

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ И РЕКОНСТРУКЦИЯ РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ АМЕЛОБЛАСТОМЫ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ, ОСЛОЖНЕННОЙ ОРОСТОМОЙ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

**Д.А. КОЙШЫБАЕВА¹, А.К. КОЙШЫБАЕВ¹, М.А. АЙТМАГАМБЕТОВА¹,
Е.Ж. КУРМАМБАЕВ², Ж.К. САТЕНОВА²**

¹НАО «Западно-Казахстанский медицинский университет им. Марата Оспанова», Актобе, Республика Казахстан;

²НАО «Медицинский Центр Западно-Казахстанского медицинского университета им. Марата Оспанова», Актобе, Республика Казахстан

АННОТАЦИЯ

Актуальность: Амелобластома – одна из наиболее распространенных доброкачественных опухолей челюсти, характеризующаяся локально инвазивным ростом и высокой склонностью к рецидивированию. Несмотря на доброкачественную природу, заболевание представляет серьёзную клиническую проблему вследствие разрушения костной ткани, риска функциональных нарушений и необходимости сложной реконструкции челюстно-лицевых дефектов. Современные методы диагностики и лечения, включая магнитно-резонансную и компьютерную томографию, биопсию и хирургическую резекцию, остаются ключевыми в ведении таких пациентов. Однако высокая частота рецидивов обуславливает необходимость поиска новых подходов к терапии и усовершенствования реконструктивных методов.

Цель публикации – анализ клинического случая рецидивирующей амелобластомы нижней челюсти, осложненной оростомой, с оценкой эффективности хирургического лечения и реконструкции.

Методы: В статье описан редкий случай диагностики и лечения амелобластомы нижней челюсти у пациентки 63 лет.

Результаты: Амелобластома у пациентки впервые выявлена в 1997 году, с последующими рецидивами и хирургическими вмешательствами в 2002, 2009, 2016 и 2020 годах. В 2022 году выполнена комбинированная операция с резекцией рецидивной опухоли и реконструкцией дефекта кожно-мышечным лоскутом.

Гистологически подтверждён фолликулярный тип амелобластомы: выявлены эпителиальные гнёзда с палисадным расположением клеток и звездчатоподобными структурами, имитирующими эмалевый орган. По данным МРТ от мая 2025 года, признаков рецидива не выявлено. На протяжении трёх лет наблюдения пациентка находится в устойчивой ремиссии.

Заболевание прослежено на временной шкале в течение почти 30 лет. Полученные данные подтверждают эффективность комплексного хирургического подхода с реконструкцией.

Заключение: Данный клинический случай демонстрирует, что амелобластома, несмотря на доброкачественный характер, требует активного хирургического подхода и длительного наблюдения. Представленный опыт подтверждает важность индивидуализированного плана лечения и междисциплинарного взаимодействия специалистов для повышения эффективности терапии и улучшения качества жизни пациентов.

Ключевые слова: амелобластома, рецидив, реконструктивная операция, клинический случай.

Введение: Амелобластома классифицируется как доброкачественная опухоль одонтогенного происхождения. Она локализуется преимущественно в челюстной кости. Предполагается, что развитие амелобластомы связано с трансформацией остаточных клеток зубной пластинки, клеток Малассе или базальных клеток эпителия слизистой оболочки полости рта [1].

Глобальная заболеваемость амелобластомой в 2020 году составила 0,92/1 миллион человек. Заболеваемость амелобластомой во всем мире в основном распространяется примерно в возрасте 30 лет. В Европе и Северной Америке амелобластомы в основном встречаются у пожилых людей (50-60 лет); в Африке и Южной Америке амелобластомы в основном встречаются у молодых людей (около 30 лет), с самой высокой заболеваемостью в Азии (30-60 лет) [2].

В 2017 году Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) включила амелобластома в список доброкачественных эпителиальных одонтогенных опухолей [3]. В соответствии с последней классификацией ВОЗ, опубликованной в 2022 году и актуализированной в

2024 году, амелобластома дифференцируется на пять клинических форм: типичные (твёрдые/мультицистичные), уницистические, аденоидные, метастатические и периферические/внеостные [4, 5].

Расширенная резекция челюсти, хотя и эффективна в предотвращении рецидивов амелобластомы, может привести к существенным эстетическим и функциональным нарушениям [6].

