

Т.В. Гайворонская,  
д.м.н., зав. кафедрой хирургической  
стоматологии и челюстно-лицевой  
хирургии

К.К. Гаспарян,  
ассистент кафедры детской стоматологии,  
ортодонтии и челюстно-лицевой хирургии

В.В. Волобуев,  
к.м.н., доцент кафедры детской  
стоматологии, ортодонтии и челюстно-  
лицевой хирургии

М.Н. Митропанова,  
к.м.н., зав. кафедрой детской стоматологии,  
ортодонтии и челюстно-лицевой хирургии

КубГМУ

## Клинический случай наблюдения пациента с множественной миеломой

**Резюме.** Множественная миелома считается наиболее распространенным гематологическим злокачественным новообразованием после лимфомы и составляет около 10% случаев рака крови. Поражения челюстей редко являются первым признаком заболевания, однако при этом чаще всего очаг локализуется в области тела нижней челюсти. В работе представлен клинический случай трехлетнего наблюдения за пациентом с множественной миеломой, после ее детекции на стоматологическом приеме.

**Ключевые слова:** множественная миелома, поражение нижней челюсти, стоматологический прием

**Summary.** Multiple myeloma is considered the most common hematologic malignancy after lymphoma, accounting for about 10% of blood cancers. Lesions of the jaws are rarely the first sign of the disease, but most often the focus is localized in the body of the lower jaw. The paper presents a clinical case of a three-year follow-up of a patient with multiple myeloma after its detection at a dental appointment.

**Keywords:** multiple myeloma, mandibular lesion, dental appointment

За последние 5 лет заболеваемость населения Краснодарского края новообразованиями выросла на 20,1% [1]. Множественная миелома (ММ, С90 по МКБ-10) — болезнь Рустицкого — Калера, миеломатоз, медуллярная плазмоцитома — лимфопролиферативное заболевание, морфологическим субстратом которого являются плазматические клетки, продуцирующие моноклональный иммуноглобулин — Ig (парапротеин), считается наиболее распространенным гематологическим злокачественным новообразованием после лимфомы, составляющим около 10% случаев рака крови [2]. Заболеваемость весьма вариабельна: она варьирует от 1 до 8—10 случаев на 100 000 населения в год. Болеют преимущественно люди пожилого возраста (средний возраст — 66 лет), лишь 2—3% больных — моложе 40 лет [3—6]. Соотношение мужчин и женщин при плазмоцитоме составляет примерно 2:1 [7—9]. Большинство поражений при ММ локализуется в центральной части одной кости (с преимущественным поражением костей позвоночника, бедренной кости и/или тазовых костей) [10]. Расположение плазмоцитомы в костях головы и шеи встречается очень редко, обычно в пределах синоназального тракта. Поражения челюстей редко являются первым признаком заболевания, и частота их колеблется

в пределах 8—15% [11, 12]. Плазмоцитомы чаще всего поражают тело нижней челюсти, однако могут распространяться до угла челюсти [9].

Множественная миелома является высокочувствительным к радиации поражением. Лучевая терапия, радикальная обширная хирургия или их комбинация являются основными методами лечения (эффективность достигает 80%) [8, 10]. Пятилетняя выживаемость при данном заболевании составляет 60%, однако она снижается до 5,7%, когда идет прогрессирование процесса до множественных поражений костей [13].

### КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Пациентка Т., 69 лет, обратилась 28.03.2016 г. на первичный прием в стоматологическую клинику с жалобами на наличие незначительного выбухания в области нижней челюсти слева. Из анамнеза выявлено, что образование в полости рта появилось месяц назад, безболезненное, которое постепенно увеличивалось в размере. В те же сроки появились боли в области плечевого сустава справа. Поставлен диагноз «артрит плечевого сустава» и назначено физиотерапевтическое лечение (электрофорез). После проведения процедур болевая

симптоматика стихла, но больная отметила появление припухлости в области ключицы справа.

Аллергологический анамнез не отягощен.

Стоматологический статус на момент первичного осмотра: конфигурация лица изменена за счет коллатерального отека слева. При пальпации по переходной складке в области тела нижней челюсти слева имеется выбухание, безболезненное, плотное, при пальпации определяется положительный симптом Дюпюитрена. Слизистая оболочка в области зубов над пораженным участком без изменений. Зубная формула:

о	к	л	л	л	к	к	к	к	к	к	л	л	л	к	о
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
о	к	к	п	с						с	к	л	л	к	о

Подчелюстные лимфатические узлы пальпируются с обеих сторон: не увеличены, единичные, безболезненные, подвижные.

