

Р.А. Салеев,
д.м.н., профессор кафедры ортопедической
стоматологии

А.Б. Абдрашитова,
к.м.н., доцент кафедры стоматологии
детского возраста

КазГМУ

Фиброзная дисплазия с кистозной трансформацией в области нижней челюсти справа (очаговая форма) К10.83

Резюме. В работе представлен клинический случай оперативного лечения пациента с фиброзной дисплазией с кистозной трансформацией в области нижней челюсти справа (К10.83) в амбулаторных условиях. Новообразования челюстных костей представляют особый интерес с морфологической точки зрения. Костная ткань альвеолярных отростков челюстей у ребенка в период роста и окончательной клеточной дифференциации претерпевает ряд изменений, что оказывает влияние на гистологическое строение опухолей и опухолеподобных состояний. Все патологические процессы имеют сходное клиническое течение, отсутствие симптоматических жалоб, окончательно диагноз подтверждается только после гистологического исследования. Рассматривается случай подростка с диагнозами «хронический гранулематозный периодонтит» (K04.5), «одонтогенная радикулярная киста нижней челюсти справа» (K04.8), а после гистологического исследования операционного материала у него выявлена редкая форма фиброзной дисплазии с кистозной трансформацией клеточных элементов. Оперативное лечение заключалось в удалении новообразования с использованием ультразвуковой системы «Piezon Master 600», аутоотрансплантата и остеопластического материала. Через 6 месяцев рентгенологически подтверждено восстановление кортикальных пластинок и губчатого вещества альвеолярного отростка.

Ключевые слова: фиброзная дисплазия, одонтогенная радикулярная киста, новообразования челюстных костей у детей

Фиброзная дисплазия — поражение кости опухолеподобного типа, которое проявляется в очаговом нарушении образования костной ткани. У здорового человека остеобластическая мезенхима вырабатывает костную и хрящевую ткань, при фиброзной дисплазии эта образующая функция утрачивается, а сама мезенхима превращается в фиброзную ткань, практически не вырабатывающую полноценные костные элементы [1]. Диагноз устанавливается на основании осмотра, анамнеза, жалоб, результатов рентгенографии, МРТ, КТ-обследования. Лечение фиброзных дисплазий, как правило, хирургическое, в условиях стационара [2].

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

В декабре 2016 г. в стоматологическую поликлинику КазГМУ обратился пациент К., 16 лет, с жалобами на отсутствие передних зубов верхней челюсти. Поставлен диагноз «врожденная адентия зубов 1.2, 2.2». После консультации врача-ортодонта и проведения ортопантомографии (ОПТГ) пациент направлен

Summary. This work presents a clinical case of ambulatory surgical treatment of patient with the diagnosis of Fibrous dysplasia with cystic transformation in the area of the right lower jaw bone (K10.83). Neoplasms of the jaw bones are of particular interest from the morphological point of view. The bone tissue of the alveolar ridge in the child during the period of growth and the final cytodifferentiation undergoes the number of changes that affect the histological structure of tumors and tumor-like conditions. All pathological processes have a similar clinical course, the absence of symptomatic complaints, final diagnosis is confirmed only after a histological examination. The article describes the case of treatment of a pediatric patient, in which, based on the main and additional (pre-surgical) methods of investigation, the following diagnosis was made: 4.6. — Chronic granulomatous periodontitis (K04.5). The odontogenic radicular cyst of the right lower jaw bone (K04.8), after carrying out histological examination of the surgical material, a rare form of fibrous dysplasia with cystic transformation of cell elements was revealed. The surgical treatment consisted in removal of the tumor using “Piezon Master 600” ultrasound system, autologous graft and osteoplastic material. After 6 months, the restoration of cortical plates and spongy substance of the alveolar ridge was roentgenologically confirmed.

