

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ БОЛЕЗНИ ЭНГЕЛЯ-РЕКЛИНГХАУЗЕНА

Григоров С.Н., Григорова А.А., Рак А.В.

Харьковский национальный медицинский университет

Определяющую роль в развитии костной системы человека играет эндокринная система. Любые отклонения в железах внутренней секреции рано или поздно приводят к развитию патологии, костей. Непосредственно за обмен кальция в организме отвечают паращитовидные железы, нарушение их функций, всегда приводит к нарушению костной ткани.

В 1864 году G. Engel, а в 1891 году F.D. Recklinghausen описали заболевание на фоне аденомы паращитовидных желез, как выяснилось позже связанное с гиперсекрецией паратиреоидного гормона (ПТГ), в связи с чем данная нозологическая единица получила название «болезнь Ангеля-Реклингхаузена».

Гиперпаратиреоз – заболевание эндокринной системы, обусловленное избыточной секрецией паратиреоидного гормона, и характеризуется нарушением кальцие-фосфорного обмена, что клинически проявляется в резорбции костной ткани.

В челюстно-лицевой хирургии данная патология встречается не часто, однако некоторые авторы отмечают, что в ряде случаев первым и ранним проявлением заболевания, является появление кист челюстей, беспричинное выпадение здоровых зубов. Поэтому мы считаем, что каждое наблюдение, болезни Ангеля-Реклингхаузена, представляет практический интерес для практикующих врачей-стоматологов.

В клинику хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии ХНМУ обратилась больная К. 52 лет с жалобами на появление опухолевидной припухлости десен нижней челюсти. При объективном исследовании на месте отсутствующих зубов отмечалось вздутие альвеолярных отростков справа и слева, слизистая оболочка бледно-розовая, без видимых патологических изменений на всем протяжении. Пальпаторно определялась гипертрофия альвеолярных отростков справа и слева, за счет опухолевидных узлов плотно эластической консистенции, безболезненных.

Больной проведено рентгенологическое исследование (панорамная рентгенография челюстей), где были обнаружены опухолевидные кистозные образования тела нижней челюсти справа и слева, без четких рентгенологических контуров.

Пациентка оперирована дважды с интервалом в 3 мес., проводилась операция «Удаление новообразования нижней челюсти. Раны ушиты, швы сняты на 7-е сутки. Удаленные опухоли представляли собой единичные узлы с четкой капсулой серо красного цвета, бесполое, на разрезе буровато серое, с кровоизлияниями, ткань рыхлая. В гистологических заключениях «остеобластокластома».

Через несколько месяцев после последнего оперативного вмешательства, у больной появились боли в коленных суставах, в голених. Обратилась в институт травматологии и ортопедии, где после проведенной

рентгеногра
костей, уст
проопериро

Через
обратилась
обнаружена
щитовидной
паращитовид
Больная пр
эндокриноло

ПОМИЛК

Гриздуб В.І

Харьков

Повна ві
часткова вра
пародонга, с
зубів тощо.
співвідношен
ротової порож
беззубий рот
Вивченню ос
необхідно при
лікування.

Питання
основному на
місяця прикріп
складки із зас
піддатливості і
лежать в основ
При протезуван
виготовлення
індивідуальних
яких отримані
воскових лож
неприпустимо.
лікарською, так
не володіє метс
проб Гербста в
високого ефек
помилкових дій
м'якого пілнебі

рентгенографии обнаружены кистозные образования мало- большеберцовых костей, установлен диагноз «болезнь Энгеля-Реклингхаузена». Была прооперирована – удалены кисты большеберцовых костей.

Через два года справа на нижней челюсти появилась припухлость, обратилась вновь в клинику кафедры, обследована рентгенологически, обнаружена рецидив опухоли нижней челюсти справа, так же проведено УЗИ щитовидной железы, где обнаружена ее гиперплазия, увеличение паращитовидных желез. УЗД почек – множественные кальцификаты. Больная прооперирована. После выписки направлена к хирургу-эндокринологу с целью дальнейшего лечения.