

Одобрен
Объединенной комиссией
по качеству медицинских услуг
Министерства здравоохранения
Республики Казахстан
от «29» июня 2017 года
Протокол № 24

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОСТЕОГЕННЫЕ ОПУХОЛИ ЧЕЛЮСТЕЙ

1. ВВОДНАЯ ЧАСТЬ

1.1 Код(ы) МКБ-10:

МКБ-10	
Код	Название
D16.4	Добропачественные новообразования костей черепа и лица
D16.5	Добропачественные новообразования нижней челюсти костной части

1.2 Дата разработки/пересмотра протокола: 2017 год.

1.3 Сокращения, используемые в протоколе:

АСТ	—	аспартатаминотрансфераза
АЛТ	—	аланинаминотрансфераза
в/в	—	внутривенно
в/м	—	внутримышечно
ВИЧ	—	вирус иммунодефицита человека
КТ	—	компьютерная томография
ЛФК	—	лечебная физкультура
МРТ	—	магнитно-резонансная томография
ОАК	—	общий анализ крови
ОАМ	—	общий анализ мочи
р/д	—	раз в день
СМТ	—	синусоидальные модулированные токи
СОЭ	—	скорость оседания эритроцитов
УВЧ	—	ультравысокие частоты
УД	—	уровень доказательности
УЗИ	—	ультразвуковое исследование
УФО	—	ультрафиолетовое облучение
ЭКГ	—	электрокардиограмма

ЭП УВЧ	-	электромагнитное поле ультра высокой частоты
Er	-	эритроциты
Hb	-	гемоглобин
Ht	-	гематокрит
Le	-	лейкоциты
Tr	-	тромбоциты

1.4 Пользователи протокола: ВОП, терапевты, педиатры, челюстно-лицевые хирурги, врачи-стоматологи, врачи-онкологи.

1.5 Категория пациентов: взрослые, дети.

1.6 Шкала уровня доказательности:

A	Высококачественный мета-анализ, систематический обзор РКИ или крупное РКИ с очень низкой вероятностью (++) систематической ошибки, результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию.
B	Высококачественный (++) систематический обзор когортных или исследований случай-контроль или Высококачественное (++) когортных или исследований случай-контроль с очень низким риском систематической ошибки или РКИ с не высоким (+) риском систематической ошибки, результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию.
C	Когортное или исследование случай-контроль или контролируемое исследование без рандомизации с не высоким риском систематической ошибки (+), результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию или РКИ с очень низким или невысоким риском систематической ошибки (++ или +), результаты которых не могут быть непосредственно распространены на соответствующую популяцию.
D	Описание серии случаев или неконтролируемое исследование, или мнение экспертов.
GPP	Наилучшая клиническая практика.

1.7 Определение:

Добропод качественные остеогенные опухоли челюстей – опухоли возникающие первично в кости и развиваются из соединительно-тканых элементов, входящих в ее состав [1].

1.8 Классификация[1-2]:

Классификация ВОЗ №6. Гистологическая классификация остеогенных опухолей,

- остеома;
- остеоид-остеома;

- остеобластокластома.

2. МЕТОДЫ, ПОДХОДЫ И ПРОЦЕДУРЫ ДИАГНОСТИКИ

Диагностические критерии:

Жалобы:	На деформацию лица	Деформация кости обусловлена ростом опухоли или нарушением развития кости
	Боль неврологического характера	Связано со склерозированием кости
	Затрудненное носовое дыхание, слезотечение, диплопия	При прорастании опухоли в соответствующую область.
	Парестезии	При сдавлении опухолью нервных ветвей и стволов.
Анамнез заболевания:	Длительность заболевания с момента проявления первых клинических симптомов до установления диагноза может составлять несколько лет. Нередко развитию заболевания предшествует травма.	
Анамнез жизни:	Перенесенные и сопутствующие заболевания	Необходимо обратить внимание на сочетание новообразований с пороками развития
Физикальное обследование[4-5][7-9][12-14]:		
Гигантоклеточная опухоль (остеобластокластома)	<p>Она характеризуется своеобразным клиническим течением, полиморфной рентгенологической картиной и особым видом кровообращения, обуславливающим специфическую гистологическую картину. В зависимости от характера роста различают два вида доброкачественной остеобластокластомы: литическую, характеризующуюся быстрым ростом и значительными разрушениями кости литического характера, что на рентгенограммах, сделанных в динамике, напоминает картину злокачественного роста, и ячеистую, которой свойственно более медленное увеличение ячеистого очага.</p> <p>Гигантоклеточная опухоль чаще всего локализуется в нижней челюсти в области малых и больших коренных зубов и в верхней челюсти, причем у большинства больных в области малых коренных зубов.</p>	

