

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ГИСТИОЦИТОЗА X ПОЛОСТИ РТА

Раззаков К.Р.¹, Шодиев М.Ш.¹, Сафарова М.С.¹

¹ ассистент кафедры Хирургической стоматологии, Бухарский Государственный Медицинский Институт

АННОТАЦИЯ

Приведено описание инновационных подходов к комплексной терапии гистиоцитоза X полости рта. Среди хирургических, консервативных способов широкое распространение получают как медикаментозные, так и немедикаментозные методы патогенетической терапии. Наша цель раннее выявление и лечение синдрома гистиоцитоза X. Диагностировать гистиоцитоз X непросто. Сюда входит длительное наблюдение, сбор анамнеза и семейного анамнеза, клинические и лабораторные исследования. Пародонтит и периодонтит являются редкими изменениями гистиоцитоза X. Патогистологическое исследование (биопсия) выявляет большое количество дифференцированных и недифференцированных гистiocитов в ткани инфильтрата и эозинофилию. В далеко зашедшем периоде - нарастание симптомов воспаления внутренних органов, ухудшение состояния больного, усиление кожной сыпи, увеличение печени и селезенки, развитие триады Кришана, прогрессирующая патологическая подвижность и потеря зубов. Процесс может занять 3-4 года. В зависимости от курса лечения наблюдаются выздоровление и рецидивы.

Ключевые слова: полость рта, зубы, пародонтит, эозинофильная гранулема, идиопатическое заболевание, гистиоцитоз X.

Для цитирования:

Раззаков К.Р., Шодиев М.Ш., Сафарова М.С. Совершенствование диагностики и лечения гистиоцитоза X полости рта. *Интегративная стоматология и челюстно-лицевая хирургия*. 2023;2(1):90–95. <https://doi.org/10.57231/j.idmfs.2023.2.1.010>

IMPROVING THE DIAGNOSIS AND TREATMENT OF ORAL HISTIOCYTOSIS X

Razzakov K.R.¹, Shodiev M.Sh.¹, Safarova M.S.¹

¹ assistants of the Department of Surgical Dentistry, Bukhara State Medical Institute

ABSTRACT

A description of innovative approaches to the complex therapy of histiocytosis X of the oral cavity is given. Among surgical, conservative methods, both drug and non-drug methods of pathogenetic therapy are widely used. Our goal is early detection and treatment of histiocytosis X syndrome. Diagnosing histiocytosis X is not easy. This includes long-term follow-up, history and family history, clinical and laboratory investigations. Periodontitis and periodontitis are rare changes in histiocytosis X. Pathological examination (biopsy) reveals a large number of differentiated and undifferentiated histiocytes in the tissue infiltrate and eosinophilia. In the advanced period - an increase in symptoms of inflammation of the internal organs, a deterioration in the patient's condition, an increase in skin rash, an enlargement of the liver and spleen, the development of the Krishen triad, progressive pathological mobility and loss of teeth. The process can take 3-4 years. Depending on the course of treatment, recovery and relapses are observed.

Key words: oral cavity, teeth, periodontitis, eosinophilic granuloma, idiopathic disease, histiocytosis X.

For citation:

Razzakov K.R., Shodiev M.Sh., Safarova M.S. Improving the diagnosis and treatment of oral histiocytosis X. *Integrative dentistry and maxillofacial surgery*. 2023;2(1):90–95. <https://doi.org/10.57231/j.idmfs.2023.2.1.010>

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ

Гистиоцитоз X — еще один тип синдрома, характеризующийся проявлением пародонтита в форме X. То есть пародонтит выражается как идиопатическое заболевание и с коллапсом пародонта в течении клинического течения. Термин гистиоцитоз X был впервые введен в 1953 г. Лихтенштейном, который объединил три различных заболевания, иначе их считали отдельными, принимая во внимание последовательность течения их симптомов следующим образом: - Эозинофильная гранулема: хроническая ксантома (синдром Ходжа-Шуллера-Кришана) [2,3]. Основной причиной такого определения острого сantomатозного синдрома (Лепшерера-Зинта) является контрастность течения болезни с одной картины на другую не только воспалительного процесса, но и разрастания ретикуло-эндокитальной ткани под электронным микроскопом. В 1971 г. они были идентифицированы Кантером как гистициты. Этиология заболевания в настоящее время неясна. Некоторые ученые связывают вирусную этиологию (Oda 1941) с рекомендациями, в то время как другие сообщают, что вирус передается из поколения в поколение. По статистике, заболевание, которое изучается в течение 40-60 лет, чаще встречается у взрослых, но реже у детей (преимущественно в грудном и подростковом возрасте) [1,2].

