

DOI: 10.18481/2077-7566-21-17-3-101-107  
УДК – 616.31-089

## КЛИНИЧЕСКАЯ, РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ И КОМПЬЮТЕРНО-ТОМОГРАФИЧЕСКАЯ КАРТИНА ДЕСМОПЛАСТИЧЕСКОЙ ФИБРОМЫ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ У ДЕТЕЙ

Чуйкин С. В.<sup>1</sup>, Давлетшин Н. А.<sup>1,2</sup>, Чуйкин О. С.<sup>1</sup>, Аюбов Х. Х.<sup>2</sup>, Шодиев А. А.<sup>2</sup>, Кучук К. Н.<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа, Россия

<sup>2</sup> Республиканская детская клиническая больница, г. Уфа, Россия

### Аннотация

В работе представлены результаты клинического наблюдения пациентки в возрасте 6 лет, которая по системе обязательного медицинского страхования была госпитализирована в отделение челюстно-лицевой хирургии многопрофильного стационара с редким заболеванием костной ткани нижней челюсти — десмопластической фибромой. Десмопластическая фиброма костной ткани (агрессивный фиброматоз, десмоидная фиброма) — редкая, локально агрессивная доброкачественная опухоль, локализуемая в костной ткани, представляет собой мезенхимальную фибропролиферативную опухоль с местнодеструктурирующим ростом, составляет меньше 0,03% всех опухолей человека. По данным литературы, десмопластическая фиброма имеет частоту рецидивов от 37% до 72%, резекция пораженной кости является предпочтительной терапией, и в идеале резекция должна быть в виде единого блока резекции. Широкое иссечение является методом выбора в лечении операбельных форм десмоидных опухолей у детей. В статье представлено динамическое наблюдение в течение 1 года после оперативного лечения. Представлена клиническая, рентгенологическая и компьютерно-томографическая картина заболевания и результаты инструментального и гистологического исследования редко встречающейся онкостоматологической патологии.

**Цель:** клиническое, рентгенологическое, 3D-компьютерно-томографическое наблюдение ребенка с десмопластической фибромой нижней челюсти.

**Материалы и методы:** представлены результаты клинического осмотра, инструментальные методы рентгенологической диагностики, этапы оперативного лечения, гистологическое заключение и фотографии внешнего вида пациента.

**Заключение.** Учитывая высокие регенеративные способности костной ткани у детей, необходимо оперативное лечение доброкачественных новообразований выполнять по типу краевой резекции, то есть по органосохраняющему типу и проводить диспансерное наблюдение за пациентом в течение первого года.

**Ключевые слова:** челюстно-лицевая хирургия, десмоидный фиброматоз, десмоид, новообразование челюстно-лицевой области, рентгенодиагностика

**Информация о финансировании.** Финансирование данной работы не проводилось.

**Конфликт интересов.** Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

**Информированное согласие.** При проведении исследования было получено информированное согласие пациента.

**Сергей Васильевич ЧУЙКИН** ORCID ID 0000-0002-8773-4386

Д. м. н., профессор, заведующий кафедрой стоматологии детского возраста и ортодонтии с курсом ИДПО, Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа, Россия  
chuykin-sv@mail.ru

**Наиль Айратович ДАВЛЕТШИН** ORCID ID 0000-0002-9929-1658

Д. м. н., доцент, профессор кафедры стоматологии детского возраста и ортодонтии с курсом ИДПО, Башкирский государственный медицинский университет; заведующий отделением челюстно-лицевой хирургии, Республиканская детская клиническая больница, г. Уфа, Россия  
davletshin\_n@mail.ru

**Олег Сергеевич ЧУЙКИН** ORCID ID 0000-0003-4570-4477

К. м. н., доцент кафедры стоматологии детского возраста и ортодонтии с курсом ИДПО, Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа, Россия  
chuykin2014@yandex.ru

**Хадьятулло Халимович АЮБОВ** ORCID ID 0000-0002-2561-0804

Челюстно-лицевой хирург отделения челюстно-лицевой хирургии, Республиканская детская клиническая больница, г. Уфа, Россия  
ayubov-habib@yandex.ru

**Акбар Абдусаторович ШОДИЕВ** ORCID ID 0000-0003-4677-4573

Клинический ординатор отделения челюстно-лицевой хирургии, Республиканская детская клиническая больница, г. Уфа, Россия  
akbar.shodiev66@gmail.com

**Кристина Николаевна КУЧУК** ORCID ID 0000-0003-0352-1533

Ассистент кафедры стоматологии детского возраста и ортодонтии с курсом ИДПО, Башкирский государственный медицинский университет; челюстно-лицевой хирург отделения челюстно-лицевой хирургии, Республиканская детская клиническая больница, г. Уфа, Россия  
christina.kuchuk@yandex.ru

**Адрес для переписки:** Сергей Васильевич ЧУЙКИН

450077, Респ. Башкортостан, г. Уфа, ул. Заки Валиди, д. 45а, к. 206  
+7 (917) 3433432 chuykin-sv@mail.ru

### Образец цитирования:

Чуйкин С. В., Давлетшин Н. А., Чуйкин О. С., Аюбов Х. Х., Шодиев А. А., Кучук К. Н. КЛИНИЧЕСКАЯ, РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ И КОМПЬЮТЕРНО-ТОМОГРАФИЧЕСКАЯ КАРТИНА ДЕСМОПЛАСТИЧЕСКОЙ ФИБРОМЫ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ У ДЕТЕЙ. 2021; 3: 101-107.

