ՀԱՅԿԱԿԱՆ ՍՍՀ ԳԻՏՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԱԿԱԴԵՄԻԱ
АКАДЕМИЯ НАУК АРМЯНСКОЙ ССР

Էքսպեր. և կլինիկ. բժշկ. հանդես

VIII, № 6, 1968

Журн. экспер. и клинич. медицины

Ф. А. ХЕРОБЯН, Л. С. НАГАПЕТЯН

К ВОПРОСУ О КРАЕВОЙ ФОРМЕ ГИГАНТОКЛЕТОЧНОЙ ОПУХОЛИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Ведущую роль в диагностике гигантоклеточных опухолей играет рентгенологическое исследование. Имеется большое количество работ, посвященных вопросам рентгенодиагностики гигантоклеточных опухолей трубчатых костей.

Тем не менее рентгенологическая диагностика гигантоклеточных опухолей плоских костей, особенно челюстей, изучена мало. Краткие сведения об этом имеются в руководствах по стоматологии и рентгенологии.

В единственной диссертационной работе, посвященной вопросам гигантоклеточных опухолей челюстей [1], в основном обсуждаются вопросы клиники и лучевой терапии указанных образований. Поскольку лечением заболеваний челюстей, в частности гигантоклеточных опухолей, занимаются преимущественно специалисты по челюстно-лицевой хирургии, необходимое рентгенологическое исследование производится в соответствующих учреждениях с узким профилем. В результате этого такие больные выпадают из поля зрения общих рентгенологов. Даже в таких фундаментальных работах, посвященных вопросам костной патологии, как руководство С. А. Рейнберга, В. С. Майковой-Строановой и Д. Е. Рохлина, В. А. Дьяченко и монография И. Г. Лагуновой о гигантоклеточной опухоли челюстей, встречаются лишь отдельные замечания. Вопрос о гигантоклеточной опухоли челюсти при ее краевой локализации мало изучен. Большинство авторов [6—8 и др.] одной из форм гигантоклеточной опухоли считает гигантоклеточные эпулиды и называет их периферическими. В стоматологической практике эпулиды встречаются довольно часто. В настоящее время принято различать три гистологических вида эпулидов: фиброматозный, ангиоматозный и гигантоклеточный [3, 12, 14].

Первые два вида эпулидов относятся к гиперпластическим процессам с преобладанием разрастания фиброзной ткани в первом случае и сосудистой — во втором. Природа гигантоклеточных эпулидов до сих пор еще неясна. Ряд авторов рассматривает эти разрастания как гигантоклеточную опухоль [2, 6, 10, 13, 15, 16], другие же [5, 11] относят их к гранулемам. Клинически отличить гигантоклеточный эпулид от других форм эпулидов не представляется возможным. Диагноз решает патологоанатомическое исследование. Из всех видов эпулидов чаще всего встречается гигантоклеточный, который может располагать-

ся или поверхностно, или захватывать глубоко лежащие ткани. Обычно он располагается в области надкостницы краевых или более глубоких отделов зубной луночки. В отличие от глубоко проникающей формы при поверхностном расположении гигантоклеточных эпулидов костных изменений не возникает. В этом случае могут быть изменения, рентгенологически напоминающие картину гигантоклеточной опухоли, исходящей из кости. Но при учете клинической картины, а именно: наличия типичной грануляционной ткани по дёсенному краю, диагноз становится более убедительным.

На основании изученного нами материала гигантоклеточной опухоли нижней челюсти мы пришли к заключению, что периферическое расположение присуще не только гигантоклеточным эпулидам, так как изменения подобного характера возникают и при истинно гигантоклеточной опухоли, исходящей из челюсти.

Отличительные признаки этих двух форм связаны с клиникой. Если при гигантоклеточной опухоли определяется деформация и плотная опухоль альвеолярного отростка без изменения слизистой оболочки, то для эпулида характерно наличие грануляционной ткани на десне—наддёсенника. Гигантоклеточную опухоль, исходящую из альвеолярного отростка, целесообразнее назвать не периферической, как указывают некоторые авторы, а краевой, ибо первое создает представление пространственности органа с отдаленными участками периферии.

