

**А.В. Лопатин, С.А. Ясонов, М.В. Болотин,
В.А. Батюнин**

Российская детская клиническая больница, Москва

Остеохондрома нижней челюсти у детей (обзор литературы, клинические наблюдения)

Ключевые слова: *остеохондрома, дети, нижняя челюсть, суставной отросток.*

Контактная информация: *Лопатин Андрей Вячеславович.*

Тел.: (495) 936-9132

© Коллектив авторов, 2012

Остеохондрома (ОХ), или костно-хрящевой экзостоз, – наиболее частая доброкачественная опухоль, как правило, поражающая кости скелета. Излюбленные локализации – дистальный метафиз бедренной кости и проксимальный метафиз большеберцовой кости. Поражение челюстно-лицевой области ОХ встречается крайне редко, при этом наиболее часто образование локализуется в области суставного отростка нижней челюсти [1]. В отличие от скелетной формы центральные локализации встречаются в более старшем возрасте, чаще у женщин старше 20 лет, и характеризуются медленным течением [2]. В ряде случаев ОХ суставного отростка нижней челюсти – одно из проявлений экзостозной болезни. Она манифестирует в более раннем возрасте и сочетается с множественными экзостозами длинных трубчатых костей [3].

Клиническая картина этого заболевания во многом зависит от размеров образования, направления его роста. Наиболее частые проявления – боли или ощущение дискомфорта в области височно-нижнечелюстного сустава, асимметрия лица за счет наличия образования (*фото 1*), смещение нижней челюсти в сторону, противоположенную образованию, особенно заметное во время открывания рта. Диф-

ференциальный диагноз в первую очередь необходимо проводить с гиперплазией суставного отростка нижней челюсти, остеомой, хондро-, фибро- и остеосаркомой, гемифациальной гипертрофией.

Стандартный объем обследования включает в себя ортопантограмму, компьютерную томографию (КТ) с обязательной 3D-реконструкцией. По данным КТ ОХ, как правило, определяется в виде массы, исходящей из нормального, неизменного суставного отростка (*фото 2а*), в отличие от суставной гиперплазии, при которой отмечают увеличение и изменение всего суставного отростка [4]. В ряде случаев для дифференциальной диагностики с остеосаркомой или хондросаркомой целесообразно проведение радиоизотопного исследования костей с технецием. Для злокачественных опухолей характерен высокий процент накопления радиофармпрепарата.

Основной метод лечения – хирургический. Стандартно используют преаурикулярный доступ, в ряде случаев, при больших размерах образования, дополняя его подчелюстным. При распространении образования в подвисочную ямку целесообразно использовать преаурикулярный доступ с продолжением на височную область и возможной резекцией скуловой дуги.

A.V. LOPATIN, S.A. YASONOV, M.V. BOLOTIN, V.A. BATYUNIN

Osteochondroma of the lower jaw in children (literature review and the authors' own clinical observations)

Key words: *osteochondroma, children, lower jaw, articular process.*

Результаты лечения удовлетворительные. Рецидивы составляют не более 2%, по данным мировой литературы [5].

Приводим описание двух случаев собственного наблюдения детей с ОХ суставного отростка нижней челюсти.

Мальчик К., 12 лет, поступил в отделение челюстно-лицевой хирургии Российской детской клинической больницы (РДКБ) с жалобами на наличие образования в левой околоушно-жевательной области (*фото 1*). Из анамнеза известно, что ребенок болен в течение года, когда родители заметили образование в околоушно-жевательной области слева с тенденцией к росту. Проходил обследование в различных лечебных учреждениях по месту жительства, был направлен в РДКБ. При осмотре обращала на себя внимание деформация околоушно-жевательной области слева. Пальпаторно в проекции суставного отростка нижней челюсти слева определялось объемное образование – до 5 см в диаметре, костной плотности, неподвижное, безболезненное. Кожа над образованием не изменена. Открывание рта в полном объеме.

Ребенку выполнена спиральная компьютерная томография, по результатам которой выявлено объемное образования (экзостоз?) в проекции суставного отростка нижней челюсти размером 5х3 см, костно-хрящевой структуры (*фото 2а*). Структура нижней челюсти не изменена. Также в области скуловой дуги слева, крыловидного отростка верхней челюсти определяются аналогичные образования размером 0,5х0,5 и 0,5х1 см (*фото 2 б*). Этот случай обсуждали на консилиуме отделения. Выявленные изменения были расценены как проявления экзостозной болезни. С учетом того, что имеющиеся изменения в скуловой дуге и крыловидном отростке не вызывали никаких функциональных и косметических нарушений, было принято решение об удалении опухоли только ОХ с сохранением суставного отростка. В связи с большими размерами образования был использован подчелюстной доступ с продолжением разреза на преаурикулярную область (по Блеру).

