

Діагностика та лікування херувізму як профілактика офтальмологічних ускладнень

Р. С. Назарян ¹, Н. М. Михайленко ¹, Ю. Ю. Ярославська ¹, А. В. Бондаренко ¹, В. В. Гаргін ¹,
М. В. Литвиненко ², О. В. Артьомов ³, Д. А. Олійник ², Т. В. Трегуб ²

¹ Харківський національний медичний університет
Харків (Україна)

² Одеський національний медичний університет
Одеса (Україна)

³ ДУ «Інститут очних хвороб і тканинної терапії ім. В.П. Філатова НАМНУ»
Одеса (Україна)

Ключові слова:

фіброзна дисплазія, херувізм, кістоподібні ураження щелеп, орбіта

Херувізм, як одна з форм фіброзної дисплазії щелеп, вважається вродженою вадою дозрівання кісткової тканини та носить спадковий характер. Незважаючи на те, що херувізм більш відомий як проблема щелепно-лицьової хірургії та ортодонтії, проте ці пацієнти потребують консультації офтальмолога.

Метою нашого дослідження було поділитися зі спеціалістами офтальмологічного профілю досвідом діагностики та лікування хворих на херувізм, як однієї з форм фіброзної дисплазії, яка зустрічається досить рідко, невірно діагностується, що приводить до неадекватного лікування, а в окремих випадках може стати причиною серйозних офтальмологічних ускладнень.

Наведено досвід діагностики та лікування херувізму у чотирьох хворих протягом від 1 до 20 років. Проведені спостереження показали, що первинні радикальні хірургічні втручання проводилися внаслідок невірно поставленого діагнозу. При цьому після хірургічного втручання через деякий час виникали нові вогнища чи рецидиви старих. Тому необхідно проводити диференційну діагностику між істинними пухлинами щелеп, дентальними кістами та диспластичним ураженням кісток. Хвори залишалися під диспансерним наглядом в клініці з обов'язковим контрольним оглядом один раз на 6 місяців. За період спостереження офтальмологічна патологія спостерігалася у жінки, якій в дитинстві був поставлений діагноз вроджений змішаний астигматизм.

Враховуючи наші спостереження, можна зробити висновок, що херувізм як один з різновидів фіброзної дисплазії є захворюванням що рідко зустрічається, носить спадковий чи сімейний характер. Після закінчення періоду статевого дозрівання та становлення гормонального фону хвороба регресує. Своєчасний контроль лікаря-ортодонта, а за потреби і щелепно-лицьова хірургія, дозволяють уникнути прогресування захворювання та негативних офтальмологічних наслідків. Особливої уваги офтальмологів потребують випадки з ураженням верхньої щелепи.

Вступ. Фіброзна дисплазія кісток лицевого скелету вважається вадою формування кісткової тканини, яка виникає в ембріональному та продовжується в постнатальному періоді життя [1]. Хвороба може проявлятися як в ранньому дитинстві, так і у дорослих. Найбільш активний період клінічних проявів фіброзної дисплазії відмічається в дитячому та юнацькому віці [2]. Таку вікову активність пов'язують з прогресуючим ростом кісткового скелету, прорізуванням постійних зубів, статевим дозріванням та швидкою зміною гормонального фону у вказані періоди життя [3].

Клінічні ознаки захворювання вперше можуть з'являтися у 1,5-3 роки і характеризуються симетричним збільшенням нижньої щелепи в ділянці кутів, за рахунок чого обличчя набуває квадратно-округлої форми, подібно обличчю херувима [4]. За звичай батьки пов'язують таку форму обличчя з дитячою пухкістю. У віці 8-12 років хвороба починає прогресувати: можуть з'являтися куполоподібні здуття як в області кутів, так і вздовж всього тіла нижньої щелепи з вестибулярного боку. Одночасно може починатися таке ж саме ура-

ження верхньої щелепи. При цьому язикова та піднебінна пластинки щелеп не змінюються. Дітей можуть турбувати болі в щелепах, особливо вночі. Клінічно, в ці періоди відмічається збільшення регіонарних лімфатичних вузлів [5], які залишаються безболісними та добре рухомими. В порожнині рота слизова оболонка з обох боків альвеолярних відростків залишається незміненою [6].