© Чуйкин С. В. и др., 2021

DOI: 10.18481/2077-7566-21-17-3-101-107

Поступила 25.09.2021. Принята к печати 27.10.2021

DOI: 10.18481/2077-7566-21-17-3-101-107

## CLINICAL, X-RAY AND COMPUTER-TOMOGRAPHIC PICTURE OF DESMOPLASTIC FIBROMA OF THE LOWER JAW IN CHILDREN

Chuykin S.V.<sup>1</sup>, Davletshin N.A.<sup>1,2</sup>, Chuykin O.S.<sup>1</sup>, Ayubov Kh.Kh.<sup>2</sup>, Shodiev A.A.<sup>2</sup>, Kuchuk K.N.<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Bashkir State Medical University, Ufa, Russia

<sup>2</sup> Republican Children's Clinical Hospital, Ufa, Russia

### Annotation

The paper presents the results of a clinical observation of a 6-year-old female patient, who was admitted to the department of maxillofacial surgery of a multidisciplinary hospital under the compulsory health insurance system with a rare disease of the bone tissue of the lower jaw – desmoplastic fibroma. Desmoplastic fibroma of bone tissue (aggressive fibromatosis, desmoid fibroma) is a rare, locally aggressive, benign tumor localized in bone tissue, it is a mesenchymal fibroproliferative tumor with locally destructive growth, accounting for less than 0.03% of all human tumors. According to the literature, desmoplastic fibroma has a recurrence rate of 37% to 72%, resection of the affected bone is the preferred therapy, and, ideally, resection should be a single resection block. Wide excision is the method of choice for treating operable desmoid tumors in children. The article presents a dynamic observation within 1 year after surgical treatment. The article presents the clinical, radiological and computed tomographic picture of the disease and the results of instrumental and histological examination of a rare oncostomatological pathology.

**Purpose:** clinical, radiological, 3D computed tomography observation of a child with desmoplastic fibroma of the lower jaw.

**Materials and methods:** the results of a clinical examination, instrumental methods of X-ray diagnostics, stages of surgical treatment, a histological report and photographs of the patient's appearance are presented.

**Conclusion:** Given the high regenerative capacity of bone tissue in children, it is necessary to perform surgical treatment of benign neoplasms by the type of marginal resection, that is, by the organ-preserving type, and to conduct dispensary observation of the patient during the first year.

**Keywords:** maxillofacial surgery, desmoid fibromatosis, desmoid, neoplasm of the maxillofacial region, X-ray diagnostics

**Financial support.** No financial support has been provided for this work.

**Conflict of interests.** The authors declare that there is no conflict of interest.

**Informed consent.** In carrying out the study, written informed consent was obtained from a patient.

Sergey V. CHUYKIN ORCID ID 0000-0002-8773-4386  
Grand PhD in Medical sciences, Professor, Head of the Department of Pediatric Dentistry  
and Orthodontics, Bashkir State Medical University, Ufa, Russia  
chuykin-sv@mail.ru

Nail A. DAVLETSHIN ORCID ID 0000-0002-9929-1658  
Grand PhD in Medical sciences, Associate Professor, Professor of the Department of Pediatric  
Dentistry and Orthodontics with IAPE course, Bashkir State Medical University;  
Head of the Department of Maxillofacial Surgery, Republican Children's Clinical Hospital, Ufa, Russia  
davletshin\_n@mail.ru

Oleg S. CHUYKIN ORCID ID 0000-0003-4570-4477  
PhD in Medical sciences, Associate Professor of the Department of Pediatric Dentistry and Orthodontics, Bashkir State Medical University, Ufa, Russia  
chuykin2014@yandex.ru

Khadyatullo H. AYUBOV ORCID ID 0000-0002-2561-0804  
Maxillofacial Surgeon of the Department of Maxillofacial Surgery, Republican Children's Clinical Hospital, Ufa, Russia  
ayubov-habib@yandex.ru

Akbar A. SHODIEV ORCID ID 0000-0003-4677-4573  
Clinical resident of the Department of Maxillofacial Surgery, Republican Children's Clinical Hospital, Ufa, Russia  
akbar.shodiev66@gmail.com