Послеоперационное течение – гладкое, проводили плановую антибактериальную терапию. Признаков пареза лицевого нерва нет. Открывание рта – в полном объеме. Гистологическое исследование удаленного препарата: костно-хрящевой экзостоз. Ребенок выписан на 7-е сутки после операции в удовлетворительном состоянии (*фото 3, 4*).

Девочка А., 14 лет, поступила с жалобами на наличие образования в левой околоушно-жевательной области (*фото 5*). Из анамнеза известно, что ребенок болен в течение 2 мес – родители заметили образование в околоушно-жевательной области слева с тенденцией к росту. При осмотре обращает на себя внимание деформация околоушно-жевательной

области слева. В верхней трети ветви нижней челюсти имеется костной плотности образование округлой формы, слегка болезненное при пальпации. В диаметре – около 15 мм. Открывание рта болезненное, ограничено до 2,5 см. Прикус перекрестный. Скрученность зубов в области фронтального отдела нижней челюсти.

Ребенку выполнена спиральная компьютерная томография, по результатам которой выявлено объемное образование (экзостоз?) в проекции суставного отростка нижней челюсти, размером 2х3 см, костно-хрящевой структуры. Структура нижней челюсти не изменена (*фото 6*). Данный случай обсуждали на консилиуме отделения. Выявленные изменения были расценены как остеохондрома. Приняли решение об удалении опухоли с сохранением суставного отростка внутриротовым доступом.

Послеоперационное течение – гладкое, проведена плановая антибактериальная терапия. Гистологическое исследование удаленного препарата: костно-хрящевой экзостоз. Ребенок выписан на 7-е сутки после операции в удовлетворительном состоянии (*фото 7, 8*).

ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

ОХ суставного отростка нижней челюсти – достаточно редкое заболевание. В 1995 году *Vezeau et al.* [6] привел описание всего 25 случаев у взрослых, которые им удалось найти в англоязычной литературе. В 2005 году *Karasu et al.* [8] суммарно нашли в англоязычной литературе описание 59 случаев, включая 25 больных, описанных ранее *Vezeau et al.* В 2010 году *R.A Ord et al.* [9] приводят собственный опыт лечения данной патологии у 8 больных из 2186, наблюдавшихся в их клинике с различными доброкачественными и злокачественными опухолями верхней и нижней челюстей начиная с 1991 года. Нам удалось найти описание 66 случаев, представленных в англоязычной литературе, а также два случая, описанные в отечественной литературе [7, 10]. При этом нам удалось найти описание лишь одного случая у ребенка 11 лет (ОХ нижней челюсти на фоне экзостозной болезни) [11].

Мы проанализировали 66 случаев, описанных в англоязычной литературе, и получили следующие данные. При анализе распределения больных по полу соотношение мужчины/женщины составило 1/1,28, средний возраст – 39 лет [2]. Клинические проявления заболевания можно разделить на две группы: функциональные, связанные с нарушением функции височно-нижнечелюстного сустава (тризм, боли во время открывания рта отмечали 75% больных), и косметические, обусловленные деформаци-

ей вследствие наличия объемного образования (85% больных) [16, 17].

Характер и объем проведенного оперативного вмешательства удалось проанализировать лишь у 44 пациентов: в большинстве случаев для удаления образования использовали преаурикулярный доступ – у 21 (47%), подчелюстной – у 9, преаурикулярный с продолжением на височную область – у 7, преаурикулярный с распространением в подчелюстную область – у 3, преаурикулярный в сочетании с внутриротовым – у 2 больных, доступ по Блеру и изолированный внутриротовой доступ – в одном случае [8, 12].

До сих пор неоднозначным остается вопрос об объеме оперативного вмешательства. Ряд авторов придерживается консервативного подхода, выполняя лишь резекцию опухоли с сохранением суставно-

го отростка. Аргументы в пользу данного объема оперативного вмешательства: доброкачественный характер образования, экзофитный тип роста и отсутствие инвазии в суставной отросток нижней челюсти [13]. Сторонники более агрессивного подхода (резекции суставного отростка нижней челюсти с опухолью с одномоментной реконструкцией) в качестве аргументов в пользу данного объема вмешательства называют возможность рецидива заболевания в случае его нерадикального удаления, а также риск малигнизации [12]. Результаты лечения удовлетворительные. Количество рецидивов, по данным мировой литературы, – не более 2%.