Цель публикации – анализ клинического случая рецидивирующей амелобластомы нижней челюсти, осложненной оростомой, с оценкой эффективности хирургического лечения и реконструкции.

Материалы и методы: В статье описан редкий случай диагностики и лечения амелобластомы нижней челюсти у пациентки 63 лет. Пациентка предоставила подписанное информированное согласие на проведение манипуляций, а также на использование результатов ее лечения в научных исследованиях.

Информация о пациенте:

Клинические данные: Локальный статус: Лицо ассиметрично за счет опухоли околоушной жевательной

области и дефекта нижней челюсти. Кожа над образованием багрово-синюшного цвета, в складку не собирается, при пальпации плотной консистенции, также имеются два свища. В полости рта имеется экзофитное образование в области переходной складки верхней челюсти справа, неоднородной структуры, при пальпации болезненный, плотно – эластичной консистенции. Регионарные лимфоузлы не увеличены (рисунок 1).

Диагностика: Магнитно-резонансная томография головного мозга, проведенная в феврале 2022 года, выявила наличие объемного образования мягких тканей лица в правой половине с вовлечением соседних мышц и деструктивными изменениями нижней челюсти и слуховой дуги. Кроме того, обнаружены единичные очаги глиоза в веществе головного мозга сосудистого происхождения. Также выявлена ретроцеребральная арахноидальная киста (рисунок 2).



Рисунок 1 – Картина образования в нижней челюсти у 63-летней пациентки с диагнозом «Амелобlastома нижней челюсти. Рецидив»

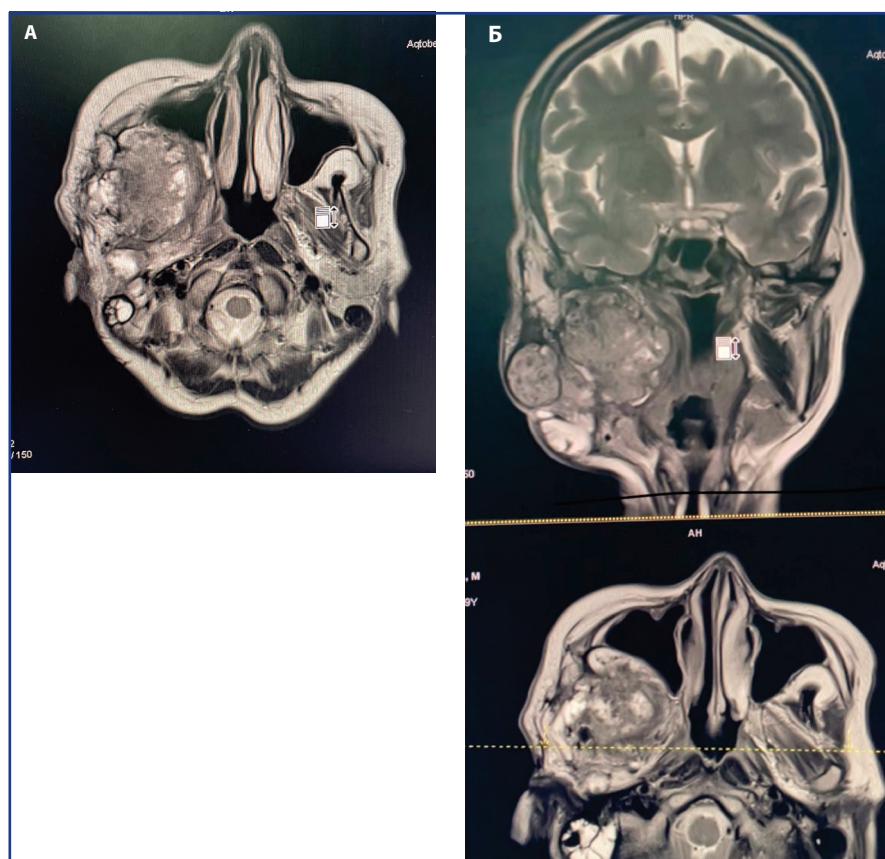


Рисунок 2 – МРТ картина объемного образования в нижней челюсти у 63 летней пациентки с диагнозом «Амелобlastома нижней челюсти. Рецидив»: А – аксиальная проекция, Б – фронтальная проекция

Магнитно-резонансная томография шейного отдела, проведенная в феврале 2022 года, показала увеличение шейных лимфатических узлов, преимущественно справа.