Kristina N. KUCHUK ORCID ID 0000-0003-0352-1533  
Assistant of the Department of Children's Dentistry and Orthodontics, Bashkir State Medical University, Ufa, Russia  
christina.kuchuk@yandex.ru

**Correspondence address:** Sergey V. CHUYKIN  
450008, Ufa, str. Zaki Validi, 45a, 206  
+7 (917) 3433432  
chuykin-sv@mail.ru

### For citation:

Chuykin S.V., Davletshin N.A., Chuykin O.S., Ayubov Kh.Kh., Shodiev A.A., Kuchuk K.N. CLINICAL, X-RAY AND COMPUTER-TOMOGRAPHIC PICTURE OF DESMOPLASTIC FIBROMA OF THE LOWER JAW IN CHILDREN. Actual problems in dentistry. 2021; 3: 101-107. (In Russ.)

© Chuykin S.V. et al., 2021

DOI: 10.18481/2077-7566-21-17-3-101-107

Received 25.09.2021. Accepted 27.10.2021

## Актуальность

Десмопластическая фиброма костной ткани (агрессивный фиброматоз, десмоидная фиброма) — редкая, локально агрессивная, доброкачественная опухоль, локализуемая в костной ткани, представляет собой мезенхимальную фибропролиферативную опухоль с местнодеструктивным ростом, составляет меньше 0,03% всех опухолей человека [1]. Этиология десмоидной опухоли до настоящего времени не ясна. Обсуждают в качестве причин их развития генетические нарушения, эндокринные факторы, а также, возможно, предшествовавшую травму [5, 6]. Клиническая симптоматика десмоидных опухолей зависит от локализации и размеров. Чаще всего новообразования имеют вид узловых образований или плотных инфильтратов без четких границ. Эта первичная опухоль костей названа десмопластической фибромой из-за ее подобия десмоидам — соединительнотканным новообразованиям, развивающимся из сухожильных и фасциально-апоневротических структур с инфильтрирующим ростом [1]. На сегодняшний день в отечественной литературе имеются лишь единичные сведения клинических наблюдений пациентов с данной патологией. Впервые термин «десмоид» (от греч. «desmos» – «группа / связки») ввел немецкий физиолог и анатом Иоганн Мюллер в 1838 году [1]. А в 1958 году доктором Джеффри Яффе эта нозологическая форма была описана, он выделил эту патологию в качестве самостоятельного заболевания, отделив от других внутрикостных волокнистых опухолей. Д. Яффе описал десмоидную фиброму бедренной кости, большеберцовой кости, а также лопатки. Интересно отметить, что в обзоре, проведенном Crim J.R. с соавторами в 1989 году, указано, что из всех 114 описанных на тот момент в литературе случаев десмопластической фибромы костей поражения нижней челюсти составили только 30 случаев. На сегодняшний день поражение нижней челюсти, по данным различных авторов, происходит в 20-25% случаев. В 1965 году Griffith J.G. и Irby W.B. впервые представили общественности доклад о десмопластической фиброме нижней челюсти. С этого времени в литературе стали появляться описания клинических случаев этой патологии. В базе данных международной литературы PubMed были описаны 57 случаев (с 1969 по 2015 год) десмопластической фибромы в области нижней челюсти. Данный факт подтверждает редкую встречаемость этого заболевания. Проведенный анализ отечественной и зарубежной литературы показал, что десмопластическая фиброма составляет около 0,06% всех костных опухолей и 0,3% всех доброкачественных новообразований костной ткани [11-19]. Причины развития данного заболевания неизвестны, хотя имеются предположения, что на его возникновение могут оказывать влияние генетические, эндокринные и травматические факторы [7, 10]. Десмопластическая фиброма обычно встречается у взрослых людей во второй или

третьей декаде жизни, хотя имеются данные о развитии заболевания, а также преимущественно обнаруживают его в детском возрасте до 5 лет, чаще у мальчиков, и в большинстве случаев оно локализуется в нижней челюсти. Патогномичные симптомы десмопластической фибромы не отмечены. По данным литературы, десмопластическая фиброма имеет частоту рецидивов от 37% до 72% [1-19], резекция пораженной кости является предпочтительной терапией, и в идеале она должна быть в виде единого блока резекции. В случаях, когда по анатомическим соображениям ограничивается резекция, альтернативной терапией является кюретаж. Средняя частота рецидивов после выскабливания составляет 55%. Также применяется лучевая и химиотерапия, которая не обладает такой эффективностью, как предыдущие методы лечения, и считается опасной для доброкачественных опухолей. Применяется при невозможности проведения последних или при отказе пациента от хирургического вмешательства. Широкое иссечение является методом выбора в лечении операбельных форм десмоидных опухолей у детей. Авторами ранее было подтверждено, что частота рецидивов при десмоидном фиброматозе у детей достаточно высокая (49%) и, как правило, рецидивы возникают в течение 1 года после оперативного лечения.

