

Ж.А. Ашуев,
д.м.н., ст. научный сотрудник

В.Д. Вагнер,
заслуженный врач РФ, д.м.н., профессор,
зам. директора

В.А. Семкин,
заслуженный врач РФ, д.м.н., профессор,
зав. отделением хирургической
стоматологии

Л.Е. Смирнова,
к.м.н., ст. научный сотрудник

ЦНИИСиЧЛХ

Заполнение медицинской карты стоматологического больного при хирургическом лечении доброкачественных опухолей челюсти

Резюме. Полноценное обследование больного способствует своевременному установлению диагноза, принятию правильной тактики лечения, сохранению качества жизни человеку, а в некоторых случаях предотвращению малигнизации опухоли.

Ключевые слова: медицинская карта стоматологического больного, доброкачественные опухоли челюстей

Summary. Complete patient examination helps to determine diagnosis in due time, to choose correct treatment, to keep the high life quality and to prevent tumor malignization in some cases.

Key words: dental patient medical record, jaw benign tumor

Проблема опухолей, поражающих челюстно-лицевую область, в настоящее время является чрезвычайно актуальной. Опухоли различной локализации классифицируют, учитывая анатомические, клинические и морфологические данные. Первичный диагноз опухоли, как правило, устанавливается на основании анатомического признака и клинического проявления заболевания. Принято считать, что окончательный диагноз ставится на основании гистологического исследования, которое является золотым стандартом в диагностике опухолевых поражений тканей.

Опухолевые поражения челюстей подразделяются на истинные опухоли, опухолеподобные образования и кисты. С точки зрения особенностей развития и клинического течения опухоли подразделяются на доброкачественные и злокачественные.

Среди доброкачественных опухолей челюстей чаще встречаются остеомы, остеобластомы, одонтомы и некоторые другие. Злокачественных опухолей гораздо меньше, одни исходят из соединительной ткани (саркомы), другие — из эпителиальной ткани. Новообразования одинаково часто выявляются как у мужчин, так и у женщин.

К опухолеподобным одонтогенным образованиям воспалительного или врожденного происхождения относят твердую одонтому, цементому.

Истинными одонтогенными опухолями доброкачественной природы являются амелобластома, мягкая одонтома и одонтогенная фиброма.

Диагностику и лечение больных с доброкачественными опухолями, опухолеподобными образованиями и одонтогенными кистами челюстно-лицевой области проводят в хирургических отделениях (кабинетах) стоматологических поликлиник и челюстно-лицевых стационарах. Основным методом лечения опухолей — хирургический, при этом опухоль или опухолеподобное образование удаляют в пределах здоровой ткани, ориентируясь на их четкие границы.

В стационарах проводится хирургическое лечение пациентов с распространенными новообразованиями костей лица, больных с сопутствующими заболеваниями, которые могут осложнить состояние жизненно важных органов и систем организма.

ОСТЕОМА

Это доброкачественная остеогенная опухоль. Остеомы составляют около 4% всех первичных доброкачественных опухолей и опухолеподобных образований челюстей. Локализуется как на верхней, так и на нижней (чаще) челюсти. В редких случаях может обнаруживаться в носовых, скуловых и лобных костях. Встречается чаще у взрослых, чем у детей, с равной частотой как у мужчин, так и у женщин.

Клинически выделяют центральную и периферическую формы остеомы челюстей. Центральная остеома располагается в толще кости, а периферическая — по краям челюсти. Остеома растет медленно,

безболезненно, поэтому длительное время остается незамеченной, а выявляется чаще при обследовании у врача-стоматолога (во время лечения зубов, протезирования и т.п.) или проведении рентгенологического обследования. Первым клиническим симптомом остеомы является деформация челюсти.

Центральная остеома располагается в глубине челюстной кости. По структуре опухолевой ткани различают компактную и губчатую остеому. В компактной остеоме отсутствуют типичные остеогенные структуры, гаверсовы каналы узкие и почти полностью отсутствуют. В губчатой остеоме костные балки располагаются беспорядочно, степень зрелости их различна, а межбалочное пространство содержит фиброретикулярную ткань.