Key words: fibrous dysplasia, odontogenic radicular cyst, neoplasms of jaw bones in children

к врачу-стоматологу-хирургу с предварительным диагнозом «новообразование в области нижней челюсти справа» К10.9. В анамнезе: образование в области нижней челюсти справа симптоматически не проявлялось, 1 год назад в стоматологической поликлинике по месту жительства были вылечены зубы 4.6 и 4.7 по поводу кариеса, болевые ощущения в области пролеченных зубов полностью отсутствовали.

При осмотре врачом-стоматологом-хирургом жалоб нет, лицо симметричное, кожные покровы физиологической окраски, регионарные лимфатические узлы не пальпируются, ограничение открывания рта не выявлено (рис. 1), температура на момент обращения нормальная.

В области собственно рта зубы 4.6 и 4.7 под пломбами, разгерметизации, нарушения краевого прилегания, изменения цвета пломб не выявлено. Реакция на температурный раздражитель и перкуссию безболезненна. Слизистая оболочка в области нижней челюсти справа бледно-розового цвета, переходная складка не сглажена, выбухания кортикальной пластинки не наблюдается,

симптом Дюпюитрена отрицательный. ЭОД зуба 4.7—10 мкА, зуба 4.6—80 мкА. На ОПТГ в области нижней челюсти справа в проекции корней зуба 4.6, медиального корня зуба 4.7 определяется разрежение костной ткани размером 12—14 мм с ровными четкими границами (рис. 2).

Предварительный диагноз: хронический гранулематозный периодонтит (K04.5) в области зуба 4.6, одонтогенная радикулярная киста (K04.8) нижней челюсти справа.

План обследования:

1. КЛКТ челюстно-лицевой области;
2. Пункция из новообразования в области нижней челюсти справа и цитологическое исследование;
3. Лабораторные исследования для подготовки к оперативному лечению (общий анализ мочи и крови, свертываемость крови, анализ крови на ВИЧ, гепатит В и С, сифилис);
4. ОПТГ после оперативного лечения;
5. Гистологическое и микробиологическое исследование оперативного материала;
6. КЛКТ нижней челюсти справа через 3, 6, 9 месяцев после оперативного лечения.

План лечения:

1. Эндодонтическое лечение зуба 4.6;
2. Учитывая данные ЭОД и КТ-исследования витальный зуб 4.7 решено сохранить;
3. Шинирование зубов в области нижней челюсти справа лентами Ribbond Ultra THM 2 и 3 мм;
4. Оперативное удаление новообразования в области нижней челюсти справа.

Результаты дополнительных методов обследования до лечения

После эндодонтического лечения зуба 4.6 на КЛКТ нижней челюсти справа определяется разрежение костной ткани в проекции корней зуба 4.6 и медиального корня зуба 4.7 с четкими, ровными границами размером 17,7×10,53 мм, разрушение кортикальной пластинки альвеолярного отростка с язычной стороны в области дистального корня зубов 4.6 и 4.7, корневые каналы зуба 4.6 obturированы до дентин-цементного соединения, дистальный корневого канала — с выведением пломбировочного материала за верхушку зуба, дополнительных корневых каналов в зубе 4.6 не выявлено (рис. 3).

В цитограмме пункции из новообразования в области нижней челюсти справа полученный материал представлен эритроцитами, слизью, клетками многослойного плоского эпителия без признаков атипии.

Все показатели лабораторного исследования для подготовки к оперативному лечению в пределах нормы.

