

Научная статья

УДК 616-006.03

DOI: 10.17816/pmj415129-137

РЕТРО- И ПРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТА С ПОЛИОССАЛЬНОЙ ФОРМОЙ ОСТЕОКЛАСТОМЫ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ: КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

С.И. Рапекта*, Н.Б. Асташина, О.С. Турсукова, В.Е. Кибанова

Пермский государственный медицинский университет имени академика Е.А. Вагнера, Российская Федерация

RETRO AND PROSPECTIVE ANALYSIS OF COMPLEX TREATMENT OF A PATIENT WITH A POLYOSTOTIC FORM OF OSTEOCLASTOMA OF THE MAXILLOFACIAL REGION: CLINICAL OBSERVATION

S.I. Rapekta*, N.B. Astashina, O.S. Tursukova, V.E. Kibanova

E.A. Vagner Perm State Medical University, Russian Federation

В отечественной и зарубежной литературе недостаточно сведений о течении полиоссальной формы остеокластомы и методах лечения пациентов при ее выявлении. В связи с этим разбор данного клинического случая может представлять интерес для челюстно-лицевых хирургов, онкологов и для стоматологов разного профиля, которые могут выявить как дебют, так и рецидив заболевания. Особенностью течения полиоссальной формы остеокластомы является повторное появление новообразования после удаления с локализацией очагов в различных участках верхней и нижней челюсти.

© Рапекта С.И., Асташина Н.Б., Турсукова О.С., Кибанова В.Е., 2024

тел. +7 912 888 11 66

e-mail: Rapsvi@mail.ru

[Рапекта С.И. (*контактное лицо) – кандидат медицинских наук, доцент, заведующая кафедрой хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии, ORCID: 0009-0005-9643-8473; Асташина Н.Б. – доктор медицинских наук, заведующая кафедрой ортопедической стоматологии, ORCID: 0000-0003-1135-7833; Турсукова О.С. – кандидат медицинских наук, заместитель главного врача по контролю качества и безопасности медицинской деятельности Клинической стоматологической больницы, врач челюстно-лицевой хирург отделения челюстно-лицевой хирургии, ORCID: 0009-0001-2069-7197; Кибанова В.Е. – врач-ординатор кафедры хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии, ORCID: 0009-0009-1113-522X].

© Rapekta S.I., Astashina N.B., Tursukova O.S., Kibanova V.E., 2024

tel. +7 912 888 11 66

e-mail: Rapsvi@mail.ru

[Rapekta S.I. (*contact person) – PhD (Medicine), Associate Professor, Head of the Department of Dental Surgery and Maxillofacial Surgery, ORCID: 0009-0005-9643-8473; Astashina N.B. – DSc (Medicine), Head of the Department of Orthopedic Dentistry, ORCID: 0000-0003-1135-7833; Tursukova O.S. – PhD (Medicine), Deputy Chief Physician for Quality Control and Safe Medical Activity of Dental Clinical Hospital of E.A. Vagner Perm State Medical University, Maxillofacial Surgeon. ORCID: 0009-0001-2069-7197; Kibanova V.E. – Resident of the Department of Dental Surgery and Maxillofacial Surgery, ORCID: 0009-0009-1113-522X].

Представлено описание клинического случая и тактика ведения пациентки с полиостальной формой остеокластомы челюстей в период с 2006 по 2024 г. Заболевание у пациентки впервые диагностировано в 2006 г., когда было выявлено новообразование в области нижней челюсти справа. Лечение заключалось в удалении опухоли путем резекции нижней челюсти, замещении дефекта челюстным имплантатом из углерод-углеродного материала «Углекон-М» и последующего протезирования. В 2011 г. было обнаружено новообразование во фронтальном отделе верхней челюсти слева и диагностирован рецидив заболевания в виде нового очага опухоли в области подбородочного отдела нижней челюсти справа. Проведено оперативное лечение – удаление новообразования в области фронтального отдела верхней челюсти слева с замещением дефекта резекционным протезом и на нижней челюсти – удаление опухоли с резекцией подбородочного отдела в пределах здоровых тканей и замещением дефекта имплантатом из углерод-углеродного материала «Углекон-М».