При локализации остеомы в теле нижней челюсти она может давить на нижнечелюстной нерв, расположенный в канале, и вызывать соответствующую неврогенную симптоматику. Остеома мышечкового отростка может затруднять движение нижней челюсти. Остеома верхней челюсти затрудняет носовое дыхание через соответствующую половину носа, а при локализации в области орбиты — приводит к нарушению (ограничению) движения глазного яблока и расстройству зрения. При расположении опухоли в области твердого неба и альвеолярного отростка возникают сложности, которые связаны с протезированием зубов съёмными и несъёмными протезами.

Клинически остеома может вызывать изменение конфигурации лица. Она представляет собой гладкое или бугристое выпячивание плотной консистенции, безболезненное, с четкими границами, не смещается. Слизистая оболочка, покрывающая остеому, в цвете, как правило, не изменена, подвижная. Опухоль не связана с окружающими мягкими тканями, не нагнаивается. Располагаясь по периферии челюстных костей, эти образования называются экзостозами. К экзостозам относят не только периферические остеомы малых размеров, которые локализуются в области альвеолярных отростков, но и костные деформации челюстей, возникающие после удаления зубов. Они могут быть как одиночными, так и симметричными.

На рентгенограмме компактная центральная остеома выявляется в виде гомогенного очага интенсивного затемнения округлой или овальной формы с относительно четкими границами различных размеров. Опухоль не связана с зубами, но в некоторых случаях она проецируется на корень зуба, что напоминает одонтому. Периферическая компактная остеома на рентгенограмме имеет вид ограниченного выступа, выходящего за пределы челюсти, с четкими, ровными контурами. Губчатая остеома на рентгенограмме неоднородна, имеет чередование участков разрежения и уплотнения. Аналогичные данные выявляются и на компьютерной томограмме.

Дифференцировать остеому необходимо от одонтомы. Для одонтомы характерно рентгенологически более интенсивное затемнение с четкими и ровными границами, а по периферии опухоли видна узкая полоска

просветления шириной около 1 мм (соответствует капсуле одонтомы). Остеоид-остеома на рентгенограмме выявляется в виде очага деструкции кости с нечеткими границами, окруженного ободком склерозированной ткани. Гиперостоз — это патологическое разрастание костной ткани в результате предшествующих одонтогенных и неодонтогенных воспалительных процессов (периодонтит, травма, стоматит и т.д.). По своей сути это не что иное, как оссифицирующий периостит. На рентгенограмме контуры его неровные и не такие четкие.

Слюнной камень, находясь в поднижнечелюстной железе, рентгенологически может проецироваться на тело нижней челюсти и симулировать наличие остеомы. Для уточнения местонахождения патологического очага (участка рентгенологического уплотнения) делают рентгенограмму мягких тканей дна рта в проекции тела или протока поднижнечелюстной железы. Губчатую остеому следует дифференцировать от хондромы и фиброзной остеодисплазии. Окончательный диагноз устанавливается после проведения патогистологического исследования.

Клинический пример

Жалобы. Изменение конфигурации лица и увеличение альвеолярного гребня в области удаленных зубов 2.6, 2.7, 2.8.

Анамнез. Пять лет назад удалялись зубы 2.6, 2.7, 2.8 по поводу осложнений кариеса. Два года назад обнаружено увеличение гребня в области удаленных зубов 2.6, 2.7, 2.8.

Объективно. При внешнем осмотре отмечается изменение конфигурации лица. Во рту слизистая оболочка в области удаленных зубов 2.6, 2.7, 2.8 в цвете не изменена, подвижная. При пальпации выявляется безболезненное бугристое выпячивание плотной консистенции с четкими границами, не смещается. По периферии альвеолярного отростка отмечается образование, похожее на экзостозы. Опухоль не связана с окружающими мягкими тканями.

На рентгенограмме выявляется гомогенный очаг интенсивного затемнения округлой/овальной формы с относительно четкими границами, размером Опухоль не связана с зубами, имеет вид ограниченного выступа, выходящего за пределы челюсти, с четкими, ровными контурами.

Диагноз. Остеома верхней челюсти в области зубов 2.6, 2.7, 2.8 (M9180/0).