Незважаючи на те, що херувізм більш відомий як проблема щелепно-лицьової хірургії та ортодонтії, проте ці пацієнти потребують консультації офтальмолога [7]. Вважають, що херувізм послідовно вражає нижню щелепу, потім верхню, й у останнє зачіпає орбіту, кісткові стінки якої зазнають кістозну трансформацію. Ураження орбіти супроводжується зміщенням очних м'язів та очного яблука, екзофтальмом, диплопією [8]. Комп'ютерна томографія при цьому часто фіксує біла-

теральну кістозну деформацію нижньої стінки орбіти [9, 10]. Для усунення такого дефекту пропонується передня черешкірна надкістна орбітотомія [11]. Зміщення очного яблука може супроводжуватися ретракцією повік, а також випинанням склери в напрямку нижньої частини райдужної оболонки [12]. Ураження ретробульбарного відділу орбіти може призвести до усунення зорового нерва та екзофтальму [13].

Метою нашого дослідження було поділитися зі спеціалістами офтальмологічного профілю досвідом діагностики та лікування хворих на херувізм, як однієї з форм фіброзної дисплазії, яка зустрічається досить рідко, невірно діагностується, не проводиться диференційна діагностика з подібними захворюваннями, що приводить до неадекватного лікування, а в окремих випадках може стати причиною серйозних офтальмологічних ускладнень.

Матеріали і методи

Під нашим наглядом та лікуванням було 4 хворих на херувізм, з них три чоловіка та одна жінка. Вік хворих: двоє хлопчиків 10 років, одна жінка 35 років та чоловік 45 років, причому жінка є матір'ю одного з вказаних хлопчиків. З сімейного анамнезу: у дорослого чоловіка двоюрідний брат страждає на подібне захворювання, у жінки в анамнезі – невідомо, але син має подібне ураження щелеп. У другій дитини в сімейному анамнезі, зі слів матері, порушень не було. Усі пацієнти були піддані комплексному клінічному обстеженню, у тому числі із залученням офтальмологів. Видалений під час оперативного втручання матеріал досліджувався гістоморфологічно.

Результати

Відносно термінів лікування: у жінки 35 років перші ознаки захворювання виявили в 9 років. Встановлено клінічний діагноз: «Адамантінома лівої верхньої щелепи, що проросла до гайморової пазухи», проведена перша операція з ексхелеації вогнища та видалення двох зачатків постійних зубів, нівелювання передньої стінки лівої верхньої щелепи. Далі, протягом 15 років, було проведено ще 6 операцій вишкрібання кістозних

порожнин та рецидивних вогнищ, з одночасним видаленням зачатків постійних зубів, що локалізувалися в кістах на верхній щелепі з обох боків та кутах і тілі нижньої щелепи. Кісткова тканина в ділянці вогнищ відновилася. Жінка адекватно запротезована. На сьогодні є одна кістозна порожнина в області горбка верхньої щелепи праворуч, яка протягом чотирьох років повільно зменшується у розмірах без хірургічного втручання.

Чоловік 45 років вперше звернувся по лікарську допомогу в 26 років. Встановлено діагноз: «Адамантінома лівої половини нижньої щелепи», прооперований з видаленням пухлини та 36 і 37 зубів. При контрольному огляді через 6 місяців на ортопантограмі щелеп виявлена велика кістозна порожнина в області кута та гілки нижньої щелепи праворуч. Проведене хірургічне втручання з відкриттям та вишкрібанням вогнища і видаленням всіх молярів. При контрольних оглядах рецидив в області правого кута та нові ураження в тілі нижньої щелепи та в ділянках обох бугорів верхньої щелепи з'являлися протягом 15 років (до 40 років). Всього проведено 6 операцій, одна з яких з приводу нагноєння рецидиву кісти в області правого кута нижньої щелепи. Хворий адекватно запротезований.