**Цель исследования:** клиническое, рентгенологическое, 3D-компьютерно-томографическое наблюдение ребенка с десмопластической фибромой нижней челюсти.

## Материалы и методы

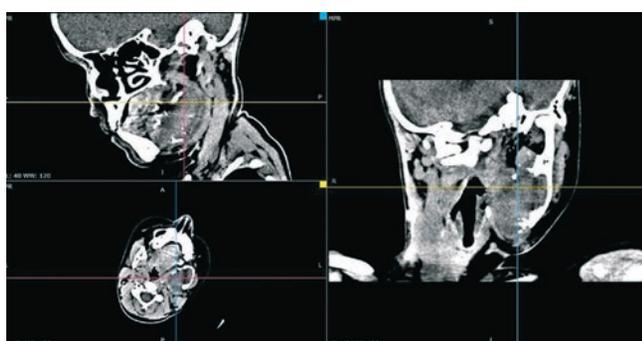
Представлены результаты клинического осмотра, инструментальные методы рентгенологической диагностики, этапы оперативного лечения, гистологическое заключение и фотографии внешнего вида пациента, обратившегося за медицинской помощью в специализированное отделение детской челюстно-лицевой хирургии.

## Клинический случай

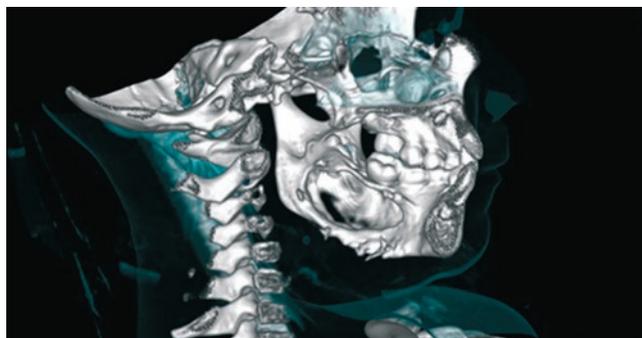
В специализированную клинику многопрофильного стационара обратились мать с ребенком в возрасте 6 лет 1 месяца по поводу новообразования нижней челюсти слева. Из анамнеза установлено, что в августе 2020 г. новообразование обнаружили случайно во время посещения врача-стоматолога по месту жительства. После ортопантограммы были направлены на консультацию к челюстно-лицевому хирургу Республиканской детской клинической больницы (ГБУЗ РДКБ, г. Уфа). После клинико-рентгенологического исследования, а также выполненной компьютерной томографии у пациентки было обнаружено объемное новообразование, локализуемое в теле и ветви нижней челюсти слева с отеком мягких тканей полости рта слева. В сентябре 2020 г. пациентка была



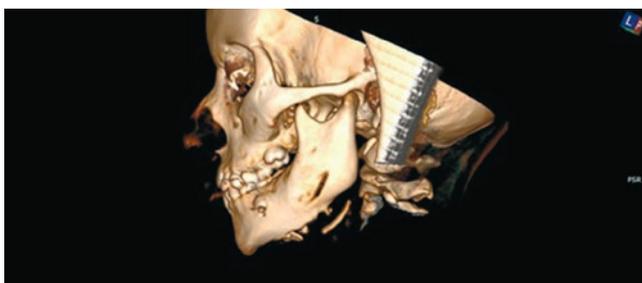
Рис. 1. Пациентка 6 лет 1 мес. а) внешний вид пациентки — лицо во фронтальной проекции; б) вид в полости рта  
Fig. 1. Patient 6 years 1 month, a) the patient's appearance — face in frontal projection; b) view in the oral cavity



а



б



в

Рис. 2. Отпечаток компьютерной томографии от 14.09.2020 г.  
а) поперечный разрез нижней челюсти в месте деструкции в трех проекциях; б, в) трехмерная реконструкция пораженного участка  
Fig. 2. Imprint of computed tomography from 14.09.2020:  
a) cross section of the lower jaw at the site of destruction in 3 projections; b, c) 3D reconstruction of the affected area

госпитализирована в отделение челюстно-лицевой хирургии ГБУЗ РДКБ для уточнения диагноза, проведения плановой операции — биопсии новообразования. Ранее консультирована онкологом.

При осмотре наблюдалась асимметрия лица в области угла и ветви нижней челюсти слева. Кожные покровы физиологической окраски, без признаков воспалительных изменений. Регионарные лимфатические узлы челюстно-лицевой области не увеличены, безболезненны. Открывание рта в полном объеме, безболезненно. В полости рта слизистая бледно-розовая, влажная, без видимых патологических изменений. Наблюдается деформация зубного ряда нижней челюсти. Патологическая подвижность зубов нижней челюсти слева не определяется. При пальпации в области переходной складки и подъязычной области слева определяется выбухание костной ткани, безболезненное. Движение языка не нарушено. Функции глотания и жевания не нарушены (рис. 1).