Заключение конусно-лучевой объемной томографии челюстно-лицевой области (Galileos, Sirona) от 02.04.2016 г.: в теле нижней челюсти от зуба 3.3 до 3.7 определяется дефект костной ткани размером 22×18 мм. Полость дефекта полностью выполнена мягкотканым компонентом. Контуры очага четкие, неровные. Апикальный отдел зуба 3.4 в зоне разрежения костной ткани. Кортикальная пластинка с вестибулярной стороны нижней челюсти слева не прослеживается (рис. 1).

На основании имеющихся данных поставлен диагноз: частичная вторичная адентия, радикулярная киста нижней челюсти от зуба 3.4, генерализованный пародонтит легкой степени.

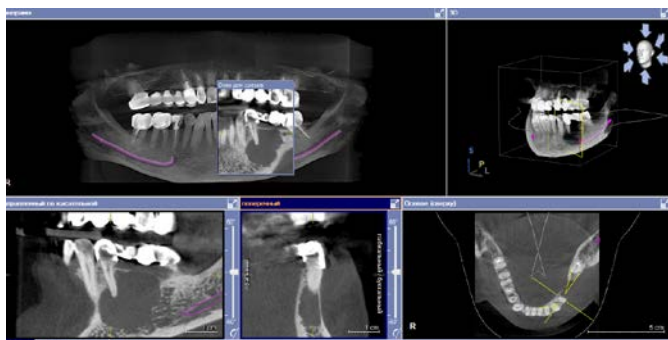


Рис. 1. КТ перед первичным стоматологическим вмешательством



Рис. 2. Биоматериал, полученный в ходе хирургической операции

Лечение: под проводниковой анестезией Uitra-cain DS («Sanofi») 1,7 мл проведено снятие мостовидной конструкции, эндодонтическое лечение зубов 3.3 и 3.4 — витальная экстирпация пульпы с последующим пломбированием «Триоксидент» (ВладМиВа).

В области очага поражения челюсти произведен трапецевидный разрез от зуба 3.4 до 3.7, откинут слизисто-надкостничный лоскут, проведен кюретаж полости, рана ушита наглухо. В ходе операции удалено мягкотканое образование (рис. 2). Полученный биоматериал отправлен на гистологическое исследование.

Заключение гистологического исследования: клеточный состав представлен плазматическими клетками зрелого типа и незрелыми клетками с признаками атипии и наличием многоядерных форм.

На основании клинической картины заболевания и гистологического заключения установлен окончательный диагноз: миеломная болезнь.

Больная направлена на специализированное лечение в онкологический диспансер.

При осмотре в отдаленные сроки через 3 года после лечения пациентка жалоб не предъявляет. После удаления новообразования в челюсти и комплексной диагностики были выявлены очаги поражения в правой ключице и тазовых костях. В условиях онкологического диспансера проводилась лучевая и химиотерапия.

Стоматологический статус: конфигурация лица не изменена. Подчелюстные лимфатические узлы пальпируются с обеих сторон: не увеличены, единичные, безболезненные, подвижные. В полости рта по переходной складке в области тела нижней челюсти слева (зона оперативного вмешательства) определяется рубец, слизистая оболочка обычной окраски, безболезненная при пальпации.

Заключение конусно-лучевой объемной томографии челюстно-лицевой области от 14.06.2019 г. (рис. 3, 4): в теле нижней челюсти от зуба 3.3 до 3.7 определяется дефект костной ткани размером

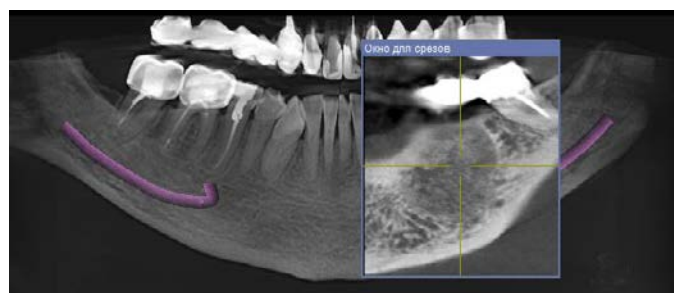


Рис. 3. Ортопантомография через 3 года после оперативного вмешательства

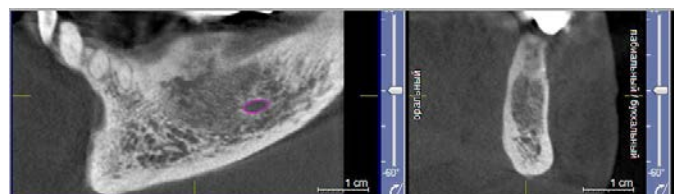


Рис. 4. КТ нижней челюсти через 3 года после операции

22×18 мм. Полость дефекта полностью заполнена регенератом. Контуры костной раны несколько размыты, просматриваются не на всем протяжении, местами плотность костного регенерата приближается к плотности окружающей костной ткани. Структура костного регенерата носит мелкопетлистый характер, плотность его ниже плотности здоровой костной ткани, местами сохраняются участки, заполненные фиброзной тканью. Отмечается наличие множественных мелких очагов оссификации, что свидетельствует о наличии процесса формирования костных балок, выраженность которых наиболее максимальна в периферических отделах регенерата. Апикальный отдел 3.4 зуба окружен костной