В 2023 г. пациентка была вызвана в стоматологическую больницу Клинического многопрофильного медицинского центра Пермского государственного медицинского университета имени академика Е.А. Вагнера Минздрава России (далее – КСБ ПГМУ) для проведения диспансерного наблюдения и оценки результатов проведенного лечения.

Полученные результаты свидетельствуют о необходимости диспансерного наблюдения пациентов после оперативного вмешательства по поводу остеобластокластомы, а также об эффективности использования челюстных имплантатов из углерод-углеродного композиционного материала «Углекон-М».

Ключевые слова. Полиостальная форма остеобластокластомы, остеобластокластома челюстных костей, рецидив, углеродный имплантат, комплексное лечение.

In global literature there is not sufficient information on the course of the polyostotic form of osteoclastoma and methods of its treatment. For this reason, the analysis of this clinical case may be interesting for oncologists, maxillofacial surgeons and dentists of various specialties, who can reveal both the onset and recurrence of the disease. A characteristic feature of the course of this disease is the relapse of neoplasms with localization of foci in various parts of the upper and lower jaw.

A clinical case of polyostotic form of jaw osteoclastoma and patient's management tactics from 2006 to 2024 are described in the article. The disease was first diagnosed in 2006, when a neoplasm was revealed in the right part of the lower jaw. The neoplasm was removed by resection and mandibular defect was replaced by a carbon implant with further prosthesis.

In 2011 a new neoplasm was detected on the left side in the frontal part of the upper jaw. At the same time a relapse of the disease was diagnosed with a new tumor focus in the lower jaw on the right. Surgical treatment was performed. Firstly, the neoplasm in the frontal area of the upper jaw was removed with replacement of the defect with a resection prosthesis. And secondly, a removal of the tumor on the lower jaw with resection of the chin within healthy tissues and replacement of the defect with an implant made of carbon-carbon material "Uglecon M" were performed.

In 2023 the patient was invited to the dental hospital of the Clinical Multidisciplinary Medical Center of E.A. Vagner Perm State Medical University for dispensary observation and evaluation of the results of the treatment.

The obtained results indicate the need for medical follow-up of patients after surgery for osteoblastoclastoma. The effectiveness of jaw implants made of carbon-carbon composite material "Uglecon M" was proved as well.

Keywords. Polyostotic form of osteoblastoclastoma, osteoblastoclastoma of the jaw bones, relapse, carbon implant, complex treatment.

ВВЕДЕНИЕ

В настоящее время доброкачественные опухоли и опухолеподобные поражения костей составляют 40–50 % всех случаев костных неоплазий. Однако эти показатели

могут быть снижены в связи со сложностями дифференциальной диагностики и возможным длительным бессимптомным течением заболевания [1–7]. Одним из примеров таких опухолей является остеобластокластома (остеокластома), локализирую-

щаяся в различных отделах скелета, часто в челюстных костях, особенно в области тела нижней челюсти. Распространенность этого заболевания у женщин репродуктивного возраста (от 18 до 35 лет) в два раза выше, чем у мужчин.

Выделяют ячеистую, кистозную и литическую формы остеобластокластомы, отличающиеся по темпам роста и характеру лизиса костной ткани. Резекция пораженных участков кости с одномоментным реконструктивным восстановлением целостности челюсти является оптимальным и наиболее рациональным хирургическим методом лечения данной патологии¹ [1; 2]. Злокачественные варианты остеобластокластомы встречаются реже и классифицируются по происхождению и степени литической деструктивной активности [8–10].

В литературе, как отечественной, так и зарубежной, подробно освещены аспекты хирургической техники и тактики ведения пациентов с остеобластокластомой челюстных костей [3]. Однако информации о лечении полиоссальной формы заболевания крайне мало. В связи с этим разбор представленного клинического случая является актуальным.

Цель исследования – анализ клинического случая комплексного лечения пациентки с полиоссальной формой остеокластомы челюстных костей.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Пациентка М., 19 лет, обратилась в клиническую стоматологическую больницу ПГМУ в 2006 г. с жалобами на наличие новообразова-

ния в области нижней челюсти справа (рис. 1, а, б), подвижность нижних зубов и парастезии в области нижней губы справа.

Диагноз остеокластомы нижней челюсти справа (код по МКБ – D 16.5) был верифицирован путем проведения инцизионной биопсии с последующим патогистологическим исследованием.