ЦЕЛЬ:

Раннее выявление и лечение синдрома гистиоцитоза X.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ:

Эозинофильная гранулема — доброкачественная форма гистиоцитоза X, по клиническому течению разделяющая на 2-ю стадию.

Продромальный период (ранняя стадия), при котором в костной ткани могут наблюдаться преимущественно единичные или множественные очаговые деструктивные изменения. (Плоская костная ткань головы и нижней челюсти) В других органах и тканях изменений нет. Общее состояние больного остается бессимптомным в 24% случаев без изменений. В ряде случаев 90% больных жалуются на усиление со временем появления неприятных ощущений в области травмы. В 10%

случаев в области угла наблюдают слабость, болезненность, припухлость, болезненность и припухлость нижней челюсти. По-видимому, асимметрия наблюдается в области лица и челюсти, преимущественно в области моляров и премоляров. Переходит на вторую стадию в 1,5 - 2 месяца. То есть «становится продвинутым. Прогрессирующее патологическое перемещение зубов сопровождается быстрым развитием воспалительного процесса, образованием патологических очагов в виде припухлости и кровоточивости зубов, их расслоением на зубы и кость челюсти. В области моляров возникает ограниченное патологическое движение (1-2 моляра), приводящее к развитию гингивита и несостоятельности очагов зуба при удалении зуба (или экстракции) с образованием язвенного гингивита. У детей в основном удлиняет и нарушает процесс удаления зубов (молочных и постоянных зубов) при грудном вскармливании. Это приводит к абсцессам, флегмонам, остеомиелиту. В первой стадии на рентгенограмме изменения костной ткани отсутствуют, а в стадии развития имеется отчетливое очаговое овальное или кольцевидное деструктивное изменение костной ткани в третьей части зуба или в теле нижней челюсти. В некоторых случаях наблюдаются кисты или патологические переломы. В период бурного развития деструктивные изменения костной ткани имеют скользящее действие, выпадение одного зуба сопровождается патологическим перемещением другого зуба, при правильном лечении процесса наблюдается переход в диссеминированную или регенеративную форму (хроническое состояние). Синдром (Ксенда Шуллера Крищина): Эта форма гистиоцитоза носит хронический характер и сопровождается изменениями в ротовой полости, внутренних органах, кожными высыпаниями, резорбцией черепа, увеличением печени и селезенки. Здесь симптом триады, т. е. экзофтальм черепа, определяет диагноз сахарного диабета, но это состояние встречается только у 10% больных. Изменения в ротовой полости привлекают внимание стоматологов. Течение заболевания происходит в 2 стадии.

Начальный период составляет от одного до трех лет. К травмам полости рта относятся эпизодические воспаления десен, а также

общее состояние больного - адинамичность, снижение аппетита, похудание, слабость. Снижение трудовой активности и др. В этом случае больные не обращаются к стоматологу, а вынуждены это делать при изменениях в полости рта (кровоточивость десен, язвы, некротический гингивит, патологическое перемещение зубов). При осмотре основное внимание уделялось области моляров премоляров, кровоподтеки, ограниченный гингивит, неприятный запах изо рта, отрыв зубов от окружающих тканей, различные патологические движения зубов, в деснах характерное гнойное отделяемое желтовато-коричневого цвета. или слизистого слоя, твердого неба и щечных разрезов такое изменение носит диффузный характер в полости рта, а изменения в области моляров наблюдаются симметрично в области каждого четвертого зуба. Рентгенологическое исследование выявляет деструктивные изменения костной ткани нижней челюсти с четко выраженными очагами костной ткани. Это напоминает кисты или небольшие очаги остеомиелита.

В далеко зашедшем периоде - нарастание симптомов воспаления внутренних органов, ухудшение состояния больного, усиление кожной сыпи, увеличение печени и селезенки, развитие триады Кришана, прогрессирующая патологическая подвижность и потеря зубов. Процесс может занять 3-4 года. В зависимости от курса лечения наблюдаются выздоровление и рецидивы. Повреждения органов, вторичные заболевания и возрастные (некоторые авторы оценивают 30%).

