
СТОМАТОЛОГИЯ

Ю. В. Ефимов

Волгоградский государственный медицинский университет,
кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии

ПРОФИЛАКТИКА НОВООБРАЗОВАНИЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

УДК 616.314 — 006.6 — 084

Выполнено хирургическое лечение больной с внутрикостной миксомой нижней челюсти, с использованием методики кюретажа. С целью профилактики рецидива перед ушиванием раны провели внутрикостный лаваж 0,03%-м раствором натрия гипохлорита, используя при этом устройство собственной конструкции. Динамическое наблюдение осуществлялось в течение 4 лет. Результат положительный.

Ключевые слова: миксома, нижняя челюсть, внутрикостный лаваж.

U. V. Efimov

PREVENTION OF MAXILLOFACIAL NEWGROWTH

A patient with epithelial swelling in the lower jaw was treated by scraping. To avoid a relapse, we performed intraosseous irrigation with 0,03 % sodium hypochloride solution before closing the wound using an appliance of our own design. The follow-up period lasted for 4 years; the outcome was favorable.

Key words: epithelial swelling, lower jaw, intraosseous irrigation.

Вся история поисков оптимального способа лечения онкологической патологии непосредственно связана с профилактикой малигнизации, метастазирования и рецидивирования новообразований. Эти задачи чрезвычайно сложные в силу значительного количества причин, им способствующих: возраст больного, локализация опухоли, стадия процесса, морфологическая структура первичной опухоли, состояние его иммунологического статуса и т. д.

Миксома — это опухоль, которая относится к группе неонтогенных доброкачественных мезенхимальных опухолей. Чаще всего она развивается в области угла и ветви нижней челюсти в возрасте 30 лет, но ее иногда встречают и у маленьких детей [2].

Миксомы у детей раннего возраста растут очень быстро, вызывая припухлость и болезненность в области челюстей, что создает сходство с остеомиелитом и может стать причиной ошибки в диагнозе.

При рентгенографии миксома представляет собой мультифокальное поражение, с тенденцией к пер-

форации кортикального слоя и распространению на мягкие ткани, нередко первичный очаг миксомы обнаруживают вне кости. Если опухоль появилась в области верхней челюсти, она способна прорасти в пазуху носа.

При гистологическом исследовании опухоль всегда определяют как доброкачественную, однако особенности ее роста делают ее лечение несколько отличным от традиционного при доброкачественных опухолях.

Опухоль растет, образуя пальцевидные выросты, уходящие в окружающие ткани. Кюретаж при такой опухоли не эффективен и приводит к рецидиву. Ее иссекают единым блоком в пределах здоровых тканей, отступая от ее видимого края на 0,5—1 см. Реконструкцию челюсти у детей после удаления этой опухоли проводят одномоментно. Риск рецидива после удаления миксомы 25 % [1, 3].

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Представить клиническое наблюдение, связанное с профилактикой рецидива миксомы.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

Клиническое наблюдение. Больная К, 1970 г. р. госпитализирована в отделение челюстно-лицевой хирургии в декабре 2008 г. по поводу околокорневой кисты нижней челюсти справа. Однако отсутствие рентгенологических признаков, характерных для околокорневой кисты, мультилакунарное поражение кости, резорбция верхушек корней 44 и 45 зубов вызвали определенные сомнения по поводу правильности диагноза (рис. 1).



Рис. 1. Фотография ортопантограммы больной К. при первичном обращении: в области отмечается обширный очаг, имеющий мультилакунарное строение с нечетким контуром, верхушки корней 44 и 45 резорбированы

В день поступления проведено удаление 44 и 45 и выполнена биопсия. Макропрепарат представлял собой студенистую массу ткани с множеством кист, заполненных слизью, что характерно для миксомы. Результаты морфологического исследования подтвердили предварительный диагноз.

Учитывая характер опухоли и рекомендации исследователей относительно лечения, нам предстояло выполнить резекцию нижней челюсти в пределах здоровых тканей с последующей реконструктивной операцией. От предложенной тактики лечения больная категорически отказалась.

Далее наши рассуждения были следующими. Рецидив возможен лишь в том случае, если опухоль удалена не полностью. Особенно важно удалить ее клетки из костных канальцев. Выполнить это механическим путем невозможно. Учитывая наш опыт лечения переломов и травматического остеомиелита нижней челюсти, околокорневых кист и пародонтита с использованием метода внутрикостных инфузий, мы предложили больной это лечение, на кото-

рое было получено согласие. При этом больная была ознакомлена с возможными последствиями.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Послеоперационный период протекал гладко, заживление раны первичным натяжением отмечено на 10-е сутки (рис. 2).



Рис. 2. Фотография ортопантограммы больной К. на 10-е сутки после операции

Динамическое наблюдение проводилось в стандартные сроки и не вызывало сомнений в положительном результате. Приводим последнюю выписку из истории болезни.

15 ноября 2011 г.: состояние больной удовлетворительное, жалоб не предъявляет. Клинических признаков заболевания не наблюдалось.

На рентгенограмме отмечалась однородная тень в зоне операции, незначительно отличающаяся по плотности от интактной кости (рис. 3).

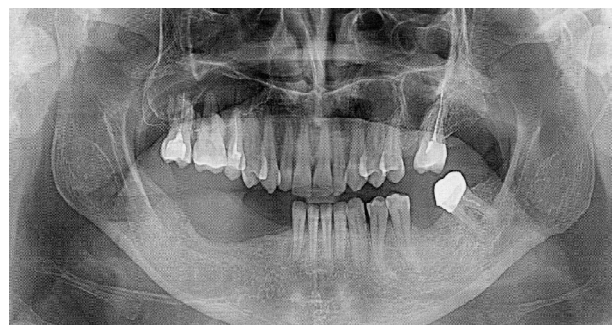


Рис. 3. Фотография ортопантограммы больной К. через 3 года после операции (ноябрь 2011 г.)