Литическая форма растет быстро, чаще встречается у детей раннего детского и школьного возраста. Первыми признаками при еще не прощупываемой опухоли могут быть боли. При клинически выраженной опухоли отмечаются припухлость и уплотнение нижней челюсти в области расположения опухоли. При истончении кортикального слоя и в отсутствие его наряду с болями в покое появляется боль при пальпации. Венозная сеть сосудов слизистой оболочки, покрывающей опухоль, расширена. При прорастании опухоли за пределы кортикального слоя костислизистая оболочка рта приобретает синюшно-багровую окраску. Под ней пальпируется мягкотканое образование. Зуб нередко смещаются и становятся подвижными. В области поражения могут быть патологические переломы челюсти; наверхней челюсти отмечается прорастание опухоли вверхнечелюстную, пазуху, полость носа и другие кости лицевого скелета. Литическая форма гигантоклеточной опухоли нередко диагностируется как остео литическая саркома челюсти.

При ячеистой форме опухоль чаще наблюдается в возрасте 8-15 лет и вначале развивается бессимптомно. Следует подчеркнуть, что по темпам роста ячеистые формы гигантоклеточной опухоли отличаются друг от друга в весьма широких пределах.

При ячеистой форме опухоль развивается на одном участке верхней или нижней челюсти, в большинстве случаев без внешнеговоздействия, безболезненно, незаметно для ребенка и родителей.

Кость в этом месте с бугристой поверхностью, диффузно утолщена.

Отграничить опухоль от здоровых участков клинически не удается. Челюсть часто имеет веретенообразную форму. Зубы, находящиеся в области опухоли, редко меняют положение и бывают подвижными. Слизистая оболочка альвеолярного отростка, покрывающая опухоль, несколько анемичная и блестящая. Пальпация слегка болезненна. Может выявляться, симптом пергаментного хруста, или хруста снега, который объясняется вдавлением и мельчайшим переломами кортикального слоя. У детей младшего возраста симптом «пергаментного хруста» при различных новообразованиях отсутствует в связи с эластичностью растущей кости.

При поражении верхней челюсти деление опухолей на

	ячеистую и литическую формы весьма условно из-за отсутствия выраженных дифференциальных признаков.
Остеома	<p>Доброкачественная опухоль из костной ткани. В зависимости от структуры костной ткани различают губчатые и компактные (плотные) остеомы. Они могут иметь периферическое и центральное расположение. Периферические (наружные) остеомы макроскопически напоминают собой бугристые экзостозы. Центральные, или внутренние, остеомы расположены в костичелюсти.</p> <p>Клиническая картина остеом мало выражена. В отличие от других опухолей челюстных костей остеомы растут крайне медленно, в течение многих лет и даже десятилетия, однако темпы их роста у отдельных больных варьируют. Развиваясь из кости челюсти, остеомы вызывают утолщение соответствующего участка кости и приводят к эстетическим и функциональным нарушениям. Несмотря на большие размеры, опухоль не вызывает болезненных проявлений. Симптоматика определяется локализацией, размерами и направлением роста опухоли. Так, остеомы верхней челюсти,</p> <p>растущие в полость глазницы, могут вызывать экзофтальм, невралгию первой ветви тройничного нерва, слезотечение, диплопию, сужение поля зрения, понижение зрения, асимметрию лица. Могут иметь место явления застоя на дне глаза из-за давления на зрительный нерв. Ринологические симптомы возникают в результате закрытия выводных отверстий, придаточных полостей носа скопления в них секрета, что ведет к образованию мукоцеле. Остеомы челюстных костей, помимо эстетических нарушений, могут вызывать расстройство жевательной функции, а в случае роста в полость носа — нарушение дыхания. При росте в лобной пазухе возникает атрофия ее перегородки, опухоль заполняет обе пазухи и лишь затем может вызвать узуроудной из стенок. Располагаясь в решетчатом лабиринте, остеома прорастает в орбиту. Остеома лобной кости и решетчатого лабиринта при прорастании в переднюю черепную ямку может перфорировать твердую мозговую оболочку. Возникают осложнения в виде абсцесса головного мозга и менингита.</p>
Остеоид-остеома	Характерным проявлением остеоид-остеомы при локализации в челюстных костях, так же как в других костях скелета, служит, как правило, боль. Однако при поражении челюстных костей этот симптом присущ не только остеоид-остеоме. Жалобы больных с остеоид-