На основании основных и дополнительных методов обследования также выставлен



Рис. 4. Радиовизиография зуба 4.6 после эндодонтического лечения



Рис. 1. Фото пациента до лечения



Рис. 2. ОПТГ до лечения

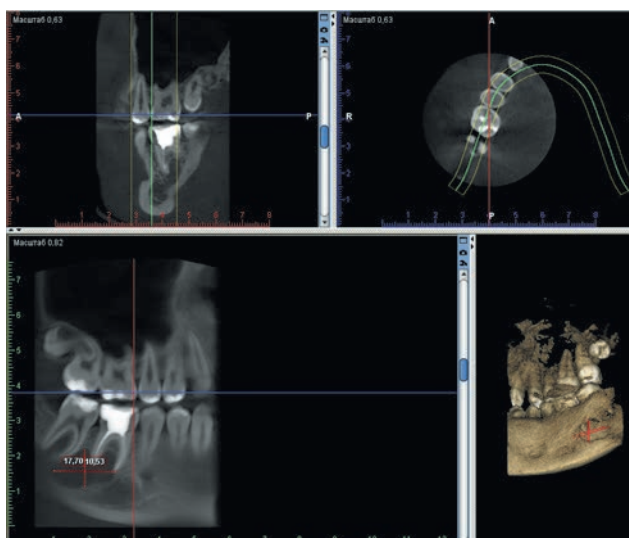


Рис. 3. КЛКТ пациента до лечения

предварительный диагноз «Одонтогенная радикулярная киста» (K04.8) нижней челюсти справа.

ЛЕЧЕНИЕ

На первом сеансе под торусальной анестезией 1,0 мл 4% *sol. Ultracaini DS* сняли пломбировочный материал и получили доступ к полости зуба 4.6, провели ампутацию и экстирпацию путридных масс и инструментальную и медикаментозную обработку корневых каналов (рис. 4). Корневые каналы расширены до размера 25 конусности 04 по ISO и obturированы силлером «Н+».

Спустя 19 дней зубы 4.4—4.7 в вестибулярной, язычной и жевательной области

шинировали лентами Ribbond Ultra THM 2 и 3 мм.

Через 2 месяца провели удаление новообразования в области нижней челюсти справа с резекцией корней зуба 4.6. После обработки операционного поля растворами антисептиков под мандибулярной и инфльтрационной анестезией 3,4 мл 4% *sol. Ultracaini DS forte* сделали трапециевидный разрез слизистой на границе маргинальной и альвеолярной десны в области вестибулярной поверхности альвеолярного отростка нижней челюсти справа (в проекции позади молярной области до зуба 4.5). Распатором отслоили слизисто-надкостничный лоскут. Нарушение целостности, узур в области кортикальной пластинки альвеолярного отростка с вестибулярной стороны не выявлено. Скребок Micros провели забор костной стружки в области зуба 4.7 и позади молярной области для получения аутогенной кости. Выполнили трепанацию кортикальной пластинки диаметром около 2 см. Кюретажной ложкой, скребком и кюретами удалили соединительнотканное образование красно-серого цвета по консистенции сходное с неполостным кистозным образованием. Провели



Рис. 5. Забор аутогенной кости в области нижней челюсти справа скребком Micros

резекцию корней зуба 4.6. Операционную рану обработали ультразвуковой системой «Piezon Master 600» с 0,05% раствором хлоргексидина. Забранные из локтевой вены 3,0 мл крови смешали с полученной ранее костной крошкой, и этот аутогенный материал уложили в операционную рану, а костный дефект закрыли мембраной «Bio-Gate» размером

2,0×2,0 см. Затем слизисто-надкостничный лоскут уложили на место и наглухо ушили операционную рану шовным материалом Vicril 4,0 № 8 (рис. 5–7).

Операционный материал отправили на гистологическое исследование.

Назначения:

- **холод на область послеоперационной раны в течение 2—3 часов после операции;**
- **таблетки «Цифран» 250 мг 2 раза в день в течение 5 дней;**
- **таблетки «Тавегил» по 2 раза в день в течение 3 дней;**
- **таблетки «Кетанов» по 2 раза в день в течение 3 дней;**
- **теплые внутривантовые ванночки с отваром ромашки после каждого приема пищи через сутки после операции;**
- **апликации мазью «Винилин» на слизистую оболочку в области послеоперационной раны и гепариновой мазью на кожные покровы через сутки после операции.**

При осмотре через 7 дней постоперационный отек в области послеоперационной раны отсутствует, воспалительных явлений в области альвеолярного отростка нижней челюсти справа не наблюдается, швы стойкие (рис. 8). Пальпация по переходной складке безболезненна, перкуссия зубов 4.6 и 4.7 безболезненна, ЭОД зуба 4.7—12 мкА.