Хлопця 10 років для первинного огляду до нас привела мати, яка страждає на подібне захворювання. Мати другого хлопця звернулася за консультацією з приводу затримки прорізування правих різців верхньої щелепи та порушення прикусу. Дитині 11 місяців назад було проведено хірургічне втручання на нижній щелепі з приводу кісти, яку було видалено разом з тимчасовими 83 та 84 зубами та зачатками постійних зубів.

Супутніх захворювань у дорослих та дітей не виявлено. При огляді всіх чотирьох хворих привертала увагу форма обличчя з широкими кутами нижньої щелепи, трохи виступаючим підборіддям. Зміни форми більше виражені у дітей (фото 1).

Шкіра обличчя чиста, звичайного забарвлення. Підщелепні, підпідборідкові та шийні лімфовузли не збільшені. Рухи нижньої щелепи в повному обсязі. Слизова оболонка присінка та порожнини рота по-



Фото 1. Зовнішній вигляд хворого Р. з херувізмом, 10 років (А – анфас, Б – профіль).

мірно зволожена, блідо-рожевого кольору. У дорослих часткова вторинна адентія верхньої і нижньої щелепи. Цілісність зубних рядів та прикус відновлено зубними протезами. У дітей прикуси в стані пізнього змінного. При пальпації альвеолярних відростків щелеп з обох боків у дорослих деформації не виявляються. В обох дітей пальпаторно виявляються куполоподібні вибухання вестибулярних пластин на верхній щелепі в зонах ураження та у одного хлопчика вибухання на нижній щелепі в післяопераційній ділянці. На пантомограмах щелеп у обох дорослих, що прооперовані останній раз 5-7 років тому, часткова адентія бокових відділів обох щелеп. Переважає нерівномірне ущільнення кісток з нечітко окресленими післяопераційними зонами з відновленням дефектів кістковою тканиною. У чоловіка чітке кістоподібне утворення на правій гілці нижньої щелепи, ближче до шийки суглобового відростка, яке при порівнянні з минулими рентгенограмами не прогресує (фото 2).

У жінки на рентгенограмі новий дефект кістки в області правого горбка верхньої щелепи. Але при порівнянні з пантомограмою 5-річної давності кістоподібне утворення зменшилось майже вдвічі без хірургічного втручання (фото 3).

У обох дітей на пантомограмах кістоподібні ураження обох щелеп. В кістозних порожнинах знаходяться зачатки постійних зубів. Один з хлопчиків прооперований в іншій клініці з діагнозом «Адамантинома нижньої щелепи» з видаленням 83;84 та зачатків 43;44 зубів, що знаходилися в кістозній порожнині (фото 4).

Дитині, якій діагноз було первинно встановлено в нашій клініці, з кістозним утворенням в зоні практично



Фото 4. Рентгенограма хворого С., 10 років. 11 місяців після хірургічного втручання на тілі нижньої щелепи, формування нових кіст в області правої гілки нижньої щелепи та правого горбка верхньої щелепи.

сформованого зачатку 33 зуба, була проведена операція по типу цистотомії зі збереженням зубу. Рана велась під тампоном до епітелізації. Через 6 місяців 33 зуб прорізався. Кістозна порожнина зменшилась вдвічі, деформація нижньої щелепи відсутня (фото 5).

У всіх чотирьох хворих, прооперованих раніше, гістологічне дослідження видалених тканин не підтвердило дані за істинні пухлини щелеп [14]. В гістологічному препараті з передньої стінки кістоподібного утворення, дитини прооперованої в нашій клініці, знайдено мономорфні фібро-ретикулярні остеогенні тканини, зустрічалися примітивно побудовані балки з тонковолокнистої тканини реактивного типу без ознак пухлинного атипізму. Описані зміни відповідають за наявність кістково-фіброзної дисплазії щелепи.



Фото 2. Рентгенограми хворого Л., 45 років, в динаміці, А – до останнього хірургічного втручання; Б – після проведення втручання через 1,5 роки.



