оперативному лікуванні адамантином великого розміру нижньої щелепи, що уражують її тіло, гілку або підборідню ділянку, традиційно виконують резекцію нижньої щелепи з порушенням її безперервності. Необхідність виконання такого обсягу операції зумовлена тим, що інвазія пухлини в навколишню кісткову тканину, яка здається інтактною, відбувається на глибину 5-7 мм [1-3].

Особливо несприятлива ситуація виникає, коли пухлина локалізується в підборідній ділянці нижньої щелепи. У цьому випадку хворий не тільки втрачає зуби, розташовані в зоні пухлинного ураження, а й необхідна перевірка прохідності верхніх дихальних шляхів. Проблема виникає через те, що після відсічення підборідно-язикового м'яза

порушується скелетна фіксація язика. Її можна вирішити шляхом накладення дефінітивної трахеотомії або зміни фіксації язика запропонованим нами методом [4].

Суттєвим недоліком таких операцій є порушення функцій жування, ковтання та мовлення, а також спотворення обличчя через відсутність підборіддя та зміщення фрагментів нижньої щелепи, які залишилися, що особливо важко переносять пацієнти молодого віку, у яких найчастіше діагностують адамантиному нижньої щелепи.

### Клінічний випадок

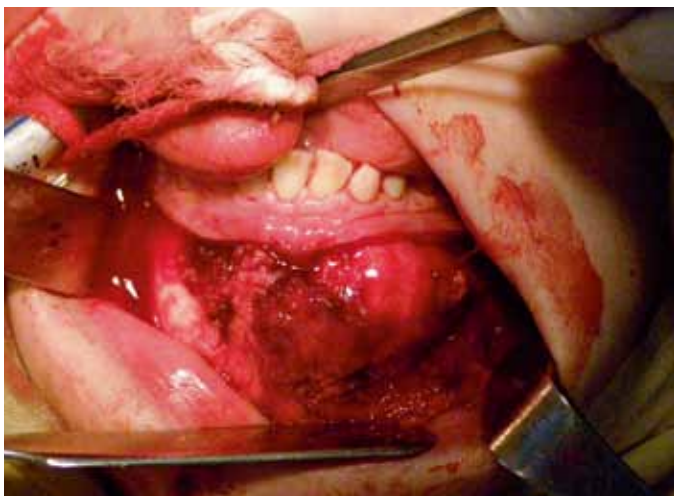
Пацієнтка Ч-га М.А., 19 років, студентка, госпіталізована до щелепно-лицевого хірургічного відділення «Клінічної Рудничної лікарні», м. Макіївки, 24.03.2009 р. зі скаргами на новоутворення в ділянці

ці підборіддя, деформацію нижньої щелепи.

Анамнез захворювання: пацієнтка вперше помітила новоутворення, яке поступово збільшувалося, півтора роки тому. В його ділянці виникла рухомість нижніх зубів.

Анамнез життя: інфекційно-алергологічний анамнез не обтяжений. Гемотрансфузій не було. Загальний стан задовільний. Шкірні покриви звичайного забарвлення, чисті. Дихання везикулярне. ЧД 18 за хв. Діяльність серця ритмічна. Гемодинаміка стабільна. АТ 120/80, пульс 74 за хв. Живіт м'який, безболісний. Додатковими методами обстеження особливостей не виявлено, за винятком місцевого статусу.

Місцевий статус: асиметрія обличчя через збільшення підборіддя. Шкіра над ним звичайного кольору, без змін. Слизова оболонка порожнини рота блідо-



**Мал. 1.** Зовнішній вигляд пухлини



**Мал. 2.** Вигляд кісткової рани після видалення пухлини



**Мал. 3.** Рентгенограма нижньої щелепи хворої Ч-ги М.А. через 4 місяці після операції. Післяопераційний дефект кісткової тканини підборіддя та тіла нижньої щелепи. По периферії ознаки відновлення кісткової тканини



**Мал. 4.** Рентгенограма нижньої щелепи хворої Ч-ги М.А. через 35 місяців після операції. Майже повне відновлення кісткової тканини в ділянці проведеної операції

рожевого кольору. В присінку порожнини рота зубів від 35 до 44 спостерігається здуття нижньої щелепи, тверде, безболісне при пальпуванні, довжиною близько 10 см. У ділянці пухлини спостерігається рухомість зубів різного ступеня. На ортопантограмі нижньої щелепи виявлено деструкцію кісткової тканини овальної форми зубів від 35 до 45, з рівними чіткими контурами.