Лечение: После предоперационной подготовки в плановом порядке произведено 22.02.2022 г. оперативное лечение в объеме: Комбинированное удаление рецидивной опухоли средней зоны правой половины лица с экстирпацией правой околоушной слюнной железы и слизистой щеки. Пластика послеоперационного дефекта кожно-мышечным лоскутом по большой грудной мышце. Трахеостомия (рисунок 3).

лезы и слизистой щеки. Пластика послеоперационного дефекта кожно-мышечным лоскутом по большой грудной мышце. Трахеостомия (рисунок 3).

Результаты: Гистологическое исследование показало рост опухоли в виде лимфоцитов из однослойного эпителия структурной ткани. Амелобластома фолликулярного типа, в обнаруженных лимфоузлах - реактивные фолликулярные изменения (рисунок 4).



Рисунок 3 – Окончательный вид после операции «Комбинированное удаление рецидивной опухоли средней зоны правой половины лица с экстирпацией правой околоушной слюнной железы и слизистой щеки. Пластика послеоперационного дефекта кожно-мышечным лоскутом по большой грудной мышце. Трахеостомия».

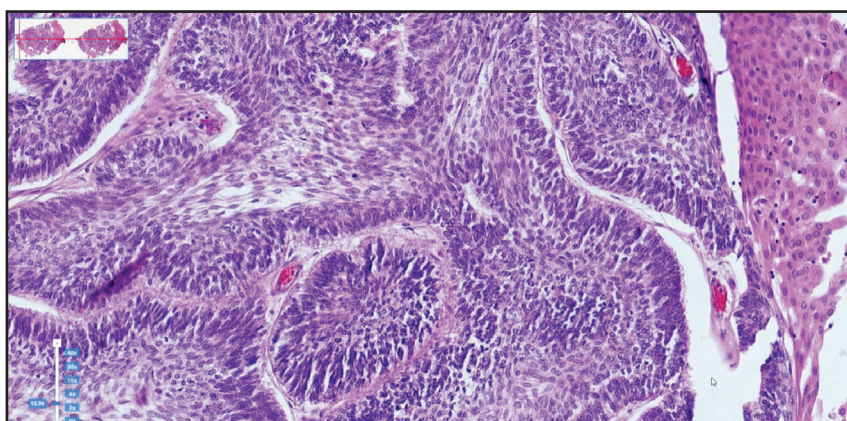


Рисунок 4 – Гистологическая структура образования в нижней челюсти у 63-летней пациентки с диагнозом «Амелобластома нижней челюсти. Рецидив»

Микроскопическое описание: Структура состоит из круглых, овальных или неправильных островков эпителия, которые пытаются имитировать эпителий эмалевого органа. Гнезда и островки показывают периферийный палисад столбчатых ячеек с обратной полярностью. Центральная часть островка состоит из угловатых клеток, напоминающих звездчатую сеть развивающегося зубного зачатка. Гнезда разделены зрелой волокнистой соединительнотканной стромой.

МРТ головного мозга от 25.05.2025 г.: Ретроцеребеллярная киста. МРТ признаки дисциркуляторной энцефалопатии. Состояние после удаления амелобластомы от проекции правой нижней челюсти. Применение жировой и кожно-мышечной ткани в послеоперационной дефектной зоне. Участок с диффузной рестрикцией в околоушной области. Не исключается резидуальная ткань (рисунок 5).

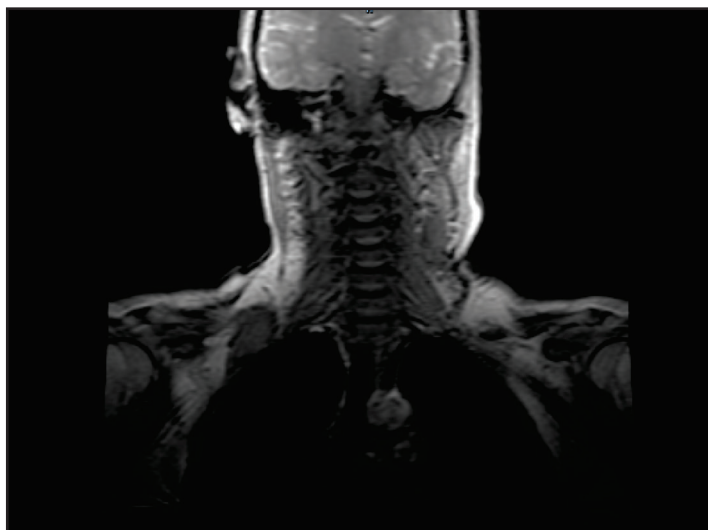


Рисунок 5 – Результаты МРТ головного мозга, фронтальная проекция: данных за рецидив не выявлено у 63-летней пациентки с диагнозом «Амелобластома нижней челюсти справа. Рецидив»

Пациентка в настоящее время здорова, через 3 года наблюдения клинических и рентгенологических признаков рецидива не выявлено.