	остеомой нижней челюсти удивительно однотипны. В отсутствии деформации боли носят локальный ноющий, сверлящий или колющий характер, то постоянные, то приступообразные с короткими промежутками. В большинстве случаев они наиболее интенсивны в ночное время. Эти мучительные боли не возникают внезапно; происходит постепенное наслаждение разнообразных мало выраженных ощущений, которые со временем нарастают и переходят в четко выраженный болевой синдром. Нередко боли могут усиливаться во время еды, особенно при локализации опухоли в кортикальном слое альвеолярной части нижней челюсти. При расположении остеоид-остеомы в губчатом слое ни объем, ни окраска слизистой оболочки альвеолярного отростка и окружающих мягких тканей внешне нижней челюсти не изменяется. При локализации же в кортикальном слое альвеолярной части нижней челюсти на уровне расположения остеоид-остеомы можно наблюдать незначительное покраснение слизистой оболочки. При пальпации участка поражения определяется нерезко выраженная припухлость.
Остеобластома (доброкачественная остеобластома)	Остеобластома отличается от остеоидной остеомы лишь большими размерами (более чем 1x1 см) и отсутствием зоны реактивного костеобразования. Она встречается реже, чем остеоидная остеома. При ней, как правило, отсутствуют боли, наблюдаемые при остеоид-остеоме.
Лабораторные исследования[6][14-17]:	
Гистологическое исследование	Остеома - при компактной остеоме имеется небольшое количество узких гаверсовых каналов, разбросанных беспорядочно, костное вещество компактных остеом не имеет типичных остеоидных структур и содержит небольшое количество узких центральных костных канальцев. Губчатая остеома не имеет гаверсовых каналов, костные балочки причудливой формы расположены нерегулярно, костномозговые пространства занимают большие участки, имеются широкие прослойки клеточно-волокнистой ткани.
	Остеобластокластома – основными элементами опухоли являются мелкие одноядерные клетки с округлым или овальным ядром типа остеобластов, между которыми рассеяны многоядерные клетки-гиганты типа остеокластов с центральным расположением ядер. Наряду с этим в опухоли можно наблюдать серозные и кровяные кисты или кровяные поля, окаймленные гигантскими клетками.
	Остеоид-остеома - В начале болезни опухоль состоит из

