

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ**  
**Український центр наукової медичної інформації**  
**та патентно-ліцензійної роботи**  
**(Укрмедпатентінформ)**

**ІНФОРМАЦІЙНИЙ ЛИСТ**

про нововведення в сфері охорони здоров'я

Випуск з проблеми

«Стоматологія»

Підстава: рецензія експерта

МОЗ України

**№ 71-2020**

**НАПРЯМ ВПРОВАДЖЕННЯ:**

**СТОМАТОЛОГІЯ**

**МЕТОДИ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ХЕРУВІЗМУ У ДІТЕЙ ТА**  
**ПІДЛІТКІВ**

**УСТАНОВИ-РОЗРОБНИКИ:**

**ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ**  
**МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

**УКРМЕДПАТЕНТИНФОРМ**  
**МОЗ УКРАЇНИ**

**АВТОРИ:**

**НАЗАРЯН Р.С.**  
**ЯРОСЛАВСЬКА Ю.Ю.**  
**МИХАЙЛЕНКО Н.М.**  
**ГРЕЧКО Н.Б.**  
**БОРИСЕНКО Є.Є.**

м. Київ

**Суть впровадження:** методика виявлення, діагностики та лікування херувізму у дітей та підлітків.

Пропонується для впровадження в лікувально-профілактичних установах практичної охорони здоров'я (обласних, міських, районних) стоматологічного профілю методика виявлення, діагностики та лікування херувізму (сімейного полікістозу).

Фібозна дисплазія кісток лицевого скелету вважається вадою формування кісткової тканини, яка виникає в ембріональному та продовжується в постнатальному періоді життя. Хвороба може проявлятися як в ранньому дитинстві так і у дорослих. Найбільш активний період клінічних проявів фіброзної дисплазії відмічається в дитячому та юнацькому віці. 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.

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. 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 ураження 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, які залишаються безболісними та добре рухомими. В порожнині рота слизова оболонка з обох боків альвеолярних відростків залишається незміненою.

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. Відмічаються їх дистопія,

понадкомплектні зачатки або їх недолік. В зв'язку з цим може виникати порушення термінів прорізування, часткова адентія, дистопія та напівретенція вже прорізаних постійних зубів.

Метою нашого дослідження було поділитися 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.

Під нашим наглядом та лікуванням було 4 хворих на херувізм, з них три чоловіка та одна жінка в віці від 10 до 45 років. В 3 випадках просліджується сімейний анамнез. Давність захворювання у дорослих складала більше 20 років, з неоднократними хірургічними втручаннями на різних ділянках щелеп з приводу рецидивування, нагноєння та виникнення нових кістозних утворень. У обох дітей захворювання виявлене вперше, діагноз встановлено за даними сімейного анамнезу та явних клініко-рентгенологічних ознак. Їм проводилось мінімальне щадне втручання за показаннями зі збереженням зачатків постійних зубів та диспансерний нагляд.

У всіх чотирьох хворих гістологічне дослідження видалених тканин не підтвердило дані за істинні пухлини щелеп. 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.

Всі 4 хворих залишені під диспансерним наглядом у нас в клініці з обов'язковим контрольним оглядом один раз на 6 місяців.

Висновки:

1. Херувізм, як один з різновидів фіброзної дисплазії, є захворюванням що рідко зустрічається, носить спадковий чи сімейний характер.

2. 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.
3. При первинних оглядах дітей лікар-стоматолог має 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.
4. Необхідно проводити правильну диференційну діагностику між істинними пухлинами, одонтогенними кістами та системними ураженнями кісток.
5. 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 екскохлеації кістозних порожнин, так як це може привести до рецидиву виникнення осередків дисплазії.
6. Після закінчення періоду статевого дозрівання та становлення гормонального фону хвороба регресує само по собі. Обличчя приймає більш фізіологічну форму, а в дисплазованих ділянках «дозріває» кісткова тканина.
7. В дитячому віці хворі потребують допомоги лікаря-ортодонта, а дорослі адекватного протезування.

Інформаційний лист складено за матеріалами НДР «*Оптимізація методів діагностики та лікування основних стоматологічних захворювань*» (номер держреєстрації 0119U002899, термін виконання – 2019-2021 роки).

За додатковою інформацією звертатися до авторів листа: Харківський національний медичний університет, кафедра стоматології дитячого віку, дитячої щелепно-лицьової хірургії та імплантології, Назарян Р.С., Ярославська Ю.Ю, тел. 0667494871, Михайленко Н.М.