Временная шкала клинического случая «Амелобластомы нижней челюсти справа» приведена в таблице 1.

Таблица 1 – Временная шкала клинического случая рецидивирующей амелобластомы нижней челюсти, осложненной оростомой

Дата	Событие	Симптомы
1997	Обнаружено новообразование после удаления зуба мудрости	Боль, отек в области зуба мудрости
1998	Госпитализация в ОКБ г. Уральска, впервые диагностирована амелобластома	Увеличение объема челюсти, дискомфорт при жевании
2002	Резекция правой половины нижней челюсти	Боль, деформация лица, нарушение окклюзии
2009	Удаление рецидива в г. Оренбурге	Повторное увеличение объема, асимметрия лица
2016	Повторная резекция рецидива в г. Оренбурге	Отечность, ощущение давления в области челюсти
2020	Хирургическое удаление рецидивной опухоли в г. Ташкенте	Боль, ограничение открывания рта, рецидивирующее течение
Февраль 2022	Госпитализация в МЦ им. М. Оспанова (Актобе), МРТ, постановка диагноза рецидива	Болезненность, нарушение речи
22 февраля 2022	Выполнена комбинированная операция с реконструкцией кожно-мышечным лоскутом	Послеоперационные боли, восстановление функций
Май 2022	Первый послеоперационный контроль: удовлетворительное состояние, ремиссия	Жалоб нет
Январь 2023	МРТ головы и нижней челюсти – признаков рецидива не выявлено	Жалоб нет
Март 2024	Повторное МРТ, консультации онколога и стоматолога – стабильная ремиссия	Жалоб нет
Май 2025	Последнее МРТ: послеоперационные изменения без признаков рецидива. Жалоб нет	Состояние стабильное, признаков рецидива нет

Обсуждение: Амелобластома является наиболее часто встречающейся опухолью полости рта, развивающейся из остаточного одонтогенного эпителия [7, 8]. Наиболее распространенным видом амелобластомы (57-63,8% случаев) является обычная амелобластома [9]. Она преимущественно локализуется в нижней челюсти [10], не демонстрируя явной зависимости от пола или этнической принадлежности. Клинически обычная амелобластома проявляется медленным и бессимптомным ростом костной ткани. При значительных размерах опухоли могут наблюдаться расшатывание зубов, асимметрия лица, нарушения жевательной функции и болевые ощущения. В отличие от других типов амелобластомы, обычная форма характеризуется более агрессивным течением и повышенной вероятностью рецидивов. Наибо-

лее эффективный метод лечения – радикальная хирургия [11].

Целью хирургического лечения амелобластом является достижение максимальной эффективности в предотвращении рецидивов заболевания при одновременном восстановлении полноценной функциональности и эстетического вида пациента с минимизацией риска осложнений в области донорского материала. В настоящий момент, для лечения классической формы амелобластомы (твердой/мультицистной), стандартом считается проведение радикальной операции – полной блок-резекции с адекватным запасом здоровых тканей. При этом, для нижней челюсти используется сегментная или маргинальная остеотомия, а для верхней челюсти – частичная или полная максилэктомия. Учитывая высокую вероятность рецидивов после консервативно-

го лечения, особенно в случаях твердой/мультицистной формы амелобластомы, рекомендуется проведение широкой резекции с отступом от костных краев на 1-1,5 см. Радикальное хирургическое вмешательство, несмотря на свою эффективность, может привести к эстетическим дефектам, нарушениям функций и психологическому дискомфорту у пациентов [12]. В целях минимизации таких осложнений была исследована консервативная хирургия, включающая в себя скупкулизацию, энуклеацию, кюретаж, а также их различные комбинации с использованием раствора Карнуа и криотерапии, что было проведено у данной пациентки.