Индивидуальный план комплексного лечения был разработан междисциплинарной командой в составе челюстно-лицевого хирурга, стоматолога-ортопеда и врача-анестезиолога, и состоял из следующих этапов: планирование зоны резекции; проведение антропометрического исследования с целью подбора имплантата; предварительной ортопедической подготовки к оперативному вмешательству; планирования анестезиологического пособия; оперативного лечения; отсроченного протезирования; реабилитации.

На этапе выбора вариантов оперативного лечения рассматривалось проведение аутопластики, замещение послеоперационного дефекта реконструктивной пластинкой или ортотопическим имплантатом, выполненным из углерод-углеродного материала «Углекон-М». Учитывая свойства имплантационных систем, изготовленных из материала «Углекон-М», в частности высокую биологическую инертность, стабильность размеров в отделенные сроки, соответствие структуры и физико-механических характеристик показателям нативной кости, возможность восстановления формы лица, отсутствие необходимости проведения дополнительных хирургических вмешательств, выбор был остановлен на данном имплантационном материале.

На первом этапе проведена предварительная ортопедическая подготовка, которая заключалась в изготовлении и фиксации несъемной ортопедической конструкции для удержания отломков нижней челюсти. Далее

¹ *Ранекта С.И.* Пластика дефектов нижней челюсти углеродными имплантатами «Углекон-М»: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Пермь 2008 / *Ranekta S.I.* Plastic surgery of mandible defects with carbon implants "Ugлекон-М": author's abstract. diss. candidate of medical sciences. Perm 2008 (in Russian).

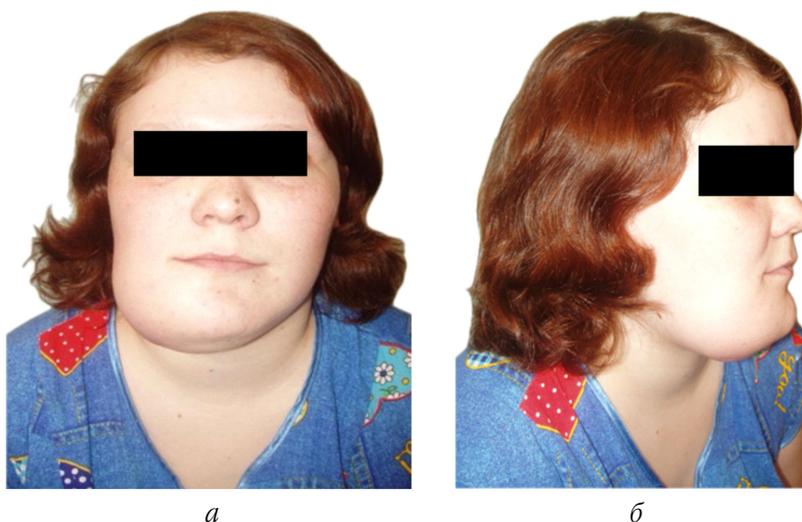


Рис. 1. Внешний вид пациентки до проведения комплексного лечения:
а – анфас, б – профиль (2006 г.)

приступали к следующему этапу – непосредственно оперативному лечению. Под эндотрахеальным наркозом было проведено удаление опухоли с частичной резекцией нижней челюсти и одномоментным замещением послеоперационного дефекта ортотопическим углеродным имплантатом «Углекон-М» (рис. 2), ушиванием раны с установкой дренажей. Поскольку имплантат был индивидуально смоделирован в соответствии с формой и размерами предполагаемого дефекта,

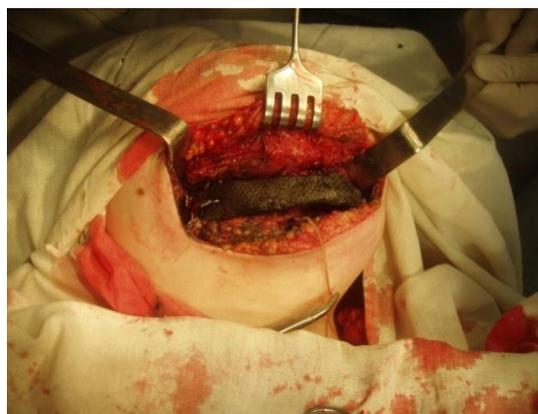


Рис. 2. Установка ортотопического имплантата из материала «Углекон-М»

был обеспечен хороший эстетический и функциональный результат.