После обработки слизистой оболочки в области послеоперационной раны сняли швы, оставив рану заживать первичным натяжением.

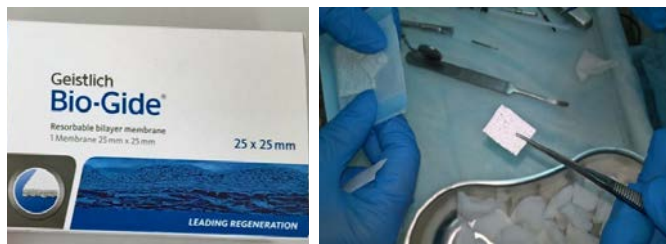


Рис. 6. Мембрана «Bio-Gate».



Рис. 7. ОПТТ сразу после оперативного лечения



Рис. 8. Фото пациента спустя 7 дней после оперативного лечения и после снятия швов

РЕЗУЛЬТАТЫ

При гистологическом исследовании операционного материала (масса серо-красного цвета, объемом около 1,0 см) обнаружены фрагменты некротизированной костной ткани с искусственно разрушенными балками, фиброзом и отеком межтрабекулярных пространств; определяются очаги остеоида, часть с остеобластами по периферии; отмечается выраженная лимфоцитарно-плазмочитарная инфильтрация фиброзной ткани с примесью гранулоцитов; обнаруживаются участки типа аневризальной кисты и грануляционной ткани. Заключение: фиброзная дисплазия с кистозной трансформацией в области нижней челюсти справа, К10.83.

При микробиологическом исследовании обсемененность операционного материала (*Enterobacteriaceae*, *Staphylococcus*, *Streptococcus*, *Enterococcus*, *Candida*) не выявлена.

На основании результатов гистологического исследования диагноз K10.83 в области нижней челюсти справа подтвержден.

На следующем осмотре через 3 месяца после операции (рис. 9, 10): жалоб нет; потеря чувствительности, болевые ощущения в области нижней челюсти справа не наблюдались; лицо симметричное, кожные покровы физиологической окраски; регионарные лимфатические узлы не пальпируются; ограничение открывания рта не выявлено; температура нормальная.

Во рту шинирующая лента в области зубов 4.4–4.7 сохранена; зуб 4.7 на температурный раздражитель и перкуссию реагирует безболезненно; зуб 4.6 неподвижен, перкуссия безболезненна; слизистая в области нижней челюсти справа бледно-розового цвета, переходная складка не сглажена, выбухания кортикальной пластинки не наблюдается, нормотрофический рубец бледно-розового цвета; ЭОД зуба 4.7 – 10 мкА.

На КЛКТ в проекции костного дефекта нижней челюсти справа наблюдается восстановление губчатого вещества альвеолярного отростка, также определяются участки разной гомогенности. В центральной части дефекта костный рисунок еще не имеет признаков органотипичности — не выявлены сформированные гаверсовы каналы, типичный костный рисунок, минерализация кости. Признаки рецидива новообразования отсутствуют (рис. 11).

При осмотре через 9 месяцев после операции ухудшения не выявлено. На КЛКТ заметны улучшения: восстановление кортикальных пластинок и губчатого вещества альвеолярного отростка, участки однородной гомогенности, а в центральной и периферической частях дефекта костный рисунок приобрел признаки органотипичности — сформированные гаверсовы каналы, типичный костный рисунок и минерализация кости.

Ребенок находится на диспансерном учете. Через 6 месяцев планируется проведение следующего КЛКТ-исследования и снятие шинирующих элементов.