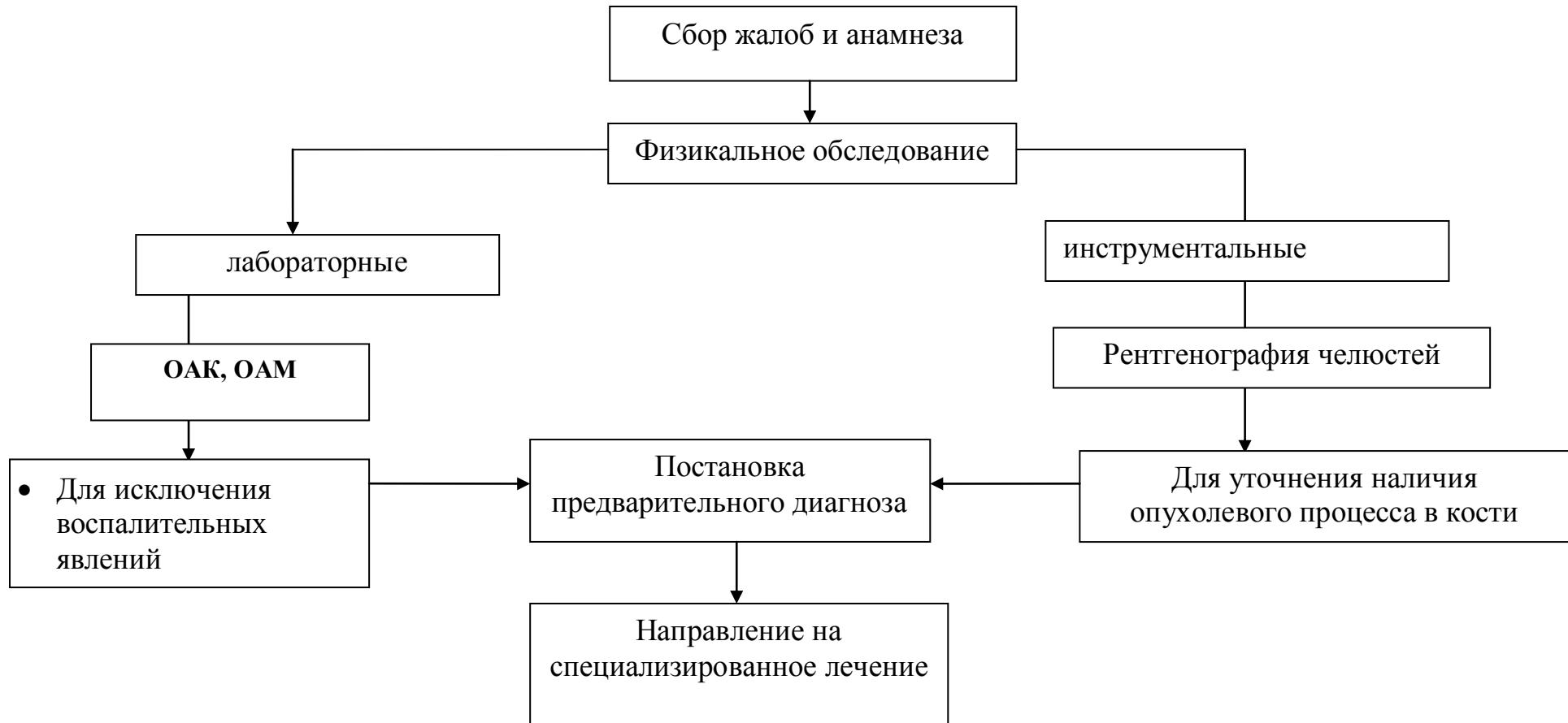
	очень богатой клетками и сосудами мезенхимальной ткани, имеющей остеопластическую функцию. Среди одноядерных клеток типа остеобластов, окружающих остеоидное вещество, иногда встречаются многоядерные клетки типа остеокластов. В более позднем периоде болезни участок остеоидной ткани - так называемое гнездо –обызвествляется и превращается в образование, состоящее из густо переплетенных, грубых костных перекладин, а в конечных стадиях процесса имеет вид остеомы.
	Остеобластома - микроскопическая картина небольшого по размерам гнезда типичной остеоид-остеомы такая же, как остеобластомы (гигантской остеоид-остеомы), лишь остеоидные трабекулы более широкие и длинные.
Инструментальные исследования[6,14-17]:	
Рентгенография челюстей	При остеоме определяется участок кости повышенной плотности с четкими границами, чаще округлой формы. Располагаясь кнаружи от кости, остеомы на рентгенограмме имеют вид шаровидного костного образования, ограниченного по периферии кортикальной пластинкой. Остеома имеет губчатое или компактное строение.
	При остеоид-остеоме определяется округлый участок разряжения кости до 1 см в диаметре с четкими контурами и ободком остеосклероза.
	При остеобластокластоме (литической форме) бесструктурный очаг деструкции с разрушением кортикального слоя челюсти и рассасыванием верхушек корней. При ячеистой форме – мелкие полостные ячейки, отделенные друг от друга костными перегородками различной толщины. При кистозной форме – очаговое разряжение в виде кист с четкими границами
КТ костей лица и челюстей	При остеоме определяется участок кости повышенной плотности с четкими границами, чаще округлой формы. Располагаясь кнаружи от кости, остеомы на рентгенограмме имеют вид шаровидного костного образования, ограниченного по периферии кортикальной пластинкой. Остеома имеет губчатое или компактное строение.
	При остеоид-остеоме определяется округлый участок разряжения кости до 1 см в диаметре с четкими контурами и ободком остеосклероза
	При остеобластокластоме (литической форме) бесструктурный очаг деструкции с разрушением