Лечение. Под (вид анестезии) анестезией (название, концентрация, доза) произведен скальпелем/ножом Слюсаря/радиоскальпелем/лазером линейный разрез от зуба 2.5 до зуба 2.8. Отслоен слизисто-надкостничный лоскут. С помощью бормашины удалена остеома в пределах здоровых тканей и направлена на гистологическое исследование. С вестибулярной поверхности альвеолярного отростка произведено сглаживание деформированного участка челюсти до уровня нормальной кости, костная рана обработана раствором антисептика (название). Излишки мягких тканей адаптированы на место. Слизисто-надкостничный лоскут ушит швами с помощью (название материала). Проведена обработка

антисептическими (название) и противовоспалительными (название) средствами.

Рекомендации. Холод на левую верхнюю челюсть на один час, исключить в первый день прием горячей пищи, явка на повторный осмотр к врачу-стоматологу-хирургу на следующий день.

Следующие посещения (два—три). Жалоб нет, медикаментозная обработка линии разреза антисептическими растворами.

Рекомендации. Антисептические и противовоспалительные ротовые ванночки утром и вечером в течение недели.

Следующее посещение (на 7-й день). Снятие швов под аппликационной анестезией (название) Обработка антисептиком (название)

Рекомендации. Диспансерное наблюдение с рентгенологическим контролем через 3, 6 месяцев и далее один раз в год.

АМЕЛОБЛАСТОМА

По последним данным ВОЗ, на основании рентгенологического исследования поставить точный окончательный диагноз «амелобластома» не представляется возможным, поскольку аналогичными рентгенологическими признаками обладают кератокистозные одонтогенные опухоли и миксомы. Поэтому всегда необходимо проводить гистологическое исследование как мягкотканого, так и костного компонентов операционного материала для определения истинной природы образования.

С 2005 г. кератокисты были отнесены в группу одонтогенных опухолей, и на сегодняшний день установлено, что они являются самыми распространенными одонтогенными эпителиальными образованиями челюстных костей (67%), намного реже выявляются амелобластомы (15,8%) и фолликулярные кисты (17,2%).

Клинический пример

Жалобы. Изменение конфигурации лица, смещение и расшатывание зубов 4.6, 4.7, 4.8, нарушения функции жевания.

Анамнез. Два года назад стало появляться периодическое припухание в области зубов 4.6, 4.7, а также открывались свищи на слизистой оболочке рта. Неделю назад появились болевые ощущения на утолщенной вестибулярной поверхности альвеолярного отростка в области подвижных зубов.

Объективно. При внешнем осмотре челюстно-лицевой области заметно нарушение конфигурации лица, связанное с воспалительным отеком мягких тканей альвеолярного отростка нижней челюсти с вестибулярной стороны в области зубов 4.6, 4.7, 4.8. Пальпируются увеличенные до поднижнечелюстные лимфатические узлы (подвижные, безболезненные). Открывание рта свободное, безболезненное.

Со стороны преддверия рта определяется выбухание челюсти по переходной складке и тела челюсти с язычной стороны. Слизистая оболочка в области патологического

очага гиперемирована. Пальпаторно опухоль безболезненная, плотная. Зубы 4.6, 4.7, 4.8 в зоне патологического очага подвижны степени.

На рентгенограмме выявляются округлые полости разной величины, отделенные друг от друга костными перегородками.

Диагноз. Амелобластома нижней челюсти в области зубов 4.6, 4.7, 4.8 (M93 10/0).

Лечение. Под (вид анестезии) анестезией (название, концентрация, доза) произведен скальпелем/ножом Слюсаря/радиоскальпелем/лазером линейный разрез от зуба 4.4 до ретромолярной области с вестибулярной поверхности. Отслоен слизисто-надкостничный лоскут. С помощью специальных боров и фрез сделано трепанационное окно. Удалено образование, проведена механическая и медикаментозная обработка полости опухоли. Удален мягкотканый компонент образования. Удаленный фрагмент костной ткани вместе с мягкими тканями направлен на гистологическое исследование. Костный дефект обработан при помощи фрез с промыванием физиологическим раствором. Костная полость заполнена йодоформной турундой.

Рекомендовано. Холод на правую нижнюю челюсть на один час, исключить в первый день прием горячей пищи, явка на повторный осмотр к врачу-стоматологу-хирургу на следующий день.