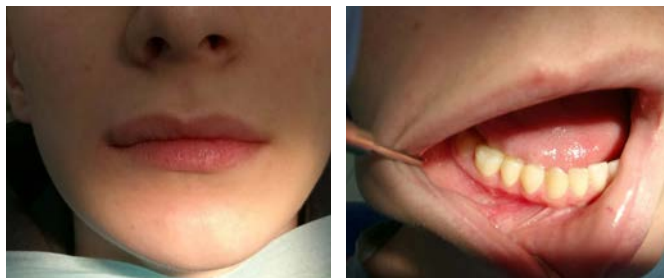


Рис. 9. Фото пациента через 3 месяца после оперативного лечения

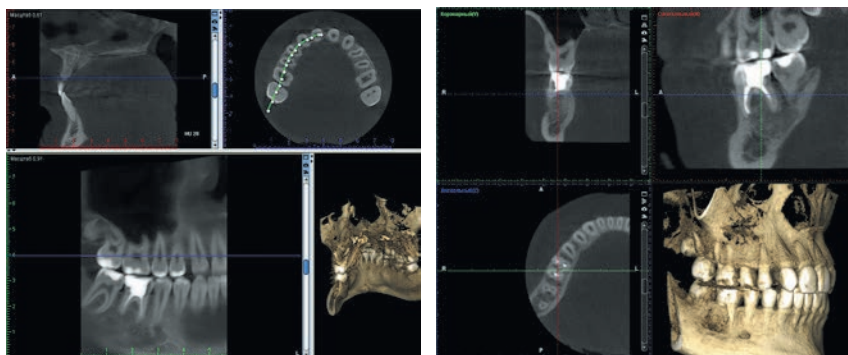


Рис. 10. КЛКТ пациента через 3 месяца после оперативного лечения

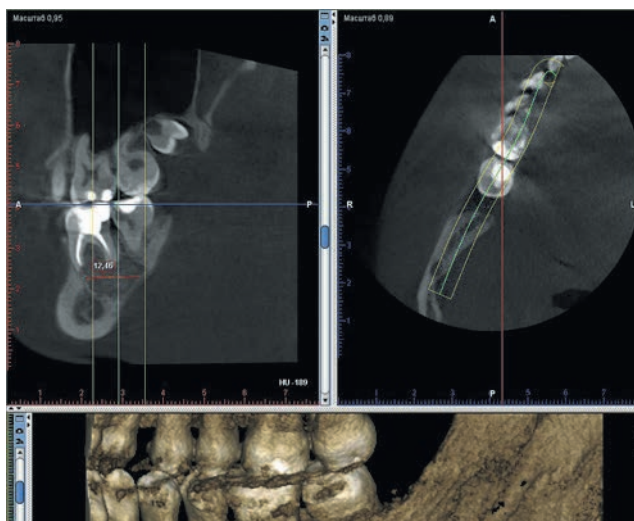


Рис. 11. КЛКТ через 6 месяцев после оперативного лечения

ЛИТЕРАТУРА:

1. Тригонос Н.Н., Фирсова И.В., Поройская А.В., Макадонова Ю.А. Фиброзные поражения челюстей. — *Волгоградский научно-медицинский журнал*. — 2015; 3: 22—4.
2. Долгов В.А., Горбанева Г.А., Чесноков В.П., Макаев Ф.Х., Лукиенко И.В. Случай фиброзной дисплазии верхней челюсти с прорастанием в полость носа, верхнечелюстную пазуху, клетки решетчатого лабиринта и правую орбиту (клиническое наблюдение). — *Альманах молодой науки*. — 2017; 11: 26—8.

3. Порубова Е.С., Чигиренко А.С., Абдуллаев М.Д., Харламов Д.А. Анализ клинического случая наследственного проявления гигантоклеточной репаративной гранулемы в челюстно-лицевой области. — *Вестник новых медицинских технологий*. — 2017; 3: 113—6.