	кортикального слоя челюсти и рассасыванием верхушек корней. При ячеистой форме – мелкие полостные ячейки, отделенные друг от друга костными перегородками различной толщины. При кистозной форме – очаговое разряжение в виде кист с четкими границами
--	--

Показания для консультации специалистов:

- консультация врача онколога – для верификации диагноза;
- консультация анестезиолога – для проведения анестезиологического пособия;
- консультация оториноларинголога – при прорастании опухоли в полость носа;
- консультация офтальмолога – при прорастании опухоли в полость глазницы;
- консультация терапевта – при наличии сопутствующих заболеваний;
- консультация других узких специалистов – по показаниям.

2.1 Диагностический алгоритм:



2.2 Дифференциальный диагноз и обоснование дополнительных исследований[3,8]:

Диагноз	Физикальное обследование	Рентгенограмма	Патоморфология
Экзостоз челюсти	незаметное возникновение, медленное и длительное течение, выражающееся в утолщении отдельных участков челюсти.	На рентгенограмме экзостоз выявляется в виде локального утолщения компактного слоя кости.	Картина нормальной кости
Гиперостоз челюсти	Гиперостоз челюсти является результатом перенесенного периостита или остеомиелита, или травмой, что устанавливается на основании изучения анамнеза. сходные клиническими проявлениями, выражающимися в утолщении деформации челюсти.	На рентгенограмме выявляется в виде локального утолщения компактного слоя кости.	Картина нормальной кости
Амелобластома	Развиваются медленно, незаметно, характеризуются утолщением или веретенообразным вздутием пораженного участка челюсти, иногда подвижностью зубов. В ряде случаев нагнаиваются. Реже отмечается появление самопроизвольных болей в области зубов, расположенных в зоне опухоли.	При амелобластоме деструкция кости в виде множественных очагов разряжения с четкими границами (поликистозный характер разряжения). Полости различных размеров, разделены между собой костными перегородками.	При амелобластоме имеются эпителиальные комплексы различной величины, напоминающий развивающийся эмалевый орган зубного зачатка.

Хронический одонтогенный остеомиелит	Возникает после острого остеомиелита, характеризуется наличием на коже или слизистой оболочке свищей с гнойным отделяемым. Ноющие боли в пораженном участке челюсти, подвижность и смещение зубов. На рентгенограммах очаги деструкции костной ткани.	Наличие костных секвестров на снимках челюстей.	микроскопическая картина воспалительного процесса.
Остеолитическая саркома	Злокачественное образование. Растёт быстро, рано вызывает сильные боли, выражена расшатанность зубов.	Дефект кости с неровными изъеденными краями, периостальная реакция в виде шипов-спикул	Чаще всего встречаются веретенообразноклеточная и круглоклеточная форма саркомы

3. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ НА АМБУЛАТОРНОМ УРОВНЕ:нет.

4. ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ С УКАЗАНИЕМ ТИПА ГОСПИТАЛИЗАЦИИ:

4.1 Показания для плановой госпитализации:

- остеогенная опухоль с выраженной деформацией челюсти и нарушением функции.

4.2 Показания для экстренной госпитализации:

- кровотечение из опухоли, нагноение опухоли.

5. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ НА СТАЦИОНАРНОМ УРОВНЕ:

На стационарном уровне проводится хирургическое лечение под местным/общим обезболиванием. После проведенного вмешательства назначают антибактериальные, нестероидные противовоспалительные препараты.

5.1 Немедикаментозное лечение:

- Режим II;
- Диета: Стол №15 (по показаниям назначение диетической терапии).

5.2 Хирургическое вмешательство [4-6,8-12,14-16]:

Частичная резекция челюсти с сохранением ее непрерывности.

Показания для проведения оперативного вмешательства:

- остеома, остеоид-остеома, остеобластокластома небольших размеров, располагающихся в костном массиве.