По результатам патогистологического исследования подтвержден диагноз: остеобластокластома нижней челюсти.

На контрольной ортопантограмме – в области дефекта нижней челюсти справа фиксирован имплантат, фиксация удовлетворительная. Видны тени лигатурных швов металлической плотности в области ветви нижней челюсти справа и подбородочного отдела нижней челюсти (рис. 3).

В удовлетворительном состоянии пациентка выписана на 10-е сутки после операции.

Через шесть месяцев после оперативного вмешательства пациентке был изготовлен и фиксирован на нижнюю челюсть съемный зубочелюстной протез с металлическим базисом и кламмерной фиксацией. Пациентка жалоб не предъявляла и на осмотры в рамках диспансерного наблюдения не являлась ввиду проживания в отдалённом районе Пермского края.

В 2011 г. во время беременности пациентка заметила появление новообразования и его рост в области фронтального отдела



Рис. 3. Ортопантограмма, состояние через шесть месяцев после оперативного вмешательства (удаление остеокластомы нижней челюсти в области тела справа с одномоментным замещением дефекта ортотопическим углеродным имплантатом «Углекон-М»)



Рис. 4. КЛКТ: опухоль в области верхней челюсти, 2011 г.

верхней челюсти слева. В послеродовом периоде обратилась в КСБ ПГМУ.

Проведено КТ-исследование верхней челюсти. В области фронтального отдела

верхней челюсти слева обнаружено новообразование неоднородной структуры, ячеистой формы в проекции зубов 1.3–1.1, с муфтообразным утолщением альвеолярной части (рис. 4).

После получения результатов инцизионной биопсии установлен диагноз остеокластомы фронтального отдела верхней челюсти (код по МКБ 10 – D16.4). По определенным границам частичной резекции верхней челюсти изготовлен резекционный зубочелюстной протез на верхнюю челюсть. Проведено оперативное лечение – удаление новообразования в области фронтального отдела верхней челюсти слева с частичной резекцией верхней челюсти, с закрытием операционной раны лоскутом со слизистой оболочки щеки и одномоментным замещением дефекта резекционным протезом. В послеоперационном периоде осуществлен курс противовоспалительной терапии. В результате дообследования при проведении контрольной КЛКТ выявлен очаг новообразования во фронтальном отделе нижней челюсти справа с язычной стороны. Проведена инцизионная биопсия. Установленный диагноз: D16.5 – остеокластома нижней челюсти справа, рецидив (рис. 5), подтвержден результатами патогистологического исследования.

Пациентка М. повторно госпитализирована для планового оперативного лечения.

Ввиду наличия у пациентки полиостальной формы остеокластомы челюстных костей, аутотрансплантация была противопоказана. После проведения антропометрического исследования и подбора ортотопического углеродного имплантата проведено удаление новообразования с частичной резекцией подбородочного отдела нижней челюсти и заменой углеродного ортотопического имплантата нижней челюсти «Углекон-М» на новый.

В ходе оперативного вмешательства выявлена полноценная остеointеграция и



Рис. 5. КЛКТ: остеокластома нижней челюсти справа, рецидив, 2011 г.

формирование костно-имплантационного блока с прорастанием костной ткани в структуры имплантата из углерод-углеродного композиционного материала (рис. 6).



Рис. 6. Остеокластома нижней челюсти справа, рецидив (интраоперационно), 2011 г.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В декабре 2023 г. пациентка была вызвана в КСБ ПГМУ для проведения диспансерного наблюдения. При осмотре – конфигурация лица и форма нижней челюсти удовлетворительные, рубец в поднижнечелюстной области розовый, гладкий, ровный. Движения височно-нижнечелюстных суставов синхронные, плавные, безболезненные.

Открытие рта свободное, до 4,0 см. В полости рта: коронка зуба 3.7 разрушена полностью, корни его пигментированы. С язычной стороны в проекции 3.7 зуба обнаружено выпухание наружной кортикальной пластинки округлой формы диаметром до 1,5 см, при пальпации безболезненное. Перкуссия 3.7 зуба умеренно болезненная. Слизистая оболочка над новообразованием в цвете не изменена, в области имплантата бледно-розовый рубец. Средняя линия расположена центрально, дефекты зубных рядов замещены съемными зубочелюстными протезами на верхнюю и нижнюю челюсть. При пальпации нижней челюсти подвижности в зоне костно-имплантационного соединения не определяется. Пациентка достигнутым результатом лечения удовлетворена (рис. 7).