Следующие посещения (до десяти). Смена йодоформной турунды один раз в две недели, до заполнения костного дефекта.

Рекомендации. Диспансерное наблюдение с рентгенологическим контролем через 3, 6 месяцев и далее один раз в год.

Примечание. Открытый способ ведения раны под йодоформной турундой позволяет осуществлять постоянный контроль заполнения костной полости нормальной грануляционной тканью или выявить рецидив опухолевых элементов. Тогда проводится повторное гистологическое исследование и при подтверждении рецидива пациент направляется на стационарное лечение.

ОСТЕОБЛАСТОМА

Это доброкачественная опухоль остеогенной природы. Она встречается в 12% случаев всех первичных доброкачественных опухолей и опухолеподобных образований челюстей. Опухоль развивается у лиц молодого, среднего и пожилого возраста, чаще у женщин.

Макроскопически опухоль состоит из участков бурого цвета, перемежающихся с зонами красно-серого или желтого цвета, обильно кровоточит. Состоит из одиночной или множественных мелких полостей, которые содержат бурую жидкость. Опухоль может не содержать полости. По периферии патологического очага имеется зона оссификации. Бурый цвет опухолевой ткани обусловлен гемосидерином, который образуется в результате распада эритроцитов, циркулирующих вне сосудистого русла (сосудов в опухоли нет, а кровь циркулирует по межтканевым щелям).

Микроскопически остеобластома представлена двумя основными типами опухолевых клеток:

- остеобластов — одноклеточных клеток, которые принимают участие в построении кости;
- остеокластов — гигантских многоклеточных клеток, принимающих участие в рассасывании костной ткани. В опухоли можно обнаружить фиброзную ткань и островки новообразованной остеоидной ткани.

Клинически остеобластома располагается как в центре костной ткани челюсти, так и по периферии кости, обычно развивается без выраженной клинической симптоматики. Жалобы больных чаще сводятся к подвижности зубов и изменениям конфигурации лица. При локализации остеобластомы в теле челюсти (центральная форма) опухоль пальпируется в виде плотного, гладкого или бугристого, малоболезненного или безболезненного образования, зубы в пределах границ опухоли подвижные, смещаются. Слизистая оболочка альвеолярного отростка в области патологического очага гиперемированная, имеются свищи с гнойным отделяемым (при обострении воспалительного процесса). Опухоль может достигать гигантских размеров с появлением изъязвлений на коже.

Периферическая форма остеобластомы характеризуется наличием ограниченного выпячивания, расположенного на альвеолярном отростке челюсти. Основание, на котором находится опухоль, широкое. Слизистая оболочка над опухолью синюшная, могут быть свищи. При травме кровоточит, а затем инфицируется с образованием язвы, регионарного лимфаденита и соответствующей клинической симптоматикой (боль, повышение температуры тела, слабость, недомогание и т.д.). Зубы в области патологического очага подвижные.

Различают 4 клиничко-рентгенологические разновидности центральных и периферических остеобластом: кистозная, ячеистая, солидная и литическая. Рентгенологически кистозная форма остеобластомы представлена ограниченным разрежением костной ткани с более или менее четкими границами, что напоминает кисту. Ячеистая форма имеет вид мелких полостей (ячеек), разделенных между собой костными перегородками. Она напоминает поликистозную амелобластому. Солидная форма остеобластомы рентгенологически имеет вид неравномерного интенсивного затемнения с неровными границами. Для литической формы характерна деструкция кости, сходная с остеосаркомой. Может быть рассасывание корней зубов в зоне опухоли. Встречается эта форма чаще у детей и у лиц молодого возраста, имеет агрессивное течение. Могут встречаться смешанные формы остеобластомы, где одна форма переходит в другую.

Возможно озлокачествление остеобластомы с развитием остеобластосаркомы (остеосаркомы) с последующим возникновением патологического перелома нижней челюсти.

Дифференциальную диагностику следует проводить с доброкачественными опухолями челюстей (остеоид-остеомой, остеохондромой, оссифицирующей

фибромой, амелобластической фибромой, амелобластомой, цементобластомой и др.), фиброзной остеодисплазией, остеогенной саркомой. Остеобластома челюсти при нагноении напоминает острый или обострившийся хронический остеомиелит.