Противопоказания:

- легочно-сердечная недостаточность III-IV степени;
- нарушения свертываемости крови, другие заболевания кровеносной системы;
- инфаркт миокарда (постинфарктный период);
- тяжелые формы сопутствующих заболеваний (декомпенсированный сахарный диабет, обострение язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, печеночная/почечная недостаточность, врожденные и приобретенные пороки сердца с декомпенсацией, алкоголизм и другие);
- острые и хронические заболевания печени и почек с функциональной недостаточностью;
- инфекционные заболевания в стадии обострения.

Экскохлеация (удаление опухоли с капсулой):

Показания:

- небольшой размер опухоли при остеобластокластоме, одонтоме, цементоме;
- кортикальная пластинка челюсти сохранена.

Противопоказания:

- сердечно-сосудистые заболевания (прединфарктное состояние и время в

течение 3-6 месяцев после перенесённого инфаркта миокарда, гипертоническая болезнь II и III степени, ишемическая болезнь сердца с частыми приступами стенокардии, пароксизм мерцательной аритмии, пароксизмальная тахикардия, острый септический эндокардит и др.);

- острые заболевания паренхиматозных органов (инфекционный гепатит, панкреатит и др.);
- геморрагические заболевания (гемофилия, болезнь Верльгофа, С-авитаминоз, острый лейкоз, агранулоцитоз);
- острые инфекционные заболевания (грипп, острые респираторные заболевания; рожистые заболевания, пневмония);
- заболевания центральной нервной системы (нарушение мозгового кровообращения, менингит, энцефалит);
- психические заболевания в период обострения (шизофрения, маниакально-депрессивный психоз, эпилепсия).

Резекция кости лица/челюстис одномоментной реконструкцией костной ткани

Показания:

- обширные размеры опухоли при остеобластокластоме и другие;
- кортикальная пластинка челюсти не сохранена.

Противопоказания:

- сердечно-сосудистые заболевания (прединфарктное состояние и время в течение 3-6 месяцев после перенесённого инфаркта миокарда, гипертоническая болезнь II и III степени, ишемическая болезнь сердца с частыми приступами стенокардии, пароксизм мерцательной аритмии, пароксизмальная тахикардия, острый септический эндокардит и др.);
- острые заболевания паренхиматозных органов (инфекционный гепатит, панкреатит и др.);
- геморрагические заболевания (гемофилия, болезнь Верльгофа, С-авитаминоз, острый лейкоз, агранулоцитоз);
- острые инфекционные заболевания (грипп, острые респираторные заболевания; рожистые заболевания, пневмония);
- заболевания центральной нервной системы (нарушение мозгового кровообращения, менингит, энцефалит);
- психические заболевания в период обострения (шизофрения, маниакально-депрессивный психоз, эпилепсия).

5.4 Медикаментозное лечение:

Перечень основных лекарственных средств:

№	Препарат, формы выпуска	Разовая доза	Кратность введения	УД
Опиоидные анальгетики				
1	трамадол 100мг/2мл по 2 мл или 50 мг перорально	Взрослым и детям в возрасте старше 12 лет вводят в/в (медленно капельно), в/м по 50-100 мг (1-2 мл раствора). При отсутствии удовлетворительного эффекта через 30-60 минут возможно дополнительное введение 50 мг (1 мл) препарата. Кратность введения составляет 1-4 раза в сутки в зависимости от выраженности болевого синдрома и эффективности терапии. Максимальная суточная доза – 600 мг. Противопоказан детям до 12 лет.	с целью обезболивания в послеоперационном периоде, 1-3 суток	A
Нестероидные противоспалительные средства				
1	кетопрофен 100 мг/2мл по 2 мл или перорально 150мг пролонгирова нный 100мг.	суточная доза при в/в составляет 200-300 мг (не должна превышать 300 мг), далее пероральное применение пролонгированные внутрь 150 мг 1 р/д, 100 мг 2 р/д	Длительность лечения при в/в не должна превышать 48 часов. Длительность общего применения не должна превышать 5-7 дней, с противовоспалительной, жаропонижающей и болеутоляющей целью.	B
2	ибuproфен 100 мг/5 мл100мл или	Для взрослых и детей с 12 лет ибuproфен назначают по 200 мг 3–4 раза в сутки. Для достижения быстрого терапевтического эффекта у взрослых доза может быть	Не более 3-х дней в качестве жаропонижающего средства Не более 5-ти дней в качестве	A