тканью. Отмечается полное восстановление компактного вещества тела нижней челюсти. Кортикальные пластинки четко визуализируются на всем протяжении, контур их непрерывный.

Таким образом, данный клинический случай показывает насколько внимательно нужно относиться к разнообразным проявлениям, казалось бы, банального заболевания. Внимание к тонкостям клинических проявлений патологии, полноценная дифференциальная диагностика, онконастороженность, подкрепленные практикой, помогут поставить правильный диагноз, избрать верную тактику лечения и улучшить качество жизни пациента [14].

#### ЛИТЕРАТУРА:

1. О состоянии здоровья населения и организации здравоохранения Краснодарского края по итогам 2018 года: государственный доклад под общей редакцией Е.Ф. Глоппова. — Краснодар: МИАЦ. — 202 с.
2. **Grogan T.M., van Camp B., Kyle R.A., Müller-Hermelink H.K., Harris N.L.** Plasma cell neoplasms. — In: Jaffe E.S., Harris N.L., Stein H., Vardiman J.W. (eds.) «World Health Organization Classification of Tumors. Pathology and Genetics of tumors of the Haematopoietic and Lymphoid Tissues». — Lyon: IARC Press, 2001. — Pp. 142—56.
3. **Рехтина И.Г.** Множественная миелома: диагностика, принципы терапии. — *Врач.* — 2010; 4: 13—6.
4. **Kyle R.A., Gertz M.A., Witzig T.E., Lust J.A., Lacy M.Q., Dispenzieri A., Fonseca R., Rajkumar S.V., Offord J.R., Larson D.R., Plevak M.E., Therneau T.M., Greipp P.R.** Review of 1027 patients with newly diagnosed multiple myeloma. — *Mayo Clin Proc.* — 2003; 78 (1): 21—33.
5. **Smith A., Wisloff F., Samson D.** Guidelines on the diagnosis and management of multiple myeloma 2005. — *Br J Haematol.* — 2006; 132 (4): 410—51.
6. **Terpos E., Rahemtullah A.** Myeloma. — In: Hoffbrand A.V., Catovsky D., Tuddenham E.G.D. (eds.) «Postgraduate haematology». — 5th ed. — Blackwell, 2005. — P. 681—702.
7. **Бессмельцев С.С.** Множественная миелома (патогенез, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз). Часть I. — *Клиническая онкогематология. Фундаментальные исследования и клиническая практика.* — 2013; 3: 237—57.
8. **Rodríguez-Caballero B., Sanchez-Santolino S., García-Montesinos-Perea B., García-Reija M.F., Gómez-Román J., Saiz-Bustillo R.** Mandibular solitary plasmocytoma of the jaw: a case report. — *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* — 2011; 16 (5): e647—50.
9. **Souza L.N., Farias L.C., Santos L.A., Mesquita R.A., Martelli H. Jr, De-Paula A.M.** Asymptomatic expansile lesion of the posterior mandible. — *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* — 2007; 103 (1): 4—7.
10. **Rezaei F., Nazari H., Izadi B.** Solitary plasmacytoma in the mandible resembling an odontogenic cyst/tumor. — *Case Rep Dent.* — 2016; 2016: 3629047.
11. **Mehdi G., Ansari H.A., Haider N.** Cytological diagnosis of multiple myeloma presenting as a jaw swelling. — *J Cytol.* — 2009; 26 (2): 80—2.
12. **Mozaffari E., Mupparapu M., Otis L.** Undiagnosed multiple myeloma causing extensive dental bleeding: report of a case and review. — *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* — 2002; 94 (4): 448—53.
13. **Jeong J.A., Seo G.E., Song J.H., Park S.J.** Solitary plasma cell myeloma on anterior maxilla: a case report. — *J Korean Assoc Maxillofac Plast Reconstr Surg.* — 2010; 32 (1): 77—80.
14. **Ашурев Ж.А., Вагнер В.Д., Семкин В.А., Смирнова Л.Е.** Заполнение медицинской карты стоматологического больного при хирургическом лечении доброкачественных опухолей челюстей. — *Клиническая стоматология.* — 2015; 2 (74): 33—7.