Діагноз: адамантинома нижньої щелепи в ділянці зубів від 35 до 45. 24.03.2009 р. ми провели операцію резекції нижньої щелепи (хірург – проф. Центіло В.Г., протокол № 45, початок 11 год. 35 хв. – завершення 13 год. 25 хв.). При лікуванні пацієнтки нашим завданням було забезпечення радикального видалення пухлини та збереження безперервності нижньої щелепи.

З цією метою після оголення пухлини та вишкрібання її хірургічною ложкою, в кістковій порожнині, що утворилася після видалення основної маси новоутворення, циркулярною пилкою необхідного розміру пошарово видаляли кісткову тканину, уражену пухлиною, на глибині 5-7 мм [5]. Під наркозом виконали розріз уздовж перехідної складки зубів від 37 до 47.

Відшарували слизово-окісний клапоть. Нижню губу відшарували до нижнього краю підборіддя (мал. 1).

Вісікли частину пухлини у ментальній ділянці. Розширили дефект кісткової тканини підборіддя. Через дефект кісткової тканини кістковою ложкою частково видалили пухлину. Після цього в утворений дефект ввели циркулярну пилку, якою пошарово видалили підлеглу до пухлини кісткову тканину до твердої, візуально інтактною кістки та виконали резекцію коренів зубів, розташованих у порожнині дефекту нижньої щелепи (мал. 2). Рану ушили вікрилом. Препарат видаленої пухлини скерували на гістологічне дослідження.

За результатами гістологічного дослідження встановлено діагноз: амелобластома.

Гістологічне дослідження виявило у препараті кісту, на внутрішній поверхні якої наявні комплекси епітеліальних клітин без ознак клітинного атипізму, по периферії комплексів клітини розташовані у вигляді частоколу, в центрі – відросчатої форми. Спостерігали один мітоз у всіх препаратах. Навколо епітелію видно волокнисту сполучну тканину, далі кістку, подекуди скелетний м'яз.

Висновок: кістозна амелобластома (адамантинома), фолікулярний тип.

Післяопераційна рана загоїлася первинним натягом.

Хвора перебувала під постійним спостереженням з періодичним рентгенологічним обстеженням (мал. 3, 4). Через 35 місяців після операції немає ознак рецидиву пухлини. Зуби у ділянці видаленої пухлини нерухомі.

## Висновки

Пропонований спосіб уможливорює збереження безперервності нижньої щелепи та зубів у ділянці пухлини, нормального зовнішнього вигляду обличчя пацієнта, усунення порушення функцій жування, мовлення, обструкції верхніх дихальних шляхів, необхідності виконання складних відновних оперативних втручань.

## Список використаної літератури

1. Бернадский Ю.И. Основы челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии / Ю.И. Бернадский. – Белмедкнига, Витебск, 1998. – С. 293–298.
2. Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. Т. III / А.А. Тимофеев. – Киев: Червона Рута. Турс, 2000. – С. 81–91.
3. Челюстно-лицевые операции: Справочник / Гуцан А.Э., Бернадский Ю.И., Годорожа П.Д. и др. – Витебск: Белмедкнига, 1997. – С. 316–318.
4. Пат. 35235 Україна, МПК (2006) А61В 17/00. Спосіб попередження дислокаційної асфіксії після резекції підборіднього відділу нижньої щелепи / Центіло В.Г.: заявник і патентовласник Донецький мед. ун-т. – Заявка у 2008 04213; заявл. 03.04.08, опубл. 10.09.2008. Бюл. № 17.
5. Пат. 59286 Україна, МПК (2011.01) А61В 17/00. Спосіб оперативного лікування адамантином нижньої щелепи / Центіло В.Г.: заявник і патентовласник Донецький мед. ун-т. – Заявка у 201012481; заявл. 22.10.10, опубл. 10.05.2011. Бюл. № 9.