

ХЕРУВИЗМ У РЕБЕНКА – ЭТАПНАЯ ЭКСКОХЛЕАЦИЯ ОПУХОЛИ В ОБЛАСТИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

***В.В.Дмитрачков¹, В.И.Лапковский², Ю.Н.Синица², Ю.В.Зенькевич¹,
Н.А.Строченкова², О.В.Дмитрачкова³***

¹ УО «Белорусский государственный медицинский университет»,

² УЗ «4-я Городская детская клиническая больница»

*³ Республиканский клинический центр паллиативной медицинской
помощи детям, Минск, Беларусь*

Гигантоклеточная репаративная гранулема (ГКРГ) – редкое доброкачественное поражение костей черепа у детей (1,7% всех случаев ГКРГ). Несмотря на доброкачественный характер, ГКРГ часто рецидивирует после оперативного лечения. Одна из редких форм ГКРГ – херувизм (Х), для которого характерно тотальное поражение верхней и нижней челюстей, в следствие чего невозможно провести радикальное опера-

тивное лечение, особенно у детей в период до полового созревания. Х сопровождается неправильным развитием, ускоренным выпадением молочных зубов. Характерный признак – одутловатая форма лица.

Под нашим наблюдением находится девочка А. 8 лет. При поступлении жалобы на наличие образования. В анамнезе (Ан): Херувизм. ГКРГ с поражением верхней и нижней челюсти. ВПС: выраженный стеноз клапана легочной артерии (ЛА), ДМПП вторичный без края у НПВ (устранение стеноза ЛА, пластика ДМПП заплатой с ИК 14.01.2019). Недостаточность клапана ЛА 2ст. Недостаточность МК 2ст., мискоматоз створок. НК 0-1, Кардиопатия смешанного генеза. Угрожаемая по нарушению ритма сердца. Сходящееся косоглазие. Гипертрофия аденоидов 1-2ст. Двустороннее продольное плоскостопие. Наследственность неотягощена. В Ан медаллергия на цефазолин, пищевая аллергия на шоколад, цитрусовые (сыпь). Общее состояние пациентки на момент осмотра ср. тяжести, компенсированное. Самочувствие хорошее. Активная, реакция на осмотр спокойная. Т-36,6°С. Вес 22,2кг. Одутловатая форма лица. Гемодинамика стабильная. Спонтанное дыхание ритмичное, адекватное. Кожа чистая, обычной окраски. Сходящееся косоглазие. Видимые слизистые обычной окраски, блестящие, влажные. ПЖК развита удовлетворительно, распределена равномерно. Отеков, пастозности нет. Плоскостопие. Деформация грудной клетки. Тургор мягких тканей удовлетворительный. Дыхание ч/з нос свободное, отделяемого нет. Зев–катаральных явлений нет. В легких дыхание везикулярное. ЧД=22 в мин. Тоны сердца громкие, ритмичные, систолический шум слева от грудины, с мах-2-3 межреберье; ЧСС=82уд/мин. АД=100/70мм.рт.ст. Живот мягкий, б/б. Печень+1,0см. Физотправления в норме. St.localis: имеется асимметрия лица за счет увеличения размеров верхней и нижней челюсти. Рот открывает в полном объеме, движения ВНЧС безболезненные. Полость рта: альвеолярный отросток в/ и н/челюсти при пальпации плотный, увеличен в размерах, вздутый, покрыт неизменной слизистой, б/б. Зубы в области в/ и н/челюсти интактные, перкуссия б/б. В ан. крови: Эр-4,55х10¹²/л, Нб-121 г/л, Нт-0,36, Тр-203х10⁹/л, Л-6,8х10⁹/л, П-5, С-51, Лф-32, М-20, Э-4, М-8, СОЭ 30 мм/ч. Б/х ан. крови: СРБ 0,3 мг/л, глюкоза 5,1 ммоль/л, Са-2,49, К-4,0, Na-137, Cl-105 ммоль/л, мочевины 6,70ммоль/л, креатинин 41,7, билирубин общий14,5 мкмоль/л, ОБ 65,4. Ан. мочи – без патологии. ЭКГ– син. ритм, брадикардия ЧСС 75-82/мин; S-тип ЭКГ. Общ. ан. мочи без патологии. УЗИ: Гиперплазия шейных лимфоузлов. КТ: Херувизм (гигантоклеточная репаративная гранулема) с поражением верхней и нижней челюстей 3 ст. (Arnott). С учетом травматичности операции показана поэтапная экссколеация

образования. Операция эксскохлеация опухоли в области н/челюсти слева: под общим обезболиванием внутриротовым доступом от переднего края ветви н/челюсти слева до уровня зуба 33 выкроен и отслоен СНЛ, скелетированы тело, угол и ветвь н/челюсти слева, кортикальная пластинка вздута, местами разрушена. При помощи кюретажной ложки по частям выскоблена опухоль, распротягивающаяся от зачатка 33 зуба до основания мышечкового отростка н/челюсти. Ложе опухоли обработано спиртом этиловым. Костная рана выполнена йодоформным тампоном, рана частично ушита ПГА. Гистологическое исследование: материал представлен фибробластической опухолью с формированием муаровых структур, в которой отмечаются очаги со скоплением гигантских многоядерных клеток типа остеокластов. Круглоклеточная воспалительная инфильтрация, очаги кровоизлияния с организацией. На периферии опухолевой ткани – формирование остеосклеротического ободка с остеокластической резобцией. Морфологическая картина характерна для центральной гигантоклеточной гранулемы, с учетом двустороннего поражения верхней и нижней челюсти необходимо думать о X. В послеоперационном периоде перенесла о. ринит. Терапия: амикацин, оксиметазолин по 1-2кап. 3 раза в день (5 дней), мометазон по 1 впрыскиванию (впр) 2 раза в день (1 нед), затем по 1 впр 1 раз в день (до 1 мес). Выписана с улучшением. Рекомендовано наблюдение педиатра, хирурга; продолжить терапию ринита. Повторная госпитализация в ОЧЛХ с целью продолжения хирургического лечения.

Выводы. Наличие диагноза X не всегда является показанием к оперативному лечению. При отсутствии бурно развивающейся деформации челюстей, наличии минерализации очагов поражения, ведущим специалистом по лечению является врач-ортодонт с привлечением челюстно-лицевого хирурга. При отсутствии очагов минерализации, усилении деформации показана этапная эксскохлеация фокусов дисплазии.

**Материалы
XXXII Конгресса детских
гастроэнтерологов России
и стран СНГ
«Актуальные проблемы
абдоминальной патологии у детей»**

Москва, 18–20 марта 2025 г.

Под общей редакцией проф. С.В.Бельмера

Москва, 2025