При сборе анамнеза жизни пациентки выяснено, что в 2016 г. была вторая беременность, завершившаяся родами. Летом 2023 г. пациентка заметила изменение формы альвеолярной части в области зуба 3.7, за медицинской помощью не обращалась. Проведено КЛКТ – обнаружен очаг разрежения костной ткани, неоднородный по плотности в проекции 3.7 зуба, до 1,5 см (рис. 8). Выбухание кортикальной пластинки с язычной



Рис. 7. Состояние при осмотре (вид сбоку, снизу, прямо), 2023 г.

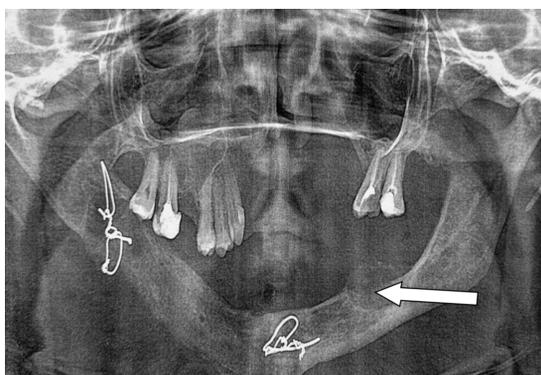


Рис. 8. ОПТТ: новообразование в области нижней челюсти слева, 2023 г.

стороны. Признаков рецидивов новообразования в области верхней челюсти и в зоне фиксации имплантата на нижней челюсти не определяется. На границе костно-имплантационного блока отмечается остеоинтеграция. Поставлен предварительный диагноз – хронический периодонтит 3.7 зуба, новообразование в области альвеолярного отростка нижней челюсти слева.

Пациентке М. выполнено удаление 3.7 зуба, проведен соскоб новообразования, материал направлен на цитологическое исследование. Учитывая клиническую картину полиоссальной формы остеокластомы, в плане дифференциальной диагностики было рекомендовано проведение рентгенологиче-

ского исследования всех костных структур с целью исключения миеломной болезни. После полученных результатов исследований миеломная болезнь не подтверждена.

В результате рентгенологического, цитологического исследования и последующего патогистологического исследования установлен диагноз: фиброма нижней челюсти слева, наличие рецидива остеобластокластомы не подтверждено. В апреле 2024 г. в КСБ ПГМУ проведено удаление фибромы нижней челюсти слева внутриротовым доступом. На момент выписки состояние удовлетворительное, пациентке рекомендовано проведение ортопедического лечения и дальнейшее диспансерное наблюдение.

Выводы

Представлен редкий клинический случай лечения пациентки с локализацией остеокластомы в области нижней челюсти справа, во фронтальном отделе верхней челюсти слева, с рецидивом образования в области нижней челюсти справа в отдаленные сроки после лечения, что свидетельствует о наличии у пациентки полиоссальной формы остеокластомы челюстных костей.

Возникновение нового очага и рецидива новообразования происходило после

предшествующей беременности, поэтому не исключена взаимосвязь данной патологии с изменениями гормонального фона, происходящего на фоне беременности, однако указанный фактор не подтвержден и требует изучения.

Анализ описанной клинической ситуации позволил доказать, что своевременное оперативное лечение и верификация диагноза обеспечивают хороший результат, при этом регулярное диспансерное наблюдение в виде обследования кратностью не реже одного раза в год для пациентов, которым было проведено хирургическое вмешательство по поводу удаления остеокластомы, является строго обязательным. Особое внимание в этом аспекте должно быть уделено женщинам репродуктивного возраста.