Синдром Леттерера-Зива. Диссеминированная форма гистиоцитоза чаще встречается у детей раннего возраста. Заболевание начинается остро, с повышения температуры тела, ухудшения общего состояния, первичных симптомов, сыпи на голове, кожных высыпаний, в тяжелой форме на кистях и стопах в виде остроконечных папиллом, самостоятельно или в сочетании синевато-красный. По поводу отита, конъюнктивита, увеличения печени, селезенки обращаются к педиатру. Изменения в полости рта носят вторичный характер, развиваются в виде полунекротического гингивостоматита, вокруг зубов формируются глубокие патологические карманы, формируются набухшие грануляции. В результате

прогрессирующего развития зубы начинают выпадать. Рентгенологически выявляется полный лизис (рассасывание) альвеолярной опухоли. Это создает впечатление «фильтрованного зуба» или того, что зубы висят в одном и том же месте. Больной жалуется на постоянную жажду, боли в костях и быстрое их смещение. Эти случаи бывают острыми, т. е. в течение 1-2 мес. Больных лечат инфекционист и терапевты. Только при протекании изменений в полости рта в виде хронической диссеминированной формы обращаются к стоматологу и проводят лечение годами. По данным некоторых ученых, в тяжелых случаях летальность составляет 70-80%.

Диагностировать гистиоцитоз Х непросто. Сюда входит длительное наблюдение, сбор анамнеза и семейного анамнеза, клинические и лабораторные исследования. Пародонтит и периодонтит являются редкими изменениями гистиоцитоза Х:

- эозинофильная гранулема:

1. Глубокая травма тканей пародонта (в области моляров) и отсутствие внешних факторов
2. Отсутствие гноя в секрете глубоких патологических очагов.
3. Эпизодическая припухлость и боль в углу нижней челюсти.
4. Ограниченное движение зубов
5. Длительный износ удаленных зубов.
6. Быстрое прорезывание молочных зубов и длительное прорезывание постоянных зубов.

Синдром Леттерера-Зива

• Высокий уровень СЕ в крови и быстрое развитие эозинофилии, анемии (Т.Ф. Виноградов 1976)

• Травма удаленного зуба, смещение соседних зубов (камни)

Синдром Хенда-Шюллера-Кришана

• Преимущественно у лиц молодого и среднего возраста

• Поглощение барьеров между зубами

• Рентгенологически выявляются несколько деструктивных изменений костей челюсти, очаговой ткани и остеопороза

• Поступательное смещение соседних зубов

Патогистологическое исследование (биопсия) выявляет большое количество диф-

ференцированных и недифференцированных гистiocитов в ткани инфильтрата и эозинофилию.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ:

Больной Ф. родился в 1975 году в Жондорском районе Бухарской области. Жалобы включают быструю потерю зубов и ограниченный отек в некоторых областях зубов, в том числе безболезненное перемещение зубов, слабость и частые кровотечения.



а



б

Рис. 1. Состояние больного при первичном осмотре

Больной болеет последние 3-4 года, лечится по поводу пародонтита у участковых стоматологов. Когда это не сработало, он связался с нами. Проведен ряд обследований на наличие сопутствующих заболеваний (хронический колит, хронический гепатит и панкреатит). Совместно с гастроэнтерологами разработан план лечения и продолжено лечение.

Status localis: верхняя челюсть, частичный адентит нижней челюсти 38, 32, 42, 43, 44 Ограниченный отек в области зубов, гипертрофия тканей, глубокие патологические карманы и

серозно-желтые выделения в них, III степень движения зубы, ткань темно-синего цвета, слабая болезненность при пальпации, неприятный запах изо рта.

Общий анализ крови: гемоглобин 102 г/л, эритроциты $4,8 \cdot 10^{12}$, лейкоциты $5,4 \cdot 10^8$, тромбоциты $180 \cdot 10^8$, сегментоядерные нейтрофилы 60, моноциты 1%, лимфоциты 28%, ЭКГ 6, свертываемость крови: гл.4 'конец 4'31', белок общий 71,0г/л, холестерин 3,9 ммоль/л, глюкоза 5,0ммоль/л, мочевины 4,1 ммоль/л, креатинин 65,0 ммоль/л, билирубин общий 17,22 ммоль /л, связанный 2,7 ммоль/л, свободный 1,4-2,1 ммоль/л, АЛТ-23,0Эл/л, АСТ-20,0Эл/л, кальций 2,4 ммоль/л.

Пациент был оперирован (расширенная гингивэктомия, некротомия) и лечился медикаментозно.

Патоморфологическое исследование: № 1570-74 с многослойным плоскоклеточным эпителиальным волокнисто-соединительной тканью, тканевым инфильтратом с лимфоцитарными лейкоцитами и эозинофилами с большим количеством гистiocитов. D.s: гистiocитоз X !!