Лечение остеобластомы заключается в полном ее удалении, которое можно выполнить только путем проведения резекции участка челюсти с сохранением или без сохранения ее непрерывности (в зависимости от размера опухоли). При радикальном удалении рецидивов остеобластомы не наблюдается, а при нерадикальной операции возможен не только рецидив, но и озлокачествление опухоли.

Клинический пример

Жалобы. Боль, повышение температуры тела, слабость, недомогание, а также на изменение конфигурации лица и подвижность зубов 3.6, 3.7, 3.8.

Анамнез. Год назад обнаружена небольшая подвижность зубов 3.6, 3.7, 3.8, а месяц назад была получена травма слизистой оболочки рта. Слизистая оболочка сильно кровоточила.

Объективно. При внешнем осмотре отмечается нарушение конфигурации лица. Во рту слизистая оболочка в области подвижных зубов 3.6, 3.7, 3.8 синюшная с наличием нескольких свищей. При пальпации выявляется бугристое выпячивание, расположенное на альвеолярном отростке челюсти. Пальпируются увеличенные до поднижнечелюстные лимфатические узлы (болезненные, подвижные). Открывание рта свободное, безболезненное. На рентгенограмме выявляется ограниченное разрежение костной ткани с четкими границами.

Диагноз. Остеобластома в области зубов 3.6, 3.7, 3.8 (M9200/0).

Лечение. Под *..... (вид анестезии).....* анестезией *..... (название, концентрация, доза).....* произведен *..... скальпелем/ножом Слюсаря/ радиоскальпелем/лазером.....* разрез на уровне зубодесневой бороздки со стороны вестибулярной поверхности скальпелем от зуба 3.5 до ретромолярной области. Удалено образование, проведена механическая и медикаментозная обработка полости опухоли. Патологическую ткань иссекли вместе с надкостницей в области зубов 3.6, 3.7, 3.8. Удалили подвижные зубы 3.6, 3.7, 3.8. Удаленный фрагмент костной ткани вместе с мягкими тканями направлен на гистологическое исследование. Костный дефект обработан при помощи фрез с промыванием физиологическим раствором, полость заполнена йодоформной турундой.

Рекомендовано. Холод на левую нижнюю челюсть на один час, исключить в первый день прием горячей пищи, явка на повторный осмотр к врачу-стоматологу-хирургу на следующий день.

Следующие посещения (до десяти). Смена йодоформной турунды один раз в две недели, до заполнения костной полости.

Рекомендации. Диспансерное наблюдение с рентгенологическим контролем через 3, 6 месяцев и далее один раз в год.

ОДОНТОМА

Это опухолевидное образование, состоящее из эпителиального и мезенхимального компонентов зубообразующих тканей. Она является пороком развития зубных тканей, образование развивается из одного или нескольких зачатков зубов, поэтому к истинным опухолям его отнести нельзя. А.И. Евдокимов (1959) делит одонтомы на простые (представлены тканями одного зуба, смешанными в различных сочетаниях) и сложные (построены из нескольких зачатков зубов или множества рудиментарных зубов). Одонтомы окружены соединительно-тканной капсулой.

Одонтома встречается в 7% случаев всех доброкачественных опухолей и опухолеподобных образований челюстей. Чаще встречается в молодом возрасте. Преимущественно на нижней челюсти в области моляров.

Клинический пример

Жалобы. Отсутствие зуба 4.6 и болевые ощущения в этой области.

Анамнез. Временами появляющиеся боли в области непрорезавшегося зуба 4.6.

Объективно. Конфигурация лица не изменена, подчелюстные лимфатические узлы не увеличены, при пальпации безболезненные. При осмотре рта слизистая оболочка не изменена. На рентгенограмме выявляется гомогенная ткань с четкими и неровными краями. По границе опухоли определяется узкая полоска просветления шириной около 1 мм, что соответствует капсуле одонтомы. Кость на границе с опухолью склерозирована.

Диагноз. Одонтома нижней челюсти в области зубов 4.5, 4.6, 4.7 (M9280/0).