	перорально 200 мг; внутрь 600 мг	увеличена до 400 мг 3 раза в сутки. Суспензия: разовая доза составляет 5-10 мг/кг массы тела ребенка 3-4 раза в сутки. Максимальная суточная доза не должна превышать 30 мг на кг массы тела ребенка в сутки.	обезболивающего средства с противовоспалительной, жаропонижающей и болеутоляющей целью.	
3	ацетаминофен 200 мг или 500мг; для приема внутрь 120 мг/5 мл или ректально 125 мг, 250 мг, 0,1 г	Взрослым и детям старше 12 лет с массой тела более 40 кг:разовая доза – 500 мг-1,0 г до 4 раз в сутки. Максимальная разовая доза – 1,0 г. Интервал между приемами не менее 4 часов. Максимальная суточная доза - 4,0 г. Детям от 6 до 12 лет: разовая доза – 250-500 мг, по 250-500 мг до 3-4 раз в сутки. Интервал между приемами не менее 4 часов. Максимальная суточная доза – 1,5-2,0 г.	Продолжительность лечения при применении в качестве анальгетика и в качестве жаропонижающего средства не более 3-х дней.	A
Гемостатические средства				
1	этамзилат 12,5% - 2 мл	4-6 мл 12,5 % раствора в сутки. Детям, вводят однократно в/в или в/м по 0,5-2 мл с учетом массы тела (10-15 мг/кг).	При опасности послеоперационного кровотечения вводят с профилактической целью	B

Перечень дополнительных лекарственных средств:

№	Препараты	Разовая доза	Кратность введения		УД
			Антибиотикопрофилактика		
1.	цефазолин 500 мг и 1000 мг	1 г в/в (детям из расчета 50 мг/кг однократно)	1		B
2.	цефуроксим 750 мг и 1500 мг +метронидазол	Цефуроксим 1,5-2,5 г, в/в (детям из расчета 30 мг/кг однократно) +Метронидазол (детям из расчета 20-30 мг/кг однократно) 500 мг в/в	2		A

	0,5% - 100 мл			
При аллергии на β-лактамные антибиотики				
3.	ванкомицин 500мг и 1000 мг	1 г в/в (детям из расчета 10-15 мг/кг однократно)	3	B

5.5 Дальнейшее ведение:

- наблюдение у челюстно-лицевого хирурга – 2 раза в год, врача-онколога – по показаниям;
- шинирование челюстей для предупреждения патологических переломов
- восстановление функции и анатомической формы челюсти при помощи первичной (или отсроченной) костной пластики;
- при необходимости изубное протезирование, дентальная имплантация.

6. Индикаторы эффективности лечения:

- удаление опухоли;
- восстановление поврежденных анатомических структур;
- восстановление нарушенных функций.

7. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ПРОТОКОЛА:

7.1 Список разработчиков протокола с указанием квалификационных данных:

- 1) Батыров ТулеубайУралбаевич – главный внештатный челюстно-лицевой хирург МЗ РК, врач челюстно-лицевой хирург высшей категории, профессор, кандидат медицинских наук, заведующий кафедрой стоматологии и челюстно-лицевой хирургии, АО «Медицинский Университет Астана».
- 2) Сагындық Хасан Люкотович – врач челюстно-лицевой хирург высшей категории, кандидат медицинских наук, профессор кафедры стоматологии и челюстно-лицевой хирургии, АО «Медицинский Университет Астана».
- 3) УтеповДилшатКаримович – врач челюстно-лицевой хирург высшей категории УК «Аксай» КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова, ассистент кафедры стоматологии детского возраста КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова.
- 4) СадвакасоваЛяззатМендыбаевна – к.м.н., челюстно-лицевой хирург, доцент кафедры стоматологических дисциплин, РГП на ПХВ «ГМУ г. Семей» МЗСР РК.
- 5) СугурбаевАдильАсылханович - врач челюстно-лицевой хирург, магистрант кафедры стоматологии и челюстно-лицевой хирургии, АО «Медицинский Университет Астана».
- 6) Ихамбаева Айнур Ныгымановна – ассистент кафедры общей и клинической фармакологии, АО «Медицинский университет Астана, клинический фармаколог».