Однако, как показал недавний метаанализ, консервативные подходы характеризуются высоким уровнем рецидивов (до 40%). Более того, при лечении первичной твердой/мультицентрической амелобластомы консервативные методы оказались в три раза более склонными к рецидивам по сравнению с радикальными [13]. Подобно этому, в другом метаанализе, охватывавшем четыре исследования радикального и консервативного лечения амелобластомы, было установлено статистически значимое увеличение частоты рецидивов при консервативном лечении по сравнению с хирургическим вмешательством [14]. Прогноз заболевания амелобластомой определяется комплексом факторов, включающих возраст пациента, локализацию и размеры новообразования, его гистологический тип, степень и стадию развития [15].

Согласно данным исследований, после лечения амелобластомы наблюдается риск рецидива. Китайское исследование указывает на общий уровень рецидива в 9,8% [16], в то время как европейское многоцентровое исследование [17] фиксирует этот показатель на уровне 19,3%. Опухоли, превышающие 6 см в диаметре или затрагивающие соседние анатомические структуры, включая мягкие ткани, сопряжены с повышенным риском рецидивов, независимо от выбранного метода хирургического вмешательства [17]. Повышенная частота рецидивов также наблюдается при гранулированных и фолликулярных гистологических вариантах опухолей [3]. Амелобластома характеризуется медленным ростом. Согласно метаанализу, средняя годовая скорость роста этой опухоли составляет 87,8% [12]. Тем не менее, при отсутствии лечения амелобластома способна достигать значительных размеров, что может привести к компрессии дыхательных путей и сопряжено с риском для жизни пациента [18].

Гистологический анализ во всех случаях подтверждал диагноз амелобластомы, что исключает возможность иной природы опухоли. Согласно классификации ВОЗ 2024 года, наиболее распространенной формой является классическая амелобластома, отличающаяся инфильтративным ростом и более высокой склонностью к рецидивированию. Учитывая неоднократные рецидивы у пациентки, можно предположить, что в данном случае речь идет именно об этой форме заболевания.

Еще одной важной особенностью представленного случая является широкая география лечения пациентки, включающая медицинские учреждения Казахстана, России и Узбекистана. Это может свидетельствовать о сложности ведения таких пациентов в долгосроч-

ной перспективе, а также о необходимости стандартизированного подхода к лечению амелобластомы на международном уровне. На основании данного клинического наблюдения можно сделать вывод о том, что оптимальной тактикой лечения амелобластомы является радикальное хирургическое вмешательство с последующим тщательным мониторингом пациента. Важную роль играет также мультидисциплинарный подход, включающий хирургов-стоматологов, онкологов и реконструктивных специалистов, что позволяет не только снизить риск рецидивов, но и улучшить качество жизни пациента после операции.

Заключение: Амелобластома – доброкачественная, но агрессивная опухоль, склонная к рецидивам. Оптимальной тактикой лечения является радикальная резекция с реконструкцией, поскольку консервативные методы неэффективны. Представленный случай демонстрирует важность своевременной диагностики, междисциплинарного подхода и долгосрочного наблюдения. Стандартизация лечения амелобластомы остается актуальной задачей.

Список использованных источников:

1. You Z., Liu S.P., Du J., Wu Y.H., Zhang S.Z. Advancements in MAPK signaling pathways and MAPK-targeted therapies for ameloblastoma: a review // *J. Oral. Pathol. Med.* – 2019. – Vol. 48. – P. 201-205. <https://doi.org/10.1111/jop.12807>
2. Hendra F.N., VanCann E.M., Helder M.N., Ruslin M., deVisscher J.G., Forouzanfar T., de Vet H. Global incidence and profile of ameloblastoma: A systematic review and meta-analysis // *Oral Dis.* – 2020. – Vol. 26 (1). – P. 12-21. <https://doi.org/10.1111/odi.13031>
3. Kondo S., Ota A., Ono T., Karnan S., Wahiduzzaman M., Hyodo T., Lutfur Rahman M., Ito K., Furuhashi A., Hayashi T., Konishi H., Tsuzuki S., Hosokawa Y., Kazaoka Y. Discovery of novel molecular characteristics and cellular biological properties in ameloblastoma // *Cancer Med.* – 2020. – Vol. 9. – P. 2904-2917. <https://doi.org/10.1002/cam4.2931>
4. Speight P.M., Takata T. New tumour entities in the 4th edition of the World Health Organization Classification of Head and Neck tumours: odontogenic and maxillofacial bone tumours // *Virchows Arch.* – 2018. – Vol. 472(3). – P. 331-339. <https://doi.org/10.1007/s00428-017-2182-3>
5. Nosé V., Lazar A.J. Update from the 5th Edition of the World Health Organization Classification of Head and Neck Tumors: Familial Tumor Syndromes // *Head Neck Pathol.* – 2022. – Vol. 16. – P. 143-157. <https://doi.org/10.1007/s12105-022-01414-z>
6. WHO Classification of Tumours Editorial Board. Head and Neck Tumours. WHO Classification of Tumours, 5th ed. – Vol. 9. – IARC WHO; Lyon, France: 2024. <https://www.iarc.who.int/news-events/publication-of-the-who-classification-of-tumours-5th-edition-volume-9-head-and-neck-tumours/>
7. Decani S., Quatralle M., Caria V., Moneghini L., Varoni EM. Peripheral Ameloblastoma: A Case Report and Review of Literature // *J Clin Med.* – 2024. – Vol. 13(22). – Art. No. 6714. <https://doi.org/10.3390/jcm13226714>
8. Ülker E., Kirtiloğlu T., Taban B. Peripheral Ameloblastoma: A Case Report // *J. Clin. Exp. Dent.* – 2020. – Vol. 12. – P. e607-e609. <https://doi.org/10.4317/jced.56757>
9. Netto R., Peralta-Mamani M., de Freitas-Filho S.A., Moura L.L., Rubira C.M., Rubira-Bullen I.R. Segmental resection vs. partial resection on treating solid multicystic ameloblastomas of the jaws—Recurrence rates: A systematic review and meta-analysis // *J. Clin. Exp. Dent.* – 2023. – Vol. 15. – P. e518-e525. <https://doi.org/10.4317/jced.60502>
10. Hendra F.N., Helder M.N., Ruslin M., Van Cann E.M., Forouzanfar T. A network meta-analysis assessing the effectiveness of various radical and conservative surgical approaches regarding recurrence in treating solid/multicystic ameloblastomas // *Sci. Rep.* – 2023. – Vol. 13. – Art. No. 8445. <https://doi.org/10.1038/s41598-023-32190-7>
11. Augustine D., Rao R.S., Surendra L., Patil S., Yoithapprahunath T.R., Albogami S., Shamsuddin S., Basheer S.A.,

Sainudeen S. Histopathologic Feature of Hyalinization Predicts Recurrence of Conventional/Solid Multicystic Ameloblastomas // *Diagnostics*. – 2022. – Vol. 12. – Art. No. 1114. <https://doi.org/10.3390/diagnostics12051114>

12. Ghai S. Ameloblastoma: An Updated Narrative Review of an Enigmatic Tumor // *Cureus*. – 2022. – Vol. 14(8). – Art. No. e27734. <https://doi.org/10.7759/cureus.27734>

13. Almeida Rde A., Andrade E.S., Barbalho J.C., Vajgel A., Vasconcelos B.C. Recurrence rate following treatment for primary multicystic ameloblastoma: systematic review and meta-analysis // *Int. J. Oral Maxillofac. Surg.* – 2016. – Vol. 45. – P. 359-367. <https://doi.org/10.1016/j.ijom.2015.12.016>

14. Troiano G., Dioguardi M., Cocco A. Conservative vs radical approach for the treatment of solid/multicystic ameloblastoma: a systematic review and meta-analysis of the last decade // *Oral Health Prev. Dent.* – 2017. – Vol. 15. – P. 421-426. <https://doi.org/10.3290/j.ohpd.a38732>

15. McClary A.C., West R.B., McClary A.C. Ameloblastoma: a clinical review and trends in management // *Eur. Arch. Otorhinolaryngol.* – 2016. – Vol. 273. – P. 1649-1661. <https://doi.org/10.1007/s00405-015-3631-8>

16. Yang R., Liu Z., Gokavrapu S., Peng C., Ji T., Cao W. Recurrence and cancerization of ameloblastoma: multivariate analysis of 87 recurrent craniofacial ameloblastoma to assess risk factors associated with early recurrence and secondary ameloblastic carcinoma // *Chin. J. Cancer Res.* – 2017. – Vol. 29. – P. 189-195. <https://doi.org/10.21147/j.issn.1000-9604.2017.03.04>