Фото 3. Рентгенограми хворої Х., 35 років, в динаміці, А – до останнього хірургічного втручання; Б – після проведення втручання через 5 років.



Фото 5. Рентгенограми хворого Р., 10 років в динаміці, А – до хірургічного втручання; Б – після проведення втручання через 6 місяців.

Згідно з нечисленними описами херувізму в офтальмологічній літературі, найчастішим офтальмологічним проявом є ретракція нижніх повік, що дає характерний вигляд очей, піднятих до неба. Поширена не надкiстна поразка орбіти супроводжується екзофтальмом, диплопією, зміщенням очного яблука і зниженням зором через атрофію зорового нерва. У нашому випадку всім чотирьом хворим проводився повний профілактичний огляд у лікаря-офтальмолога з урахуванням наявності офтальмологічних симптомів, властивих херувізму. Хвори залишені під диспансерним наглядом у нас в клініці з обов'язковим контрольним оглядом один раз на 6 місяців.

За період спостереження офтальмологічна патологія спостерігалася у жінки, якій в дитинстві був поставлений діагноз вроджений змішаний астигматизм, корекція окулярами проводилася у віці з 8 до 12 років. Потім від окулярів відмовилась. Ретроспективна оцінка медичної картки дозволила виявити зниження у пацієнтки зору у наступні 5 років, що, як було встановлено надалі, пов'язане з рецидивом фіброзно-диспластичного процесу у верхній щелепі та виличної кістки праворуч. Слід відмітити, що у даному випадку зниження зору при херувізмі відбувалося за відсутності помітного екзофтальму.

Хворий Л., 45 років, працює водієм, постійно проходить профілактичні огляди, офтальмологічної патології не має. Діти, зі слів батьків також не мають проблем із зором, але повного обстеження у лікаря-офтальмолога не проходили.

Характерним при зборі офтальмологічного анамнезу хворих на херувізм було те, що патологія виявилась лише у жінки, в якій превалювало ураження верхньої щелепи. У чоловіка усі 6 операцій проводились лише на нижній щелепі і кістозних змін верхньої щелепи виявлено не було.

Обговорення

За даними різних авторів частота фіброзної дисплазії варіює від 7,5 до 22% серед всіх первинних доброякісних новоутворень щелеп. В залежності від клінічних проявів виділяють декілька форм фіброзної дисплазії

кісток лицевого скелету: хвороба Брайцева-Ліхтенштейна з моно- чи поліосальним ураженням, кістковий леонтіаз, синдром Олбрайта та херувізм.

Херувізм передається у спадок, за що в літературі має і інші назви – сімейний полікістоз або сімейна полікістозна хвороба, сімейна двостороння гігантоклітинна пухлина щелеп, сімейна фіброзна дисплазія [4, 7].

При рентгенологічному обстеженні виявляються кістоподібні ураження щелеп різної форми та розмірів, оточені тонкою зоною остеосклерозу, всередині кіст можуть локалізуватися хаотично розміщені зубні зачатки. Характерною особливістю херувізму є порушення закладки зачатків постійних зубів [15]. Відмічаються їх дистопія, понад комплектні зачатки або їх недолік. В зв'язку з цим може виникати порушення термінів прорізування, часткова адентія, дистопія та напівретенція вже прорізанних постійних зубів [16, 17].

Відносно методів лікування херувізму одні автори рекомендують відкривати та ретельно вичищати вміст кістозних порожнин [18, 19]. Ряд дослідників вважає, що подібне ураження щелеп не потребує хірургічного втручання, так як з віком хвороба може регресувати сама по собі [20]. Однак, при нагноєнні вогнища – обов'язково, або під тиском рідних, можливе хірургічне втручання для нівелювання форми деформованої щелепи [21]. Але навіть при такому підході в дитячому віці хірургічна допомога не ефективна, тому що з часом можуть виникати рецидиви. Діти мають знаходитися під диспансерним наглядом та потребують ранньої ортодонтичної допомоги [22].