В эти же сроки была выполнена компьютерная рентгенография в 3D формате (рис. 4).

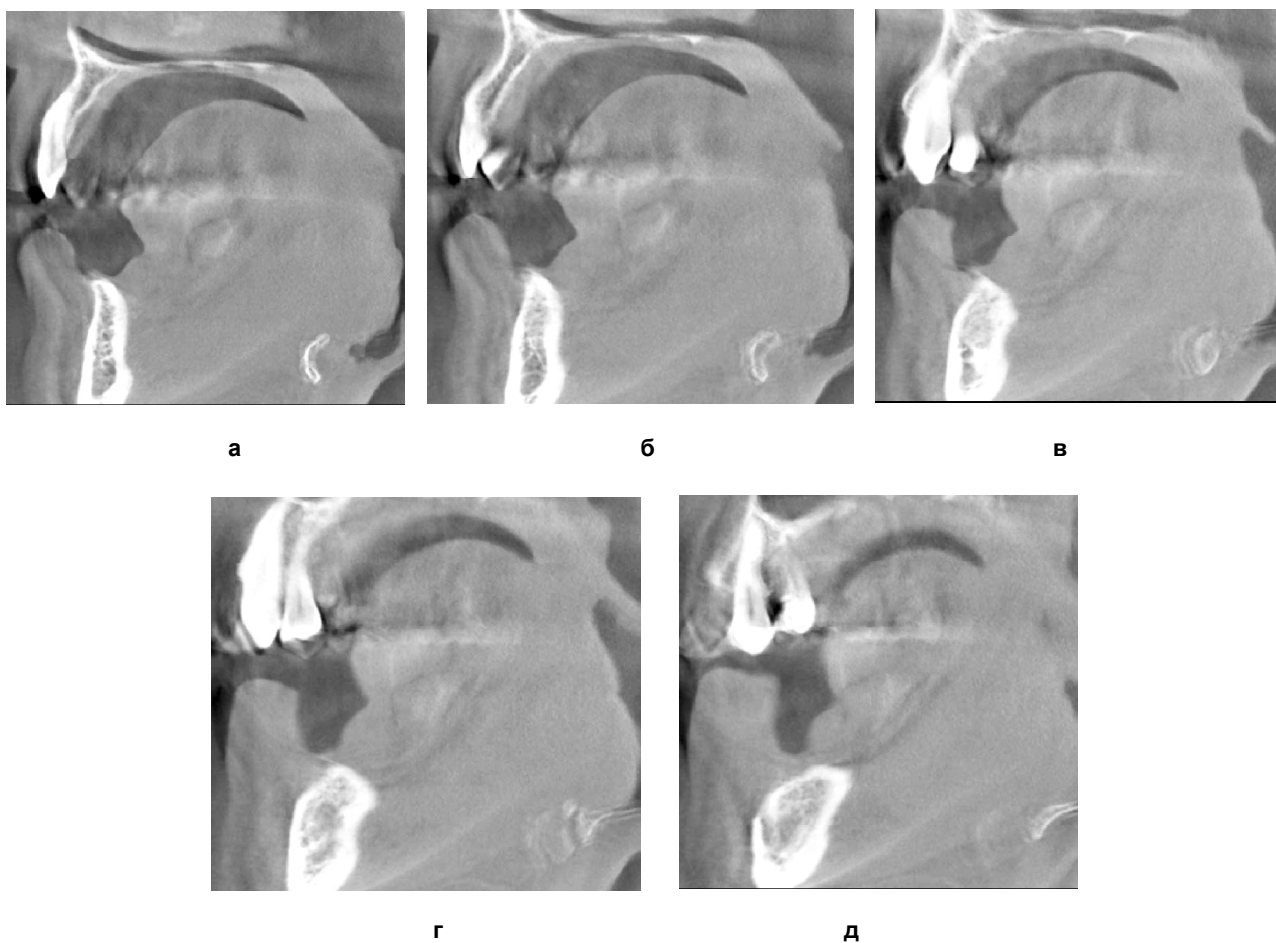


Рис. 4. Фотографии зубочелюстных сегментов нижней челюсти в 3D формате больной К. через 3 года после операции (2011 г.): а — медиального резца, б — латерального резца, в — клыка, г — первого премоляра, д — второго премоляра

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Полученные положительные результаты не следует расценивать как альтернативу стандартному методу лечения миксомы. Однако, по нашему убеждению, данный метод имеет право на дальнейшую разработку.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ефимов Ю. В., Мухаев Х. Х., Поройский С. В. и др. Устройство для внутрикостного введения лекарственных

препаратов и внутрикостной анестезии. Патент РФ № 98894. — Бюл. № 31, 2010.

2. Тимофеев А. А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. — Киев, 2000. — 980 с.

3. Федяев И. М., Байриков И. М., Белова Л. П., Шувалова Т. В. Злокачественные опухоли челюстно-лицевой области. — М.: «Медицинская книга», Н. Новгород: Изд-во НГМД, 2000. — 160 с.

4. Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия / Под ред. А. А. Кулакова, Т. Г. Робустовой, А. И. Неробеева. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. — 928 с. — (Серия «Национальные руководства»).