Интересные данные приводит *Peroz et al.*: в группе из 35 больных у 26 была выполнена резекция суставного отростка нижней челюсти с опухолью,

Фото 1. Больной К., 12 лет. Остеохондрома суставного отростка нижней челюсти слева: деформация околоушно-жевательной области слева; кожа над образованием не изменена



Фото 2. Данные компьютерной томографии больного К.: больших размеров экзостоз в проекции суставного отростка нижней челюсти на фоне неизменной нижней челюсти; единичные экзостозы (выделены красным) в проекции крыловидного отростка верхней челюсти и скуловой дуги

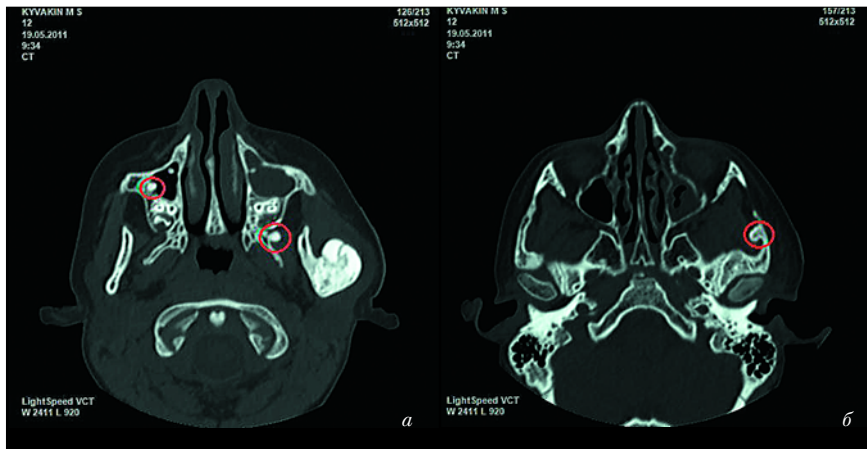


Фото 3. Компьютерная томография больного К. после операции

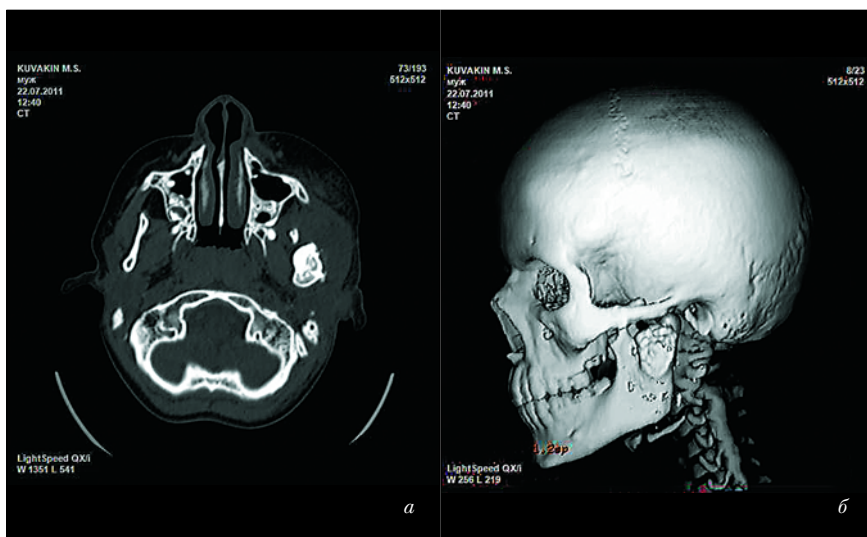


Фото 4. Внешний вид больного К. после операции; в связи с большими размерами экзостоза удаление выполнено из комбинированного, предушно-подчелюстного доступа