17. Boffano P., Cavarra F., Tricarico G. The epidemiology and management of ameloblastomas: a European multicenter study // *J. Craniomaxillofac. Surg.* – 2021. – Vol. 49. – P. 1107-1112. <https://doi.org/10.1016/j.jcms.2021.09.007>

18. Chae M.P., Smoll N.R., Hunter-Smith D.J., Rozen W.M. Establishing the natural history and growth rate of ameloblastoma with implications for management: systematic review and meta-analysis // *PLoS One*. – 2015. – Vol. 10. – P. 0. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0117241>

АНДАТПА

ОРОСТОМАМЕН АСҚЫНҒАН ТӨМЕНГІ ЖАҚ СҮЙЕГІНІҢ ҚАЙТАЛАНАТЫН АМЕЛОБЛАСТОМАСЫН ХИРУРГИЯЛЫҚ ЕМДЕУ ЖӘНЕ РЕКОНСТРУКЦИЯЛАУ: КЛИНИКАЛЫҚ ЖАҒДАЙДЫ

Д.А. Койшыбаева¹, А.К. Койшыбаев¹, М.А. Айтмағамбетова¹, Е.Ж. Курмамбаев², Ж.К. Сатенова²

¹«Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан медицина университеті» КеАҚ, Ақтөбе, Қазақстан Республикасы;

²«Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан медицина университетінің Медициналық Орталығы» КеАҚ, Ақтөбе, Қазақстан Республикасы

Өзектілігі: Амелобластома — жақ сүйегінің жиі кездесетін қатерсіз ісіктерінің бірі, ол жергілікті инвазиялық өсуімен және жиі қайталануымен сипатталады. Қатерсіз сипатына қарамастан, бұл ауру сүйек тінінің бұзылуы, функционалдық бұзылыстар қаупі және жақ-бет ақауларын қалпына келтірудегі күрделілік салдарынан маңызды клиникалық мәселе болып табылады. Қазіргі таңда магнитті-резонанстық және компьютерлік томография, биопсия және хирургиялық резекцияны қоса алғанда, диагностика мен емдеудің заманауи әдістері бұл науқастарды басқаруда негізгі құрал болып қала береді. Дегенмен, рецидивтердің жиілігі жаңа терапиялық тәсілдерді іздеуді және реконструктивті әдістерді жетілдіруді талап етеді.

Бұл басылымның мақсаты — оростомамен күрделенген төменгі жақтың қайталанатын амелобластомасының клиникалық жағдайын талдау, хирургиялық емдеу мен реконструкцияның тиімділігін бағалау.

Әдістері: Мақалада 63 жастағы әйелде төменгі жақтың амелобластомасын диагностикалау және емдеу бойынша сирек клиникалық жағдай сипатталған.

Нәтижелері: Амелобластома алғаш рет 1997 жылы анықталған, кейін 2002, 2009, 2016 және 2020 жылдары бірнеше рет рецидивтермен және хирургиялық араласулармен байқалған. 2022 жылы қайталанған ісікті резекциялау және тері-бұлшықеттік қақпақша арқылы ақауды қалпына келтірумен біріктірілген операция жасалды.

Гистологиялық тұрғыдан фолликулярлық типтегі амелобластома расталды: палисад тәрізді орналасқан жасушалары мен эмальді органды еліктіретін жұлдыз тәрізді құрылымдары бар эпителиальды ұяшықтар анықталды. 2025 жылдың мамырындағы МРТ нәтижесі бойынша рецидив белгілері байқалмаған. Үш жылдық бақылау барысында пациент тұрақты ремиссияда.

Ауру уақыт шкаласы бойынша шамамен 30 жыл бойы бақыланды. Алынған деректер кешенді хирургиялық әдістің және реконструкцияның тиімділігін растайды.

Қорытынды: Амелобластома қатерсіз ісік бола тұра, белсенді хирургиялық араласуды және ұзақ мерзімді динамикалық бақылауды қажет ететін патология ретінде ерекшеленеді. Жекелендірілген емдеу жоспары мен пәнаралық тәсіл науқас жағдайын жақсартуға мүмкіндік береді.

Түйінді сөздер: амелобластома, рецидив, реконструктивті хирургия, клиникалық жағдай.

