

Панькова Е.А.

ДЕСМОПЛАСТИЧЕСКАЯ ФИБРОМА КОСТЕЙ ЛИЦЕВОГО СКЕЛЕТА У ДЕТЕЙ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ, КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. Корсак А.К.

*Кафедра челюстно-лицевой хирургии и пластической хирургии лица
Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск*

Десмопластическая фиброма – редкое доброкачественное новообразование, склонное к агрессивному росту и частому рецидивированию.

По литературным данным десмопластическая фиброма составляет около 0,06% всех костных опухолей, 0,03% всех доброкачественных опухолей костной ткани. Наиболее часто десмопластическая фиброма локализуется в нижней челюсти (20-25% случаев), бедренной кости (15%), тазовых костях (13%), лучевых костях (12%), большеберцовых костях (9%), значительно реже поражается верхняя челюсть.

Этиология опухоли до конца не изучена, однако многие авторы предполагают, что причиной развития десмопластической фибромы могут быть генетические, эндокринные и травматические факторы. В челюстных костях десмопластическая фиброма может встречаться как в детском возрасте, т.е. в период активного роста скелета, так и у людей старшего возраста.

В клинической практике десмопластическая фиброма на ранних стадиях заболевания растет бессимптомно, однако в дальнейшем, при поражении костей лицевого скелета, возникает деформация лица. Для диагностики десмопластической фибромы, помимо клинического обследования, показаны магнитно-резонансная томография и компьютерная томография костей. Это позволяет определить распространенность опухоли и спланировать ход хирургического лечения. Окончательный диагноз заболевания ставится на основании гистологического исследования опухоли. Морфологически десмопластическая фиброма представлена упорядоченной структурой пучков коллагена и расположенными между ними фибробластами с умеренным полиморфизмом.

Лечение десмопластической фибромы хирургическое – резекция пораженного участка кости. Это значительно снижает риск рецидива опухоли. Кюретаж опухоли грозит рецидивом заболевания, который, по данным литературы, составляет от 37% до 72% случаев. Лучевая и (или) химиотерапия проводятся в исключительных случаях.

Описан клинический случай десмопластической фибромы нижней челюсти у ребенка 5 лет. Опухоль росла достаточно медленно и из-за диагностических ошибок на догоспитальном этапе оперативное вмешательство проведено достаточно поздно, при значительной деформации нижней челюсти и «прорастании» опухоли в мягкие ткани дна полости рта. Опухоль удалена в кости путем выскабливания и фрезерования кости, а на дне полости рта – в пределах здоровых мягких тканей. Диагноз подтвержден гистологически. Приняты меры профилактики патологического перелома нижней челюсти. При динамическом наблюдении за ребенком в течении 5 месяцев не выявлено признаков рецидива опухоли. Клинико-рентгенологическое наблюдение продолжается.