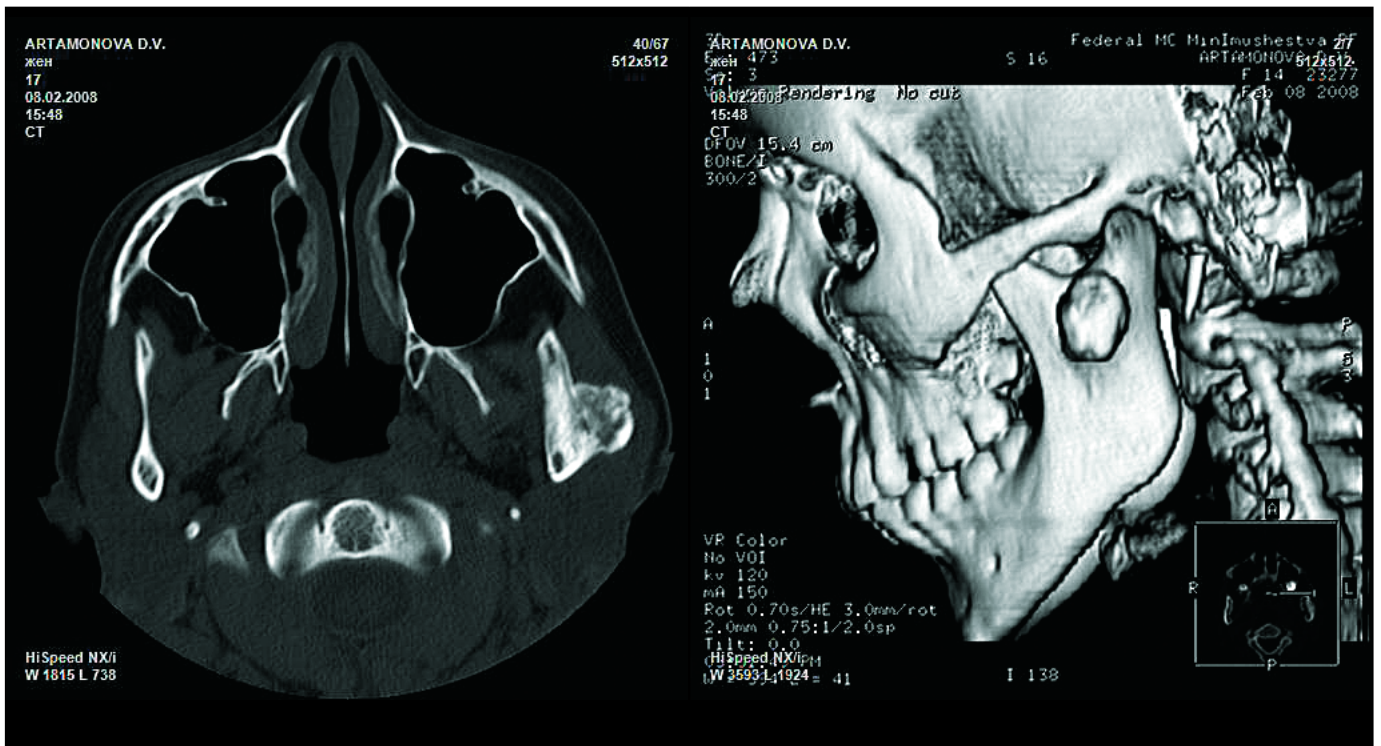
Фото 6. Внешний вид больной А., 14 лет



Фото 8. Внешний вид больной А. после операции; удаление выполнено из внутриротового доступа



Фото 7. Данные компьютерной томографии больной А.



9 больным – резекция опухоли. Рецидив заболевания авторы наблюдали у 2 больных, которым была выполнена резекция с сохранением суставного отростка, что, по мнению авторов, является аргументом в пользу более агрессивного подхода в лечении данной патологии. Эти данные статистически недос-

товерны в связи с малым числом наблюдений.

Нам удалось найти описание лишь одного случая злокачественной трансформации ОХ суставного отростка в хондросаркому [14]. *Barret et al.* [15] приводят случай злокачественной трансформации ОХ носовой перегородки в хондросаркому.

Выводы

Остеохондрома (ОХ), или костно-хрящевой экзостоз, – наиболее частая доброкачественная опухоль, как правило, поражающая кости скелета. Поражение челюстно-лицевой области ОХ встречается крайне редко. Нам удалось найти суммарно не более 70 случаев, описанных в отечественной и зарубежной литературе. Клиническая картина во многом зависит от размеров образования, направления его роста. Основным методом лечения – хирургический: удаление опухоли или резекция суставного отростка нижней челюсти с опухолью. Результаты лечения удовлетворительные. Рецидивы встречаются не более чем в 2% случаев.