7.2 Указание на отсутствие конфликта интересов:нет.

7.3 Список рецензентов:

- 1) НурмагановСерикБалташевич – доктор медицинских наук, врач челюстно-лицевой хирург высшей категории, профессор кафедры стоматологии детского возраста КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова, заведующий отделением детской челюстно-лицевой хирургии ГКБ №5 г. Алматы

7.4 Указание условий пересмотра протокола:Пересмотр протокола через 5 лет после его опубликования и с даты его вступления в действие или при наличии новых методов с уровнем доказательности.

7.5 Список использованной литературы:

- 1) Козлова В.А., Кагана И.И. Оперативная челюстно-лицевая хирургия и стоматология, ГЭОТАР-Медиа 2014. – 544 с.Супиев Т.К., Зыкеева С.К. Лекции по стоматологии детского возраста: учеб. пособие – Алматы: Стомлит, 2006. – 616с.
- 2) Пачес А.И. Опухоли головы и шеи. Пятое издание переработанное,2013. – 480 с.
- 3) Муковозов И.Н. Дифференциальная диагностика хирургических заболеваний челюстно-лицевой области, Медицинская книга, 2014. – 224 с.
- 4) De França T.R, Gueiros L.A, de Castro J.F, Catunda I, Leão J.C, da Cruz Perez D.E Solitary peripheral osteomas of the jaws. Imaging Sci Dent. 2012.
- 5) Nah K. Osteomas of the craniofacial region. Imaging Sci Dent. 2011.
- 6) Saati S, Nikkerdar N, Golshah A. Two huge maxillofacial osteoma cases evaluated by computed tomography. Iran J Radiol. 2011.
- 7) Gundewar S, Kothari D.S, Mokal N.J, Ghalme A. Osteomas of the craniofacial region: A case series and review of literature Indian J Plast Surg. 2013.
- 8) María de Lourdes Suárez-Roa, LudovicReveiz, Luz MaríaRuíz-Godoy Rivera Juan Asbun-Bojalil José Eduardo Dávila-Serapio Andrés H Menjívar-Rubio AbelardoMeneses-GarcíaSystematic review: Interventions for central giant cell granuloma (CGCG) of the jaws Cochrane Oral Health Group 2009.
- 9) Giri G.V, Sukumaran G, Ravindran C, Narasimman M.J Giant cell tumor of the mandible.OralMaxillofacPathol. 2015.
- 10) Kulkarni D, Shetty L, Kulkarni M, Mahajan B.Extensive giant cell tumour of the mandible: a case report with review. J Maxillofac Oral Surg. 2013.
- 11) Bokhari K, Hameed M.S, Ajmal M, Togoo R.A. Benign osteoblastoma involving maxilla: a case report and review of the literature. Case Rep Dent. 2012.
- 12) Mahajan A, Kumar P, Desai K, Kaul R.P. Osteoblastoma in the retromolar region Report of an unusual case and Review of literature. J Maxillofac Oral Surg. – 2013.
- 13) Jones A.C, Prihoda T.J, Kacher J.E, Odingo N.A, Freedman P... Osteoblastoma of the maxilla and mandible: a report of 24 cases, review of the literature, and discussion of its relationship to osteoid osteoma of the jaws. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral RadiolEndod– 2006.
- 14) Kaur H1, Verma S, Jawanda MK, Sharma A. Aggressive osteoblastoma of the mandible: A diagnostic dilemma. Dent Res J (Isfahan). 2012.
- 15) Harrington C, Accurso B.T, Kalmar J.R, Iwenofu O.H, Agrawal A, Allen C.M, Leon M.E. Aggressive osteoblastoma of the maxilla: a case report and review of the literature Head Neck Pathol. 2011.
- 16) Giannico G, Holt G, Homlar K, et al. Osteoblastoma characterized by a three-way translocation: report of a case and review of the literature. Cancer Genet Cytogenet. 2009.