При помощи компьютерной томографии лицевого черепа с прицелом на нижнюю челюсть получены изображения исследуемых структур (от 14.09.2020 г.). Слева в теле и ветви нижней челюсти — кистоподобное образование, пониженной плотности от -66 до +68 ед.Н., примерными размерами 36x26,6 мм, наружная кортикальная пластинка сохранена, внутренняя — с резким истончением до исчезновения, с тенденцией на распространение в мягкие ткани со стороны полости рта. Мягкие ткани отечны на 7-8 мм, пониженной плотности, смещены вправо. На фоне образования зачатки зубов шестого-седьмого слева снизу не визуализируются. На остальном протяжении исследования костные структуры без остеодеструктивных изменений. Заключение: по КТ — образование тела и ветви нижней челюсти слева, с отеком мягких тканей полости рта слева (рис. 2).

На ортопантограмме от 18.09.2020 г.: визуализируется объемное образование в области тела и ветви нижней челюсти слева, корни зубов 3.6 и 7.5 на 1/2 длины корня резорбированы в области новообразования (рис. 3).



Рис. 3. Ортопантограмма от 18.09.2020 г.  
Fig. 3. Orthopantomogram dated 18.09.2020

Пациентке был проведен полный спектр клинического и инструментального обследования: данных за патологию внутренних органов не получено.

В условиях операционной выполнена биопсия из подчелюстной области слева обширного участка образования. Макропрепарат отправлен на гистологическое исследование в ФГБУ «Федеральный научно-клинический центр детской гематологии, онкологии и иммунологии им. Дмитрия Рогачева».

При гистологическом исследовании выявляются переплетающиеся пучки клеток веретеновидной формы среднего размера с небольшим количеством эозинофильной цитоплазмы и овоидными ядрами с нормальным распределением хроматина. При проведении иммуногистохимического исследования выявлена ядерная экспрессия beta-catenin, экспрессия SMA. Отсутствуют реакции с desmin, PanCK, S100. Реакция с H3K27Me неинформативна. Экспрессия Ki 67, PNH3 маркеров низкий.

Заключение гистологического исследования: десмоидный фиброматоз.

По телемедицинской консультации была рекомендована тотальная резекция левой половины челюсти от 7.3-7.4 зубов с экзартикуляцией мышечкового отростка ВНЧС слева и замещением удаленного участка аутотрансплантатом или титановым имплантатом с протезированием головки мышечкового отростка, либо широкое иссечение новообразования и диспансерное наблюдение пациента.

В октябре 2020 г., спустя месяц, ребенок госпитализирован повторно в отделение челюстно-лицевой хирургии РДКБ для проведения планового оперативного вмешательства — широкого иссечения новообразования. Проведен ряд дополнительных и клинико-лабораторных исследований.

При повторной компьютерной томографии лицевого черепа с прицелом на нижнюю челюсть получены изображения исследуемых структур (от 22.10.2020 г.): тело нижней челюсти слева вздуто за счет кистоподобного образования, которое деформирует внутреннюю кортикальную пластинку (не прослеживается на протяжении 30 мм) и распространяется в мягкие ткани со стороны полости рта. Образование общими размерами 40\*28\*50 мм (ранее 36\*26.6 мм), неоднородной плотности от -19 до +61 ед.Н, с наличием фрагментов кортикальной пластинки до +215 ед.Н., смещает мягкотканые структуры вправо, частично деформирует воздушный просвет глотки, компримирует локально глотку. В межмышечных пространствах шеи с обеих сторон определяются множественные разнокалиберные лимфоузлы, не спаянные между собой. На остальном протяжении исследования костные структуры без остеодеструктивных изменений.

**Заключение:** по КТ — объемное образование тела и ветви нижней челюсти слева (в сравнении с иссле-

дованием от 14.09.2020 г. отмечается отрицательная динамика за счет увеличения размеров образования).

В сентябре 2021 г. ребенку была проведена операция в плановом порядке — широкое иссечение новообразования с сохранением зубов. Макропрепарат отправлен на повторное гистологическое исследование (рис. 4 и 5).

Состояние после оперативного лечения — широкое иссечение новообразования. Проекционно в теле нижней челюсти слева визуализируется постоперационный дефект, овальной формы, размером около 5,5\*3,0 см с четким, неровным контуром. Контур нижней челюсти слева четкий, неровный. Визуализируются верхний и нижний зубные ряды сменного типа.

Височно-нижнечелюстные суставы дифференцируются.