б

Рис. 2. Одна из областей, где была проведена операция (также выполнялась в областях 32, 33, 37, 38)

Больного доставляли на диспансерное наблюдение и наблюдали каждые 5-6 дней. Через 2,5 месяца рана зажила, гипертрофированная ткань рассосалась, слизистый слой приобрел светло-красную окраску. Пациенту был разработан план ортопедического лечения и начато лечение.



Рис.3. Пациент готов к ортопедическому лечению

ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

Основные принципы лечения гистиоцитоза Х:

- Консультанты (онколог, стоматолог)
- После установления диагноза назначают стероиды, цитостатики, рентген (рентгенотерапия в малых дозах, т.е. 200-250) в течение 1-3 недель
- Добавление антибиотиков к исходной сыноворотке (сыворотка Филатова)
- Гигиена полости рта
- Психотропная терапия (элениум и др.)
- Фитотерапия
- Лазерная терапия
- Оращение «Прополис» (мумие оригинальное) ежедневно в течение 2-3 недель и в период ремиссии 1-2 раза в течение 10-15 дней
- Используется стоматологический 2-4% прополис или 20 капель 15-20% спиртового раствора добавляют на 100-150,0 л воды и дважды полоскают в течение 1-2 месяцев
- Также можно использовать масляный раствор прополиса (на 2 месяца, с интервалом в 2-3 недели)
- Тубулярная кварцевая терапия

Одними из самых тяжелых осложнений и причин смерти при этой триаде являются фиброзное воспаление легких и образование водяных мешков в плевре (буллезное), поражение печени и почек. Причина в том, что хирург не должен спешить с удалением зубов или гингивоэктомией без тщательного изучения анамнеза стоматолога, в хроническом периоде должен находиться под наблюдением только стоматолога.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Авторы заявляют, что данная работа, её тема, предмет и содержание не затрагивают конкурирующих интересов.

ИСТОЧНИКИ ФИНАНСИРОВАНИЯ

Авторы заявляют об отсутствии финансирования при проведении исследования.

ДОСТУПНОСТЬ ДАННЫХ И МАТЕРИАЛОВ

Все данные, полученные или проанализированные в ходе этого исследования, включены в настоящую опубликованную статью.

ВКЛАД ОТДЕЛЬНЫХ АВТОРОВ

Все авторы внесли свой вклад в подготовку исследования и толкование его результатов, а также в подготовку последующих редакций. Все авторы прочитали и одобрили итоговый вариант рукописи.

ЭТИЧЕСКОЕ ОДОБРЕНИЕ И СОГЛАСИЕ НА УЧАСТИЕ

Были соблюдены все применимые международные, национальные и/или институциональные руководящие принципы по уходу за животными и их использованию.

СОГЛАСИЕ НА ПУБЛИКАЦИЮ

Не применимо.

ПРИМЕЧАНИЕ ИЗДАТЕЛЯ

Журнал "Интегративная стоматология и челюстно-лицевая хирургия" сохраняет нейтралитет в отношении юрисдикционных претензий по опубликованным картам и указаниям институциональной принадлежности.

Статья получена 24.11.2022 г.

Принята к публикации 20.12.2022 г.

CONFLICT OF INTERESTS

The authors declare the absence of obvious and potential conflicts of interest related to the publication of this article.

SOURCES OF FUNDING

The authors state that there is no external funding for the study.

AVAILABILITY OF DATA AND MATERIALS

All data generated or analysed during this study are included in this published article.

AUTHORS' CONTRIBUTIONS

All authors contributed to the design and interpretation of the study and to further drafts. All authors read and approved the final manuscript.

ETHICS APPROVAL AND CONSENT TO PARTICIPATE

All applicable international, national, and/or institutional guidelines for the care and use of animals were followed.

CONSENT FOR PUBLICATION

Not applicable.

PUBLISHER'S NOTE

Journal of *"Integrative dentistry and maxillofacial surgery"* remains neutral with regard to jurisdictional claims in published maps and institutional affiliations.

Article received on 24.11.2022

Accepted for publication on 20.12.2022

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Safarova M.S., Kamalova F.R. Maktabgacha yoshdagi bolalarda asosiy stomatologik kasalliklarning oldini olish // Scientific progress Issue 6. - 2021. Vol. 2. - P. 1111-1115.
2. Safarova M. S. Comprehensive assessment of the oral cavity condition in preschool children with artificial feeding // World Bulletin of Social Sciences October. - 2021. Vol. 3. - P. 75 - 77.
3. Kamalova F. R., Xamitova F. A., Safarova M. S. APPLICATION OF AUTHEMOTOMBOCYTE MASS IN SURGICAL DENTISTRY //Journal of Hunan University (Natural Science Edition). - 2021. - T. 48. - №. 7.