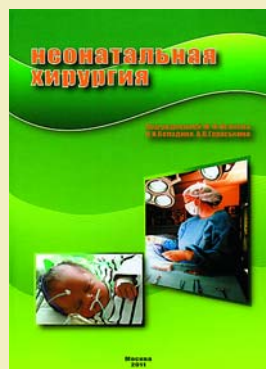
Литература

1. В.А. Семкин, Н.А. Рабухина., И.Н. Ляшев. Случай остеондромы мышечкового отростка нижней челюсти // Стоматология 2004, №5.
2. Utumi E., Pedron I., Perrella A. Osteochondroma of the temporomandibular joint: a case report, Braz Dent J 2010; 21 (3): 253–8.
3. Saito T., Utsunomiya T., Furutani M., Yamamoto H. Osteochondroma of the mandibular condyle: a case report and review of the literature. J Oral Sci 2001; 43: 293–7.
4. Kucukesmen C., Ozen B., et al. Multiple Hereditary Osteochondromatosis: A case report. Eur J Dent 2007; 1 (3): 183–7.
5. Murphey M.D., Choi J.J., Kransdorf M.J., Flemming D.J., Gannon F.H. Imaging of osteochondroma: variants and complications with radiologic-pathologic correlation. Radiographics 2000; 20: 1407–34.
6. Holmlund A.B., Gynther G.W., Reinholt F.P. Surgical treat-

ment of osteochondroma of the mandibular condyle in the adult. A 5-year follow-up. Int J Oral Maxillofac Surg 2004; 33: 549–53.

7. Vezeau P.J., Fridrich K.L., Vincent S.D. Osteochondroma of the mandibular condyle: literature review and report of two atypical cases. J Oral Maxillofac Surg 1995; 53: 954–63.
8. Karasu H.A., Ortakoglu K., Okcu K.M., Gunhan O. Osteochondroma of the mandibular condyle: report of a case and review of the literature. Mil Med 2005; 170: 797–801.
9. Ord R.A., Warburton G., Caccamese J.F. Osteochondroma of the condyle: review of 8 cases. Int J Oral Maxillofac Surg 2010; 39: 523–8.
10. Петросов И.А. Остеохондрома височно-нижнечелюстного сочленения // Стоматология, 1980, № 59 (5), с. 66–67.
11. Kucukesmen C., Ozen B., et al. Multiple hereditary osteochondromatosis: a case report. Eur J Dent 2007; 1 (3): 183–7.
12. Peroz I., Scholman H.J., Hell B. Osteochondroma of the mandibular condyle: a case report. Int J Oral Maxillofac Surg 2002; 31: 455–6.
13. Cottrell D. Discussion-use of conservative condylectomy for treatment of osteochondroma of the mandibular condyle. J Oral Maxillofac Surg 2002; 60: 262–8.
14. Xu B., Shi H., Wang S., et al. Secondary chondrosarcoma in the mandibular condyle. Dentomaxillofac Radiol 2011; 40 (5): 320–3.
15. Barrett A.W., Hopper C., Speight P.M. Oral presentation of secondary chondrosarcoma arising in osteochondroma of the nasal septum. Int J Oral Maxillofac Surg 1996; 25: 119–21.
16. Koga M., Toyofuku S., Nakamura Y., Yoshiura K., Kusukawa J., Nakamura Y. Osteochondroma in the mandibular condyle that caused facial asymmetry: a case report. Cranio 2006; 24: 67–70.
17. Ortakoglu K., Akcam T., Sencimen M., Karakoc O., Ozyigit H.A., Bengi O. Osteochondroma of the mandible causing severe facial asymmetry: a case report. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2007; 103: 21–8.

А Н О Н С



Неонатальная хирургия

Под ред. Ю.Ф. Исакова, Н.Н. Володина, А.В. Гераськина

М.: Издательство «Династия», 2011. - 680 с., ил.

Руководство посвящено актуальным проблемам детской хирургии неонатального периода. Представлены современные сведения об эмбриологии, патогенезе, пренатальной и постнатальной диагностике наиболее распространенных пороков развития и хирургических заболеваний различных органов. Обобщен современный мировой и отечественный опыт хирургического лечения и выхаживания новорожденных детей. Отдельные главы посвящены общим положениям анестезиологии и интенсивной терапии в хирургической

неонатологии, диагностике генетических болезней.

Издание иллюстрировано рисунками и фотоматериалами авторов, информация представлена в структурированной форме, удобной для поиска необходимой информации.

Руководство предназначено для детских хирургов, анестезиологов-реаниматологов, неонатологов, педиатров, акушеров-гинекологов, студентов медицинских ВУЗов, слушателей курсов и факультетов последипломного образования.