Ураження орбіти при херувізмі може розвиватися після статевого дозрівання, після стабілізації або регресії уражень щелеп. Пацієнти з херувізом повинні проходити регулярний огляд у офтальмолога [13]. Описані випадки наявності двосторонніх ангіодіних смуг, уражень диска зорового нерву та наявності субретинальної неоваскулярної мембрани в макулі [12]. Офтальмологічні дані при цьому захворюванні в першу чергу пов'язані з ураженням орбітальної кістки. Серед наших хворих було відмічено зниження зору у жінки, у якій була уражена верхня щелепа при відсутності екзофтальму, який поряд з косоокістю, непрохідністю

носо-сльозової протоки складає основну офтальмологічну тріаду при херувізмі.

При проведенні комп'ютерної томографії двосторонні нижні бічні утворення, що охоплюють дно орбіти можуть викликати помітне зміщення вмісту орбіти вгору. Внутрішні розширені ураження кісток уражають нижню та бічні стінки орбіти викликають апікальне стиснення зорових нервів [23].

Аналіз нашої роботи та епідеміологічних даних [24] свідчить, що симптоми захворювання найяскравіше проявляються в період змінного прикусу та статевого дозрівання, супроводжуються затримкою прорізування постійних зубів, або їх відсутністю. В цей же час з'являються видимі здуття кісток щелепи з вестибулярної сторони, іноді нічні болі в щелепах. При первинних оглядах дітей необхідно звертати увагу на форму обличчя та щелеп, ретельно збирати сімейний анамнез. При обстеженні призначати адекватне рентгенологічне обстеження – пантомографію щелеп, для оцінки стану кісток та зубних рядів в цілому. Необхідно проводити правильну диференційну діагностику між істинними пухлинами, одонтогенними кістами та системними ураженнями кісток. При підозрі на виявлений херувізм лікар має пам'ятати, що лікування цього виду дисплазії рідко потребує хірургічного втручання, а саме, в разі нагноєння чи різко вираженої деформації щелеп. Хірургічне втручання має бути дуже щадним, без видалення навіть дистопованих зачатків постійних зубів та ексхелеації кістозних порожнин, так як це може привести до рецидиву виникнення осередків дисплазії. В дитячому віці хворі потребують допомоги лікаря-ортодонта, а дорослі адекватного протезування, що має сприяти уникненню офтальмологічних ускладнень.

Висновки

Спираючись на приведені літературні дані, та враховуючи наші малочислені але довготривалі спостереження, можна зробити наступні висновки. Херувізм, як один з різновидів фіброзної дисплазії, є захворюванням що рідко зустрічається, носить спадковий чи сімейний характер. Після закінчення періоду статевого дозрівання та становлення гормонального фону хвороба регресує. Обличчя приймає більш фізіологічну форму, а в дисплазованих ділянках «дозріває» кісткова тканина. Своєчасний контроль лікаря-ортодонта, а за потреби і щелепно-лицевого хірурга, дозволяють уникнути прогресування захворювання та негативних офтальмологічних наслідків, які ми спостерігали при ураженні верхньої щелепи. У зв'язку з чим хворі на херувізм потребують контрольних оглядів не тільки у лікаря-ортодонта і щелепно-лицевого хірурга, а й у офтальмолога.

Література

1. Morice A., Joly A., Riquebourg M. et al. Cherubism as a systemic skeletal disease: evidence from an aggressive case // BMC Musculoskelet Disord. – 2020. – Vol. 21(1). – P. 564.
2. Chrcanovic B.R., Guimarães L.M., Gomes C.C., Gomez R.S. Cherubism: a systematic literature review of clinical and

molecular aspects // Int J Oral Maxillofac Surg. – 2021. – Vol. 50(1). – P. 43-53.