Использование имплантатов из углерод-углеродного композиционного материала «Углекон-М» при полиоссальной форме остеокластомы является методом выбора, показавшим свою эффективность при замещении пострезекционных дефектов нижней челюсти.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК / REFERENCES

1. *Пачес А.И.* Опухоли головы и шеи: клиническое руководство. 5-е изд., доп. и перераб. М.: Практическая медицина 2013; 210–242 / *Paches A.I.* Head and neck tumors: clinical guidance. 5th ed., add. and reworked. Moscow: Practical Medicine 2013; 210–242 (in Russian).
2. *Кулаков А.А.* Челюстно-лицевая хирургия. Национальное руководство. М. 2023; 460–461 / *Kulakov A.A.* Maxillofacial surgery. National guidance. Moscow 2023; 460–461 (in Russian).
3. *Джумаев Ш.М.* Замещение дефектов и деформации после удаления новообразований нижней челюсти с применением эндопротезов системы «Конмет». Известие Вузов Кыргызстана 2016; 9: 48–51 / *Dzbumaev Sh.* Min Replacement of defects and deformations after removal of neoplasms of the lower jaw with the use of endoprotheses of the "Conmet" system. *News of Universities of Kyrgyzstan* 2016; 9: 48–51 (in Russian).
4. *Fritzsche H., Schaser K.-D., Hofbauer C.* Benigne Tumoren und tumorähnliche Läsionen des Knochens. *Der Orthopäde* 2017; 46: 484–97.
5. *Котельников Г.П., Козлов С.В., Николаенко А.Н., Иванов В.В.* Комплексный подход к дифференциальной диагностике опухолей костей. *Онкология* 2015; 4 (5): 12–6 / *Kotelnikov G.P., Kozlov S.V., Nikolaenko A.N., Ivanov V.V.* An integrated approach to differential diagnosis of bone tumors. *Oncology* 2015; 4 (5): 12–6 (in Russian).
6. *Fletcher C., Bridge, J.A., Hogendoorn P., Mertens F.* WHO Classification of Tumours of Soft Tissue and Bone. 4th edition. Lyon: Agency for Research on Cancer 2013.
7. *Дэвид МакГован.* Атлас по амбулаторной хирургической стоматологии. М. 2007 / *David McGowan.* Atlas of outpatient surgical dentistry. Moscow 2007 (in Russian).
8. *Щеглов Е.А., Давыдова А.А.* Остеобластокластома: гистологическое строение и базовый иммуногистохимический профиль. Научно-методический электронный журнал «Концепт». 2017; 42: 205–207 / *Shcheglov E.A., Davydova A.A.* Osteoblastoclastoma: histological structure and basic immunohistochemical profile. *Scientific and Methodological Electronic Journal "Concept"* 2017; 42: 205–207 (in Russian).
9. *Gong L., Liu W., Sun X., Sajdik C., Tian X., Niu X., Huang X.* Histological and clinical characteristics of malignant giant cell tumor of bone. *Virchowsarchive: an international journal of pathology.* 2012–460 (3): 327–34.
10. *Ira J Miller, Alan Blank, Suellen M Yin, Allison McNickle, Robert Gray, Steven Gitelis.*

A case of recurrent giant cell tumor of bone with malignant transformation and benign pulmonary metastases. *Diagnostic Pathology*. 2010; 5: 62.

Финансирование. Работа выполнена при финансовой поддержке Пермского научно-образовательного центра «Рациональное недропользование» (Проект «Новые материалы и технологии для медицины», 2024 г.).

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Вклад авторов:

Рапекта С.И. – дизайн исследования, концепция, сбор, обработка материала, написание текста.

Асташина Н.Б. – концепция, обработка материала, написание текста.

Турсукова О.С. – сбор, обработка материала.

Кибанова В.Е. – обзор литературы.

Поступила: 23.08.2024

Одобрена: 15.09.2024

Принята к публикации: 16.09.2024

Просьба ссылаться на эту статью в русскоязычных источниках следующим образом: Ретро- и проспективный анализ комплексного лечения пациента с полиостальной формой остеокластомы челюстно-лицевой области: клиническое наблюдение / С.И. Рапекта, Н.Б. Асташина, О.С. Турсукова, В.Е. Кибанова // Пермский медицинский журнал. – 2024. – Т. 41, № 5. – С. 129–137. DOI: 10.17816/pmj415129-137

Please cite this article in English as: Rapakta S.I., Astashina N.B., Tursukova O.S., Kibanova V.E. Retro and prospective analysis of complex treatment of a patient with a polyostotic form of osteoclastoma of the maxillofacial region. Clinical observation. *Perm Medical Journal*, 2024, vol. 41, no. 5, pp. 129-137. DOI: 10.17816/pmj415129-137