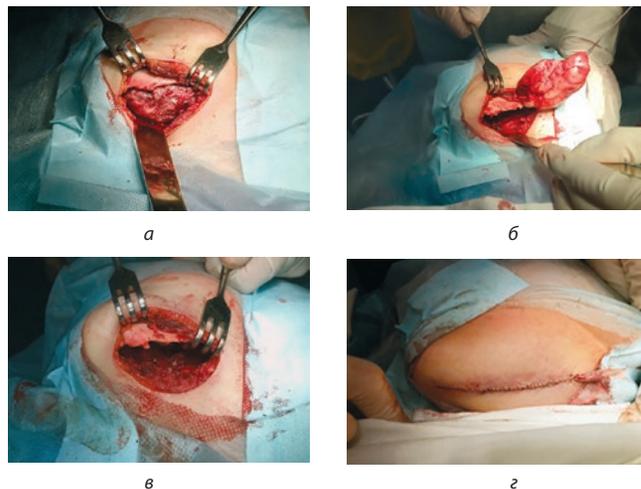


Рис. 4. Во время операции. а) визуализация новообразования, б) выявление новообразования, в) ложе новообразования после радикального иссечения, г) ушивание и дренирование раны

Fig. 4. During the operation. a) visualization of the neoplasm, b) detection of the neoplasm, c) the bed of the neoplasm after radical excision, d) suturing and drainage of the wound

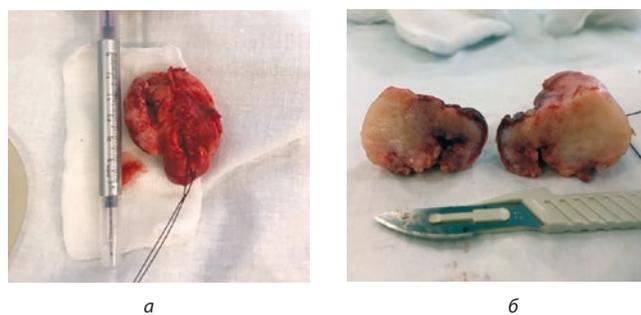


Рис. 5. Макропрепарат. а) сравнение с линейным измерителем, б) в разрезе

Fig. 5. Macrodrug. a) comparison with a linear meter, b) in section



а

б

Рис. 6. Отпечаток компьютерной томографии от 12.03.2021 г.

а) поперечный разрез нижней челюсти в месте деструкции в трех проекциях; б) трехмерная реконструкция пораженного участка

Fig. 6. Imprint of computed tomography from 12.03.2021:

a) cross section of the lower jaw at the site of destruction in 3 projections; b) 3-dimensional reconstruction of the affected area



а

б

Рис. 7. Внешний вид пациента спустя 1 год после оперативного лечения

Fig. 7. Appearance of the patient 1 year after surgery

**Заключение:** Состояние после оперативного лечения.

Пациент находится на диспансерном наблюдении челюстно-лицевого хирурга.

Проводится клиническое и рентгенологическое наблюдение в динамике.

КТ лицевого отдела черепа от 12.03.2021 г. (6 месяцев после операции) (рис. 6):

При осмотре спустя 1 год после оперативного лечения по иссечению десмоидного фиброматоза нижней челюсти слева жалоб пациент не предъявляет, не обнаружено данных за новообразование челюстно-лицевой области и рецидив, конфигурация лица не нарушена, при клиническом осмотре и паль-

пации в послеоперационной области болезненности и потери чувствительности нет. Внешний вид пациента и области рубца спустя 1 год после оперативного лечения представлен на рис. 7. Результат проведенного лечения считаем успешным.

КТ лицевого отдела черепа от 30.09.2021 (1 год после оперативного лечения) (рис. 8): на серии контрольных КТ-томограмм лицевого черепа получены изображения исследуемых структур. Состояние после оперативного лечения. Нижняя челюсть слева на уровне угла в поперечнике несколько толще, до 15 мм (справа до 14 мм), костная структура аморфна, кортикальная пластинка четко прослеживается, по внутренней поверхности с четкими неровными контурами (послеоперационные изменения). Нижнечелюстной канал четко прослеживается. Мягкие ткани перифокально не изменены. Костно-трабекулярная структура на остальном протяжении исследования не изменена, без остеодеструктивных изменений. **Заключение:** по КТ — состояние после оперативного лечения по поводу образования тела нижней челюсти слева.

### Выводы

Таким образом, учитывая высокие регенеративные способности костной ткани у детей, по нашему мнению, необходимо оперативное лечение доброкачественных новообразований выполнять по типу краевой резекции, то есть по органосохраняющему типу и проводить диспансерное клиническое и рентгенологическое наблюдение за пациентом в течение первого года после операции.