3. Machado R.A., Pontes H., Pires F.R. et al. Clinical and genetic analysis of patients with cherubism // Oral Dis. – 2017. Vol. 23(8). – P.1109-1115.
4. Argyris P.P., Gopalakrishnan R., Hu Y., Reichenberger E.J., Koutlas I.G. Clinicopathologic and Molecular Characteristics of Familial Cherubism with Associated Odontogenic Tumorous Proliferations // Head Neck Pathol. – 2018. – Vol. 12(1). – P.136-144.
5. Chen Wongworawat Y., Jack D., Inman J.C. et al. Regional Lymph Node Enlargement in Clinically Severe Cherubism // Clin Pathol. – 2019. – Vol.12. – 2632010X19861107.
6. Popova T.M., Kryvenko L.S., Tishchenko O.V., Nakonechna O.A. et al. Effect of Electronic Cigarettes on Oral Microbial Flora // J Pharm Nutr Sci. – 2021. – Vol.11(1). – P.54-64.
7. Yoo S.H., Pineles S.L., Jarrahy R., Velez F.G. Ophthalmic manifestations of cherubism // J AAPOS. – 2015. – Vol.19(1). – P.70-72.
8. Carroll AL, Sullivan TJ. Orbital involvement in cherubism. Clin Exp Ophthalmol. 2001;29(1):38-40.
9. Lacorzana J., Prieto-Moreno C.G. Cherubism with orbital involvement // Indian J Ophthalmol. – 2020. – Vol. 68(11). – P. 2534.
10. Nechyporenko A.S., Radutny R., Alekseeva V.V., Titova G., Gargin V. Complex Automatic Determination of Morphological Parameters for Bone Tissue in Human Paranasal Sinuses // Open Bioinformatics J. – 2021. – Vol. 14(1). – P.130-137.
11. Radutny R., Nechyporenko A., Alekseeva V., Titova G. et al. Automated measurement of bone thickness on SCT sections and other images. In: Proceedings of the 2020 IEEE 3rd International Conference on Data Stream Mining and Processing, DSMP 2020; 2020. – P. 222-6.
12. Ahmadi A.J., Pirinjian G.E., Sires B.S. Optic neuropathy and macular chorioretinal folds caused by orbital cherubism // Arch Ophthalmol. – 2003. – Vol. 121(4). – P.570-573.
13. Mello L.G.M., Saraiva F.P., Monteiro M.L.R. Angioid streaks and optic disc drusen in cherubism: a case report // Arq Bras Oftalmol. – 2020. – Vol. 83(6). – P.535-537.
14. Colombo F., Cursiefen C., Neukam F.W., Holbach L.M. Orbital involvement in cherubism // Ophthalmology. – 2001. – Vol. 108 (10). – P.1884-1888.
15. Gargin V., Radutny R., Titova G., Bibik D., Kirichenko A., Bazhenov O. Application of the computer vision system for evaluation of pathomorphological images. 2020 IEEE 40th International Conference on Electronics and Nanotechnology, ELNANO 2020 - Proceedings; 2020. – P.469-473.
16. Nechyporenko A.S., Reshetnik V.M., Alekseeva V.V., Yurevych N.O., Nazaryan R.S., Gargin V.V. Implementation and analysis of uncertainty of measurement results for lower walls of maxillary and frontal sinuses. In: 2020 IEEE 40th International Conference on Electronics and Nanotechnology, ELNANO 2020 - Proceedings; 2020. – P. 460-3.
17. Nechyporenko A., Reshetnik V., Shyian D., Alekseeva V., Radutny R., Gargin V. Solutions to the 3d model problem of pressure measurement in the area of maxillary sinus anastomosis. In: CEUR Workshop Proceedings [Internet]; 2020. – P. 275-84.
18. Palamar O.I., Lukach E.V., Maletskyi A.P., Poliakova S.I. et al. Clinical, morphological, CT and MRI characteristics of anterior skull base and orbital tumors // Oftalmol Zh. – 2020. – №5. – P.62-74.