Из общего количества наблюдений (39) с гигантоклеточными опухолями нижней челюсти краевое расположение отмечено в 10 случаях, в 9 из них опухоль была расположена по альвеолярному, в одном—по нижнему краю челюсти. Возрастной состав при этом представляется следующим образом: до 5 лет — 1 больной, от 6 до 10—2, от 11 до 20 — 1, от 21 до 30 — 2, от 31 до 40 — 2, от 50 до 60—2. Таким образом, основной возраст поражения приходится на первые три десятилетия жизни.

Из 10 случаев отмеченной опухоли в 3 краевые формы локализованы в подбородочной области, в 7 случаях наблюдалось поражение тела нижней челюсти с преимущественной локализацией в области больших и малых коренных зубов, в одном — поражение по нижнему краю челюсти на уровне больших и малых коренных зубов. В области угла и восходящей ветви поражений не отмечено ни в одном случае.

Клинически заболевание характеризуется медленным ростом. Длительность периода с момента появления первых симптомов до обращения к врачу у исследуемых нами больных колебалась от одного месяца до 6 лет. В 8 случаях заболевание началось с безболезненного припухания в области альвеолярного отростка, в одном — с зубной боли. У большинства больных величина опухоли к моменту обращения не превышала 2—3 см в диаметре несмотря на то, что она появилась за 1,5—2 года. Опухоль плотно-эластичной консистенции, у

большинства с синюшным оттенком. У 2 больных отмечено изъязвление опухоли зубами-антагонистами.

Из 10 больных с краевыми формами гигантоклеточной опухоли 7 были с диагнозом одонтогенной кисты, 1—адамантиномы, 1—гигантоклеточного эпулида. Только в одном случае диагноз соответствовал действительности.

Рентгенологически для краевых форм характерно расположение очага деструкции по краю альвеолярного отростка. В начале болезни одиночный очаг округлой формы с довольно подчеркнутыми, слегка уплотненными гладкими контурами локализуется по альвеолярному краю, соответственно месту отсутствующих зубов. При этом уместно отметить удачное название этого дефекта — ложкообразный, впервые примененное А. А. Колесовым и метко характеризующее рентгенологическую картину именно при краевой локализации гигантоклеточной опухоли. Кортикальный слой со стороны альвеолярного отростка в этом случае обычно отсутствует (в одном случае наблюдалось резкое истончение его контуров). Рентгенологически окружающая кость не подвергается заметному изменению. Периостальная реакция ни в одном случае не отмечена. Размеры очага деструкции при первом обращении больного достигали в среднем 2 см.

Очагом деструкции в этой стадии болезни является участок рассасывания кости, совершенно лишенный структуры. При распределении материала на ячеистую и литическую формы по аналогии с гигантоклеточными опухолями других локализаций нами в качестве критерия учитывалось состояние краевых очертаний отмеченного очага деструкции. К ячеистой форме отнесены краевые очаги с четко очерченными границами, к литической — с менее четкими контурами, которые местами не прослеживаются. Окружающая кость в последнем случае заметно поротична, в то время как при ячеистой форме этого не наблюдается.

Литическая форма нами отмечена в 6 случаях, ячеистая — в 4. Динамическое изучение больных с краевыми формами гигантоклеточной опухоли нижней челюсти в течение ряда лет показало, что последняя со временем приобретает характерную для гигантоклеточной опухоли рентгенологическую картину. Описываем одно наблюдение.

Больной В. С., 60 лет. Обратился с жалобами на наличие припухлости в области десны нижней челюсти справа. При осмотре ротовой полости обнаружена опухоль альвеолярного отростка плотно-эластичной консистенции, величиной 2—3 см. I—II резцы соответственно припухлости отсутствуют. Переходная складка сглажена. Изменений со стороны слизистой оболочки не отмечается. При пальпации опухоль безболезненна. Рентгенологически справа, соответственно отсутствующим I—II резцам, выявлен дефект кости альвеолярного отростка нижней челюсти. Контуры очага деструкции четкие, окружающая кость без заметных изменений — ложкообразный дефект (рис. 1). При повторном исследовании через 4 года отмечается некоторое увеличение размеров очага описанного дефекта, на фоне которого уже намечается ячеистость (рис. 2). Больной был подвергнут оперативному вмешательству (выскабливание). При рентгенографии через 5 лет после операции и 9 лет от начала заболева-

Рис. 1. Дефект кости альвеолярного отростка нижней челюсти соответственно I—II резцам. Контуры очага четкие, окружающая кость без заметных изменений—ложкообразный дефект.

