

УДК 616.31 - 089

ЖАҚТЫҢ АМЕЛОБЛАСТОМАСЫ (АДАМАНТИНОМА)**А. С. Тилеубаева, Г. К. Каженова, А. Қ. Боленбаев**
Семей қ.ММУ МО жақ-бет бөлімі**Резюме****Амелобластома челюсти (адамантинома)**

В работе представлен случай амелобластомы челюсти (адамантинома), виды и клинический пример.

Summary**Ameloblastoma jaw**

In this book presented the form of ameloblastoma and form and jaw.

Амелобластомаға эпителиальді тіңдерден дамытын көптеген одонтогенді ісіктер жатады. Осы топқа шынайы амелобластома (синонимдары: адамантинома, адамантиномді эпителиома, адамантиномді бластома және т.б.), амелобластикалық фиброма (синонимы: жұмсақ одонтома), аденоамелобластома (адамантиномді одонтогенді ісік), амелобластомдық фиброодонтома жатады. Бұл ісіктердің барлығы инвазивті (инфилтративті, деструктивті) өсумен мінезделеді. Жақ сүйек ішінен дамыған ісік жұмсақ тіңдерге қарай өседі. Эмаль органы эпителийінен немесе Малассе клеткаларына ұқсас эмбрион эпителий қалдығынан пайда болатын тіске байланысты өсетін ең жиі кездесетін ісік. Көп атауының болуы (көп камералы кистама, пролифферацияланушы жақ кистасы, орталық парадентарлы кистама, кистааденома, адамантином т.б.) оның құрылысының күрделі клиникалық көріністерінің маңызды екенін дәлелдейді.

И.И.Ермолаев амелобластомалардың тоғыз түрлі вариантын ажыратады:

1. Тіс ұрығының эмаль мүшесіне ұқсас құрылымы бар;
2. Стромасынан едәуір үлкен трабекулярлы немесе құрылысы альвеолярлы тәрізді паренхимасы бар;
3. Эпителийдің дистрофиялық өзгерістерінің нәтижесінде пайда болған ірі онкоцит тәрізді клеткалары басым;
4. Паренхимасында кейде эпидермоидты құрылысы бар ангиоматоз бен қан құйылу ошақтары бар кәдімгі плексиморфты түрі;
5. Тіс өсіп шығатын жапырақшаға ұқсас бұтақты эпителий жолшалары бар;
6. Әрі қарай дамымайтын тығыз орналасқан базальды клеткалардың үлкен жолшалары мен жинағынан тұратын;
7. Конгруентті орналасқан эпителийальды клеткалы алаңдарының бар екендігімен сипатталады. Олар стромасы гиалиноздальып түзілген денелері кейде минерал тұздары шайылуына шалдыққан тікенек қабаттарына ұқсас.
8. Жиналған оксифилді ошақтарының минерал тұздары шайылып аденоматозды құрылымдарының басымдылығымен ерекшеленеді.
9. Пигментті клеткалы, альвеолярлы құрылымды шағын ошақтары бар.

Амелобластома көбінесе 17-45 жас аралығында кездеседі. Біздің бақылауларымыз бойыншы жақтың одонтогенді қатерсіз ісктердің 3% құрайды. 99% төменгі жақта кездеседі. Амелобластомалардың 5% дейіні қатерлі ісікке айналып, лимфа түйіндеріне метастаздар береді. Амелобластома өте баяу өседі. Сондықтан науқастар дәрігерге ісіктің көлемі ұлғайған кезінде қаралады. Науқастар көбінесе бет әлпетінде ісіктің болуына және жақта, тістерінде сыздап ауырсындығы болуына шағымданады.

Объективті: бет әлпеті асимметриялы, жақтың ұлғаюынан. Пальпация жасағанда ісік ауырсынусыз, тығыз консистенцияда. Ауыз қуысының ашылуы толық. Өтпелі қатпар ісік аймағында тегістелген. Шырышты

қабық ісік аймағында өзгерісіз. Кейбір уақыттарда ісік кортикальді пластинканың құрылымын бұзып, жұмсақ тіңдерге қарай өседі. Патологиялық аймақтағы тістер қозғалмалы болуы мүмкін.

Клиникалық картинасында тек амелобластомаға тән белгілер болмауына байланысты диагноз қоюда рентгенологиялық зерттеу маңызды. Амелобластоманың көптеген түрлеріне тән рентгенологиялық суреттеме жақта бір-бірінен перделер арқылы бөлінген бірнеше қуыстардың болуы. Ісіктің өсуіне байланысты қуыстарды бөліп тұрған перделер кейбір уақыттарда жойылып, ібір үлкен қуысқа айналады. Қуыс ішінде ретенцияға ұшыраған тіс болуы мүмкін. Сондықтан ажырату диагностикасы фолликулярлы кистамен жүргізіледі. Жақ кисталарының рентген суретемесінде жақ ішіндегі қуыс тіс түбірі немесе ретенцияға ұшыраған тіс сауытының анатомиялық мойыны аймағында орналасады.

Клиникалық мысал: Науқас А. 38 жаста ,сырқаттама № 1256. 15.01.2010 – 25.01.2010 аралығында жақ - бет бөлімінде жатқан.

Анамнезінде: 6 ай бұрын профилактикалық қарау кезінде төменгі жақтағы ісік анықталып, жоспарлы түрде операцияға келген.

Объективті: бет әлпеті асимметриялы, төмегі жақтың денесінің, бұтағының ұлғаюынан. Төменгі жақ асты лимфа түйіндері ұлғаймаған. Ауыз қуысының ашылуы толық. Өтпелі қатпар 4.5, 4.6, 4.7 тістер проекциясында тегістелген. Пальпация жасағанда флюктуация анықталады. Төменгі жақтың сол бөлігінің рентгенінде төменгі жақтың бұтағы және денесінің аймағында шекарасы анық, қуыс анықталады, төменгі жақтың сыртқы шеті сақталған.

Операция. Эндотрахеальды наркозбен 45 тістен ретромолярлы аймаққа дейін тілік жасалынды. Шырышты қабық сүйек қабықшасымен сыдырылды, жақтың кортикальді беті толығымен желінген. Іші сары түстес сұйықтыққа толы қуыс табылды. Өсімнің қабырғалары толық алынды, 46, 47, 48 тістер жұлынды, қуыс іші сутегі асқын тотығымен жуылды, қан тоқтатылды, шырышты қабық орнына қойылып, кетгутпен тігіс салынды, жара үсті йодоформды тампонмен жабылды. Операциядан кейінгі кезеңде екінші күні науқаста невриттің белгілері (төменгі жақтың құлаққа, самайға беріліп ауруы, ұюы) байқалды. Бесінші күні неврит белгілері жойылды.

Патогистологиялық диагноз: Төменгі жақтың оң бөлігінің амелобластомасы.

Әдебиеттер:

1. Безрукова В.М., Робустовой Т.Г. Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. Том.1., Москва., - Медицина, 2000г.
2. Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. Киев – 2002.
3. Рогинский В.В., Безруков В.М., Ипприлов В.П. Врожденные пороки черепно-лицевой области и шеи // Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии – М., 200. Т.2.- С.7-93.