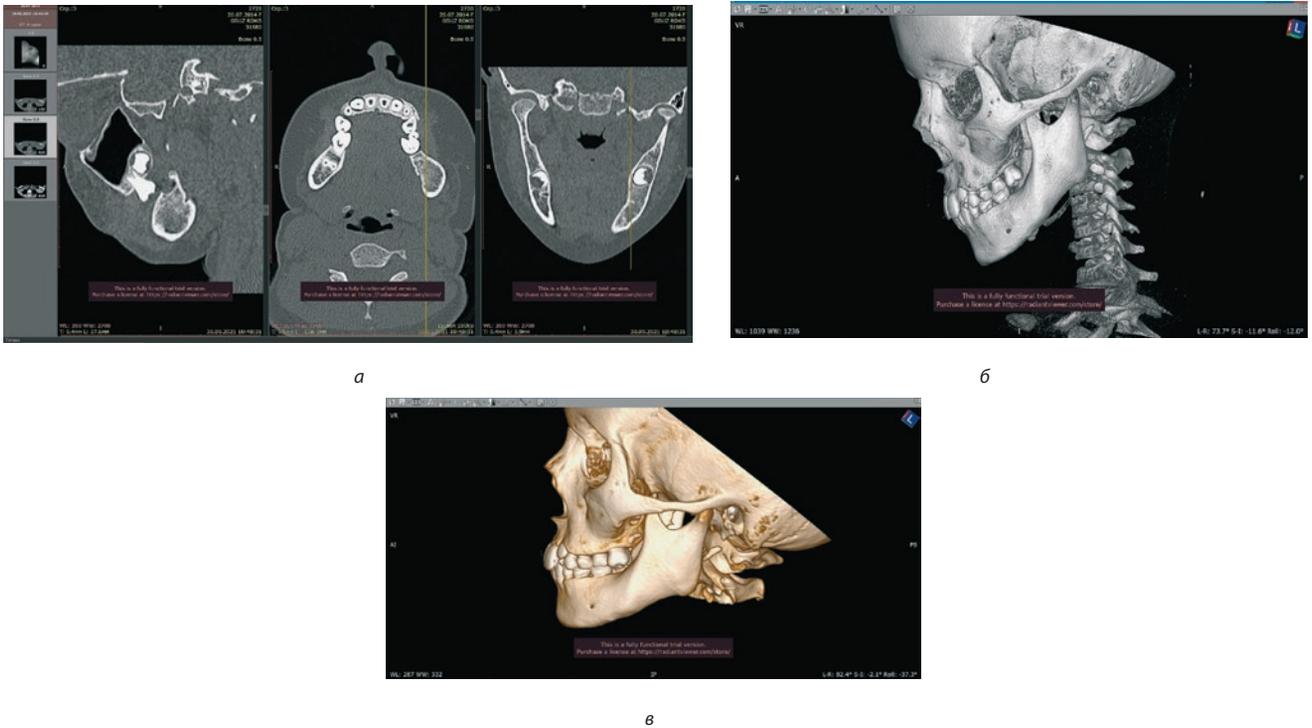


Рис. 8. Отпечаток компьютерной томографии от 30.09.2021 г.  
а) поперечный разрез нижней челюсти в месте деструкции в трех проекциях; б, в – трехмерная реконструкция пораженного участка. Результат проведенного лечения считаем успешным

Fig. 8. Imprint of computed tomography from 09/30/2021:  
a) cross section of the lower jaw at the site of destruction in 3 projections; b, c – 3D reconstruction of the affected area. We consider the result of the treatment carried out to be successful