Лечение. Под _____ (вид анестезии) _____ анестезией _____ (название, концентрация, доза) _____ произведен _____ скальпелем/ножом Слюсаря/радиоскальпелем/лазером _____ линейный разрез по вестибулярной поверхности альвеолярного отростка, отступая на 2 мм от зубодесневого сосочка от зуба 4.4 до 4.7. Отслоен слизисто-надкостничный лоскут. С помощью специальных боров и фрез сделано трепанационное окно. Проведено удаление образования вместе с капсулой. Перелом челюсти исключили с помощью фиксирующей пластинки из _____. Удаленный фрагмент костной ткани вместе с капсулой направлен на гистологическое исследование. Костный дефект обработан при помощи фрез с промыванием физиологическим раствором. Костная полость заполнена йодоформной турундой.

Рекомендовано. Холод на правую нижнюю челюсть на один час, исключить в первый день прием горячей пищи, явка на повторный осмотр к врачу-стоматологу-хирургу на следующий день.

Следующие посещения (до десяти). Смена йодоформной турунды один раз в две недели, до заполнения костной полости.

Рекомендации. Диспансерное наблюдение с рентгенологическим контролем через 6 месяцев и далее один раз в год.

По нашему мнению, внимательное обследование пациентов способствует своевременной диагностике доброкачественных новообразований челюстей, позволяет исключить их озлокачествление, а подробное заполнение медицинской карты стоматологического больного позволяет обеспечить защиту врача и пациента при возникновении конфликтных ситуаций.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Вагнер В.Д., Дейнеко Л.Г., Калбаев А.А. Значение медицинской документации для анализа производственной деятельности стоматологической поликлиники. — *Институт стоматологии*. — 2004, 4 (25): 6—7.
2. Вагнер В.Д., Захаров А.В., Дробот Г.В., Гуляева Т.А., Шарипова Е.Г., Сизиков А.В. Результаты изучения деятельности стоматологических учреждений по ведению и заполнению медицинской документации. — Материалы Всероссийской научно-практической стоматологической конференции 16—18 мая 2002 г. — Калининград: КГУ, 2002. — С. 98—100.
3. Вагнер В.Д., Захаров А.В., Гуляева Т.А., Дробот Г.В., Сизиков А.В. Медицинская карта стоматологического больного — документ медицинский или юридический. — *Экономика и менеджмент в стоматологии*. — 2002; 1 (6): 82—3.
4. Вагнер В.Д., Гуляева Т.А., Захаров А.В., Шарипова Е.Г., Сизиков А.В. Требования к оформлению и ведению учетно-отчетной медицинской документации в стоматологических учреждениях. — Сб.: Лицензирование и аккредитация в стоматологии. — Кемерово, 2002. — 60—64 с.
5. Вагнер В.Д., Полуев В.И., Логинов А.А. Значение медицинской документации для обеспечения защиты врача при возникновении страхового события. — Труды VI съезда Стоматологической ассоциации России. — М., 2000. — С. 39—40.
6. Вагнер В.Д., Тучик Е.С., Полуев В.И., Логинов А.А. О значении первичной медицинской документации при оценке качества оказания стоматологической помощи пациентам. — *Экономика и менеджмент в стоматологии*. — 2000; 2: 66—7.
7. Кулаков А.А., Робустова Т.Г., Неробеев А.И. Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия. Национальное руководство. — М.: ГЭОТАР-медиа, 2010. — 928 с.
8. Паникаровский В.В., Григорьян А.С., Семкин В.А., Либерман Б.Е., Самойлов О.А., Кузьмин Г.Ф., Казанджан И.Э., Исакова А.И. Применение брешоостеопласта для заполнения костных полостей в стоматологической и хирургической практике. — *Стоматология*. — 1988; 6: 22—4.
9. Семкин В.А., Бабиченко И.И., Усачев Е.С., Зарецкая А.С. Особенности хирургической тактики при различных формах амелобластических опухолей. — *Стоматология*. — 2012; 4 (91): 25—7.
10. Тимофеев А.А. Основы челюстно-лицевой хирургии. — М.: Медицинское информационное агентство, 2007. — 696 с.
11. Шаргородский А.Г., Руцкий Н.Ф. Доброкачественные и злокачественные опухоли мягких тканей и костей лица. Учебное пособие. — М.: ВУНМЦ, 1999. — 193 с.