19. Son J.H., Marshall D.C., Valiathan M. et al. Innovative Surgical Treatment of Severe Cherubism // Cleft Palate Craniofac J. – 2019. – Vol.56(1). – P.90-93.
20. Bobrova N.F., Umanets M.M., Dembovetska G.M., Bratishko A.I. Reconstructive duet in a pole-to-pole surgery for ocular trauma: A pediatric case study // Oftalmol Zh. – 2021. – Vol.90(2). – P.55-60.
21. Mirmohammadsadeghi A, Eshraghi B, Shahsanaei A, As-sari R. Cherubism: report of three cases and literature review // Orbit. – 2015. – Vol.34(1). – P.33-37.
22. Lyndin M., Gluschenko N., Sikora V. et al. Morphofunctional features of articular cartilage structure // Folia Med Cracov. – 2019. – Vol.59(3). – P.81-93.
23. Kuzenko Y., Mykhno O., Sikora V., Bida V., Bida O. Dental terminology "discoloration" or "pigment dystrophy" - a review and practical recommendations // Pol Merkur Lekarski. – 2022. – Vol. 50(295). – P.65-67.
24. Font R.L., Blanco G., Soparkar C.N., Patrinely J.R., Ostrowski M.L. Giant cell reparative granuloma of the orbit associated with cherubism // Ophthalmology. –2003. – Vol. 110(9). – P. 1846-1849.
25. Polyvianna Y., Chumachenko D., Chumachenko T. Computer aided system of time series analysis methods for forecasting the epidemics outbreaks. – 2019. – 15th International Conference on the Experience of Designing and Application of CAD Systems, CADSM 2019. – P.1-4.

Відомості про авторів та розкриття інформації

Конфлікт інтересів: Автори засвідчують про відсутність конфлікту інтересів, які б могли вплинути на їх думку стосовно предмету чи матеріалів даного рукопису.

Джерела підтримки: відсутні.

Надійшла 28.04.2022

Диагностика и лечение херувизма как профилактика офтальмологических осложнений

Назарян Р.С., Михайленко Н.Н., Ярославская Ю.Ю., Бондаренко А.В., Гаргін В.В., Литвиненко М.В., Артьомов А.В., Олейник Д.А., Трегуб Т.В.

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков (Украина)

Одесский национальный медицинский университет, Одесса (Украина)

ГУ «Институт глазных болезней и тканевой терапии им. В.П. Филатова НАМН Украины», Одесса (Украина)

Херувизм, как одна из форм фиброзной дисплазии челюстей, считается врожденным пороком созревания костной ткани и носит наследственный характер. Несмотря на то, что херувизм более известен как проблема челюстно-лицевой хирургии и ортодонтии, однако эти пациенты нуждаются в консультации офтальмолога, особенно когда в процесс вовлекается верхняя челюсть.

Целью нашего исследования было поделиться со специалистами офтальмологического профиля опытом диагностики и лечения больных херувизмом, как одной из форм фиброзной дисплазии, которая встречается довольно редко, неверно диагностируется, что приводит к неадекватному лечению, а в отдельных случаях может стать причиной серьезных офтальмологических осложнений.

Приведен опыт диагностики и лечения херувизма у четырех больных в течение от 1 до 20 лет. Проведенные наблюдения показали, что первичные радикальные хирургические вмешательства проводились в результате неверно поставленного диагноза. При этом после хирургического вмешательства через некоторое время возникали новые очаги или рецидивы старых.

Поэтому необходимо проводить дифференциальную диагностику между истинными опухолями челюстей, дентальными кистами и диспластическим поражением костей.

Пациенты находились под диспансерным наблюдением в клинике при обязательном контрольном осмотре один раз в полгода. За период наблюдения офтальмологическая патология отмечалась у женщины, которой в детском возрасте был поставлен диагноз врожденного смешанного астигматизма.

Учитывая наши наблюдения, можно сделать вывод, что херувизм, как одна из разновидностей фиброзной дисплазии, является редко встречающимся заболеванием, носит наследственный или семейный характер. После окончания периода полового созревания и становления гормонального фона болезнь регрессирует. Своевременный контроль врача-ортодонта, а при необходимости и челюстно-лицевая хирургия позволяют избежать прогрессирования заболевания и негативных офтальмологических последствий. Особого внимания со стороны офтальмологов требуют пациенты, у которых в патологический процесс вовлечена верхняя челюсть.

Ключевые слова: хроническая субдуральная гематома, диагностика, застойные диски зрительных нервов, головная боль