Рис. 2. Дефект кости альвеолярного отростка нижней челюсти соответственно I—II резцам через 4 года. На фоне незначительно увеличенного дефекта появилась ячеистая структура.

Рис. 3. То же наблюдение через 9 лет. Контуры намного увеличенного дефекта и перегородки между ячейками стали нечеткими. Остеопороз окружающей кости.

ния выявлена нечеткость контуров послеоперационного дефекта, на фоне которого местами намечаются остатки перегородок между ячейками (рис. 3). Литическая форма гигантоклеточной опухоли.

Данное наблюдение свидетельствует о том, что краевую форму гигантоклеточной опухоли не следует рассматривать как нечто обособленное; в динамическом развитии болезни можно заметить переход ее в известные формы данной опухоли — ячеистую или литическую, которые в этой стадии не отличаются от гигантоклеточных опухолей с центральным началом.

Выводы

1. Выделение и изучение краевой формы гигантоклеточной опухоли нижней челюсти диктуется необходимостью отличия ее от эпулидов.

2. Краевая форма гигантоклеточной опухоли нижней челюсти в начальных стадиях дает довольно четкую симптоматику в виде «ложкообразного дефекта» с полным отсутствием костной структуры на месте луночки отсутствующего зуба.

3. Последующее развитие процесса приводит к типичной для гигантоклеточной опухоли рентгенологической, широко известной ячеистой или литической картине, наблюдаемой при поражении других костей скелета.

Армянский институт рентгенологии
и онкологии

Поступило 11/XI 1968 г.

Ֆ. Ա. ԽԵՐՈԲՅԱՆ, Լ. Ս. ՆԱՀԱՊԵՏՅԱՆ

ՍՏՈՐԻՆ ԾՆՈՏԻ ՀՍԿԱԲՋՋԱՅԻՆ ՈՒՌՈՒՑՔԻ ԵԶՐԱՅԻՆ ՁԵՎԻ ՀԱՐՑԻ ՄԱՍԻՆ

Ամփոփում

Ստորին ծնոտի հսկաբջջային ուռուցքի եզրային ձևի առանձնացումը և մասնակի ուսումնասիրությունը պետք է համարել հիմնավորված՝ նկատի ունենալով այն էպուլիդներից տարբերազատելու անհրաժեշտությունը։ Աշխատության մեջ տրվում են ուռուցքի այդ ձևի ռենտգենաբանական պատկերի նկարագրությունը և դինամիկական հետազոտության տվյալները։

ЛИТЕРАТУРА

1. *Бальсевич С. Я.* Диссертация. М., 1962.
2. *Виноградова Т. П., Вахуркина А. М.* Хирургия, 1955, 7, стр. 17.
3. *Кьяндинский А. А., Костомарова М. К.* В кн.: Злокачественные опухоли. М., 1952, стр. 307.

4. *Колесов А. А.* Стоматология, 1959, 1, стр. 15.
5. *Лехицер Л. И.* Диссертация. Харьков, 1960.
6. *Лукомский И. Г.* Одонтогенные опухоли. М., 1927.
7. *Мазалова Н. Н.* Диссертация. М., 1959.
8. *Мигунов Б. И.* Патологическая анатомия заболеваний зубочелюстной системы и полости рта. М., 1963, стр. 30.
9. *Покотило Е. Д.* Диссертация. Киев, 1953.
10. *Русаков А. В.* Хирургия, 1952, 7, стр. 11.
11. *Рыквинд А. В.* Русская клиника, 1926, т. VI, 23, стр. 761.
11. *Aird J.* A companion in surgical studies. Edinburgh, 1949, 230.
12. *Geschikter C., Copeland M.* Tumors of Bone. London, 1949.
13. *Partsch C., Bruhn C., Cantorowicr A.* Die chirurgischcen Ercrankungen der Mündhole der Eähne und Kiefer. München, 1932.
15. *Saltykow S.* Arch. Pathol. Anatom. u. Physol., 1925, 253, 685.
16. *Thoma K.* Oral pathology. Louis, 1944, 110.