ABSTRACT

SURGICAL TREATMENT AND RECONSTRUCTION OF RECURRENT AMELOBLASTOMA OF THE MANDIBLE COMPLICATED BY OROSTOMY: A CLINICAL CASE

D.A. Koishybaeva¹, A.K. Koishybaev¹, M.A. Aitmagambetova¹, Y.Zh. Kurmambayev², Zh.K. Satenova²

¹West Kazakhstan Marat Ospanov Medical University, Aktobe, the Republic of Kazakhstan;

²Medical Center of West Kazakhstan Marat Ospanov Medical University, Aktobe, the Republic of Kazakhstan

Relevance: Ameloblastoma is one of the most common benign jaw tumors, characterized by locally invasive growth and a high recurrence rate. Despite its benign nature, the disease presents a significant clinical challenge due to bone destruction, the risk of functional impairment, and the need for complex maxillofacial reconstruction. Diagnostic and treatment methods such as MRI, CT, biopsy, and surgical resection remain essential. However, frequent relapses necessitate new therapeutic strategies and improved reconstructive approaches.

This publication aimed to analyze a clinical case of recurrent ameloblastoma of the mandible complicated by orostomy, with an evaluation of the effectiveness of surgical treatment and reconstruction.

Methods: A rare clinical case involving a 63-year-old woman diagnosed and treated for mandibular ameloblastoma is described.

Results: The tumor was first diagnosed in 1997, with subsequent surgeries in 2002, 2009, 2016, and 2020 due to recurrences. In 2022, a combined surgery was performed, including tumor resection and soft tissue reconstruction using a skin-muscle flap. Histology confirmed the follicular type of ameloblastoma with epithelial nests, palisading cell arrangement, and stellate structures resembling the enamel organ. MRI in May 2025 showed no signs of recurrence. The patient has remained in stable remission for three years.

The disease has been tracked over nearly 30 years. The case confirms the effectiveness of a comprehensive surgical approach.

Conclusion: Despite its benign character, ameloblastoma requires active surgical management and long-term follow-up. This case underscores the importance of individualized treatment planning and interdisciplinary cooperation to improve outcomes and patient quality of life.

Keywords: ameloblastoma, recurrence, reconstructive surgery, clinical case.

Прозрачность исследования: Авторы несут полную ответственность за содержание данной статьи.

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование: Авторы заявляют об отсутствии финансирования исследования.

Вклад авторов: вклад в концепцию, интерпретация заявленного научного исследования – Койшыбаев А.К., Айтмагамбетова М.А.; научный дизайн – Койшыбаев А.К., Айтмагамбетова М.А., Койшыбаева Д.А., Сатенова Ж.К.; исполнение заявленного научного исследования – Айтмагамбетова М.А., Койшыбаева Д.А.; создание научной статьи – Койшыбаев А.К., Айтмагамбетова М.А., Курмамбаев Е.Ж.

Сведения об авторах:

Койшыбаева Д.А. – PhD докторант 1 года обучения кафедры хирургических болезней №2 с урологией НАО «ЗКМУ им. М. Оспанова», Актобе, Республика Казахстан, e-mail: dana_koish@mail.ru, тел.: +77015079512, ORCID: 0009-0007-7942-0823;

Койшыбаев А.К. – Руководитель кафедры онкологии, асс.профессор НАО «ЗКМУ им. М. Оспанова», Актобе, Республика Казахстан, e-mail: arip_koish@mail.com, тел. +77012557968, ORCID: 0000-0002-6164-8009;

Айтмагамбетова М.А. (корреспондирующий автор) – Ассистент кафедры онкологии НАО «ЗКМУ им. М. Оспанова», Актобе, Республика Казахстан, e-mail: inzhumarzhan90@mail.ru, тел.: +77026780057, ORCID: 0000-0002-0346-5829;

Курмамбаев Е.Ж. – PhD, врач-эндоскопист МЦ НАО «ЗКМУ им. М. Оспанова», Актобе, Республика Казахстан, e-mail: aaa.hhhh.1991@bk.ru, тел. +77089580262, ORCID: 0009-0002-6829-7982;

Сатенова Ж.К. – к.м.н., врач-онкогинеколог МЦ НАО «ЗКМУ им. М. Оспанова», Актобе, Республика Казахстан, e-mail: Satenova77@mail.ru, тел. +77058399707, ORCID: 0009-0004-7019-1698.

Адрес для корреспонденции: Айтмагамбетова М.А., НАО "ЗКМУ им. М. Оспанова", ул. Маресьева 68, Актобе 030019, Республика Казахстан.