## Литература/References

- Dormans J.P., Spiegel D., Meyer J. et al. Fibromatoses in childhood: the desmoid fibromatosis complex // *Med Pediatr Oncol.* – 2001;37:126-131. doi: 10.1002/mpo.1181.
- Хоров О.Г., Никита Е.И., Загоровская О.В., Новиков А.Г., Нечипоренко А.С. Десмоидная фиброма полости носа и околоносовых пазух. Описание клинического случая. *Оториноларингология. Восточная Европа.* 2020;10(3):258-267. [O.G. Khorov, E.I. Nikita, O.V. Zagorovskaya, A.G. Novikov, A.S. Nechiporenko. Desmoid fibroma of the nasal cavity and paranasal sinuses. Description of the clinical case. *Otorhinolaryngology. Eastern Europe.* 2020;10(3):258-267. (In Russ.). <http://elib.grsmu.by/handle/files/21075>]
- Исмаилзаде Р.С., Тарасик А.О., Шиманский А.Т., Кочубинский Д.В. Десмоидные опухоли у детей. *Онкопедиатрия.* 2015;2(2):131-138. [R.S. Ismailzade, A.O. Tarasik, A.T. Shimansky, D.V. Kochubinsky. Desmoid tumors in children. *Oncopediatrics.* 2015;2(2):131-138. (In Russ.).]
- Лутков М.А., Лазарев А.Ю. Экстраабдоминальный фиброматоз (десмоид) основания черепа: клиническое наблюдение. *Уральский медицинский журнал.* 2015;10(133):55-58. [M.A. Lutkov, A.Yu. Lazarev. Extra-abdominal fibromatosis (desmoid) of the skull base: a clinical case. *Ural medical journal.* 2015;10(133):55-58. (In Russ.).] <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=25475936>
- Dubova E.A., Sidorenko T.V., Shchegolev A.I., Adamyana A.A. Immunohistochemical profile of primary and recurrent desmoids // *Virchows Archiv-European Journal of Pathology.* – 2012;461(S1):226.
- Тригolos Н.Н., Македонова Ю.А., Фирсова И.В. и др. Цементно-костная дисплазия челюстей. Современные проблемы науки и образования. 2015;3. [N.N. Trigolos, Yu.A. Makedonova, I.V. Firsova et al. Cement-bone dysplasia of the jaws. *Modern problems of science and education.* 2015;3. (In Russ.).] <https://science-education.ru/ru/article/view?id=17803>
- Ядрина А.В., Карпенко В.Ю., Новикова О.В., Бычкова Н.М., Державин В.А., Бухаров А.В. Прогностические факторы рецидивов при хирургическом лечении десмоидных фибром туловища и конечностей. *Исследования и практика в медицине.* 2019;6;1:21-32. [A.V. Yadrina, V.Yu. Karpenko, O.V. Novikova, N.M. Bychkova, V.A. Derzhavin, A.V. Bukharov. Prognostic factors of recurrence in the surgical treatment of desmoid fibroids of the trunk and extremities. *Research and practice in medicine.* 2019;6;1:21-32. (In Russ.).] <https://cyberleninka.ru/article/n/prognosticheskie-factory-retsdivov-pri-hirurgicheskom-lechenii-desmoidnyh-fibrom-tulovischa-i-konechnostey>
- Ядрина А.В., Болотина Л.В., Новикова О.В., Карпенко В.Ю., Бычкова Н.М., Кострыгин А.К., Сыченкова И.Ю. Опыт применения доксорубина и дакарбазина в лечении нерезектабельных десмоидных фибром экстраабдоминальной локализации. *Онкология. Журнал им. П.А. Герцена.* 2019;8;3:180-186. [A.V. Yadrina, L.V. Bolotina, O.V. Novikova, V.Yu. Karpenko, N.M. Bychkova, A.K. Kostrygin, I.Yu. Sychenkova. Experience of using doxorubicin and dacarbazine in the treatment of unresectable desmoidal fibroids of extra-abdominal localization. *Oncology. Journal them. P.A. Herzen.* 2019;8;3:180-186. (In Russ.).] DOI 10.17116/onkolog2019803115180
- Ядрина А.В., Карпенко В.Ю., Новикова О.В., Бычкова Н.М., Державин В.А., Бухаров А.В. Реконструктивно-пластические операции в лечении десмоидных фибром экстраабдоминальной локализации. *Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова.* 2019;1:42-48. [A.V. Yadrina, V.Yu. Karpenko, O.V. Novikova, N.M. Bychkova, V.A. Derzhavin, A.V. Bukharov. Reconstructive plastic surgery in the treatment of extra-abdominal desmoid fibroids. *Bulletin of Traumatology and Orthopedics.* N.N. Priorov. 2019;1:42-48. (In Russ.).] <https://doi.org/10.17116/vto201901142>
- Muller J. *Über den feineren Bau und die Formen der krankhaften Geschwulste. Erste Lieferung Berlin* : G. Reimer. 1838.
- Jaffe H.L. Tumors and thrombus conditions of the bones and joints. *Philadelphia* : Les & Febiger. 1958.
- Crim J.R., Gold R.H. Desmoplastic fibroma of bone. *Radiographic analysis* // *Radiology.* – 1989;172:827-832. DOI: 10.1148/radiology.172.3.2772196
- Gebhardt M.C., Campbell C.J., Schiller A.L., Mankin H.J. Desmoplastic fibroma of bone. A report of eight cases and review of the literature // *J. Bone Joint. Surg. Am.* – 1985;67:732-747.
- Griffith J., Irby W.B. Desmoplastic fibroma // *Oral. Surg. Oral. Med. Oral. Pathol.* – 1965;20:269-275.
- Harsha V.T., Ravi K.A. Desmoplastic fibroma of the mandible // *J. Oral. Maxillofac. Pathol.* – 2014;26(2):222-224.
- Nag H.L., Kumar R., Bhan S. Radiotherapy for desmoplastic fibroma of bone: a case report // *J. Orthop. Surg. (Hong Kong).* – 2003;11(1):90-93. DOI: 10.1177/230949900301100117
- Nithya S., Sundaravel S. Desmoplastic Fibroma // *J. Oral. Maxillofac. Pathol.* – 2015;19(2):270.
- Stefanidis K., Benakis S., Tsatalou E. Computed tomography and magnetic resonance imaging of desmoplastic fibroma with simultaneous manifestation in two unusual locations // *Iran. J. Radiol.* – 2015;12;3:218. DOI: 10.1186/1752-1947-5-28
- Vanhoenacker F.M., Hauben E. Desmoplastic fibroma of bone: MRI features // *Skeletal. Radiol.* – 2000;29;3:171-175. DOI: 10.1007/s002560050589