

ИЗМЕНЕНИЕ НА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИ ГИПЕРПАРАТИРЕОИДНОЙ ОСТЕОДИСТРОФИИ

Х.И. Ирсалиев, Л.Х. Наврузова

Бухарский государственный медицинский институт.

✓ Резюме,

Во избежание диагностических ошибок у больных с костными опухолями целесообразно проводить комплексное обследование с биохимическим изучением минерального обмена с системным рентгенологическим исследованием скелета. Только оценка совокупности всех данных позволит в ряде случаев, выявить истинный характер заболевания и избежать необоснованного хирургического вмешательства-резекции челюсти.

Ключевые слова: гиперпаратиреоз, гиперпаратиреоидная остеодистрофия.

ГИПЕРПАРАТИРЕОИДЛИ КСАЛЛАРДА ПАСТКИ ЖАҒДА СОДИР БЎЛАДИГАН ОСТЕОДИСТРОФИК ЎЗГАРИШЛАР

Х.И. Ирсалиев., Л.Х. Наврузова

Бухоро давлат тиббиёт институти.

✓ Резюме,

Суягда ўсmalar (шишлар) бўлган беморлар диагностик хатоларга йўл қўймаслик учун минераллар алмашинуви биохимёвий ўрганиш ва скелетни тизимли рентгенологик тадқиқ қилиш орқали комплекс (ялли) текширувни амалга ошириш мақсадга мувофиқдир. Фақат барча маълумотларнинг йиғиндисини баҳолаш кўп ҳолларда касалликнинг ҳақиқий келиб чиқишини аниқлашга ва асосланмаган жарроҳлик операцияларидан-консерватив даволашга имкон беради.

Калит сўзлар: гиперпаратиреоз, гиперпаратиреоид остеодистрофия.

CHANGES IN THE LOV JAW AT HYPERPARATHYREOID OSTEODYSTROPHIES

X.I. Irsaliev, L.X. Navruzova

Bukhara State Medical institute.

✓ Resume,

In order to avoid diagnosnic errors at patiens with bone tumors it is expidient to carry complex investigation with biochemical studying of a mineral exchange and system radiological research of sceleton. Only the estimation of set all date with allow to reveal in some cases true character of disease and to avoid unreasonable surgical intervention jaw resection.

Keywords: hyperparathyreoziz osteodystrophy

Актуальность

Изменением в костно-суставном аппарате при первичном гиперпаратиреозе посвящены многочисленные публикации патоморфологов, рентгенологов, эндокринологов и ортопедов. Однако большинство авторов, анализируя рентгенологическую семиотику поражения костно-суставной системы при гиперпаратиреозе, описывают в основном изменения костей верхних и нижних конечностей, плечевого пояса, позвоночника и таза, недостаточно касаясь при этом поражении черепа и в частности костей лица. Одним из важных диагностических критериев первичного гиперпаратиреоза является гиперкальциемия, возникающая вследствие:

- 1) усиленной мобилизации кальция из костей с участием остеокластов;
- 2) повышенной реабсорбции в почечных канальцах кальция, фильтруемого почечными клубочками;
- 3) усиления абсорбции кальция в желудочно-кишечном тракте в сочетании с активной формой витамина D [1,25-(ОН)₂-D₃];
- 4) повышения экскреции фосфатов с мочой, что приводит к снижению их уровня в крови.

Однако следует помнить, что повышение уровня кальция в крови наблюдается также при гипервитаминозе D, гранулематозных болезнях, особенно при саркоидозе, при длительной иммобилизации костей скелета, при опухолях неэндокринной природы гиперкальциемия, наблюдаемая при миеломе, бронхогенном раке и раке молочных желез, рассматривается как "эктопический гиперпаратиреоз" или "псевдо-гиперпаратиреоз".

В основе истинного гиперпаратиреоза лежат: 1) аденома, 2) первичная гиперплазия, 3) рак паращитовидных желез. В 80% случаев гиперфункция паращитовидных желез связана с развитием в них солитарной аденомы. Патология кальций-фосфорного обмена тесно связана с функцией паращитовидных желез - изменение продукции паратгормона и его антагониста-кальцитонина (гормона щитовидной железы) и проявляется расстройством всасывания кальция и фосфатов в кишечнике, нарушением известления скелета и зубов, отложением фосфорно-кальциевых солей в мягких тканях. При недостатке паратгормона и избытке, кальцитонин уменьшается уровень кальция в крови, наступает гиперкальциемия, которая характеризуется возникновением тетанических судорог в связи с повышением нервно-мышечной возбудимости.

Цель исследования явилось изучения изменения в нижней челюсти при гиперпаратиреоидной остеодистрофии.

Материал и методы

Между тем личный опыт и данные литературы свидетельствуют о том что нередко гиперпаратиреоидная остеодистрофия начинается с эпюлида верхней и нижней челюсти (Бромберг Э.Д., Сердюкова О.А., 1997; Вернадский Ю.И., 1998) больные оперированы. Диагноз гиперпаратиреоза подтверждён на операции и пригистологическом обследовании. У 56 пациентов обнаружена аденома (при чем у 3 больных по две аденомы), а у двоих больных околощитовидной железы. Возраст больных от 20 до 60 лет, из них 25 мужчин и 31 женщин. Изменения в нижней челюсти выявлены у 34 (58,6%) больных (таблица 1). Они были самостоятельными и сочетались с гиперпаратиреоидной остеодистрофией изменением в мозговом черепе и других отделах скелета. Также избыточная секреция паратиреоидного гормона ведёт к усиленной резорбции костного вещества, изменения скелета характеризуются системным разрежением, описываемым в литературе как системный остеопороз. Как свидетельствуют результаты наших исследований и данные литературы (Косинская Н.С., Шотемор Ш И др.) разрежение костной структуры при гиперпаратиреозе носит характер своеобразной зернистой крупнопетливой перестройкой реже-гомогенного(диффузного, стеклянного) остеопороза. Разрежение костной структуры нижней челюсти выявлено у 26 (44,8%) пациентов причём большинство (23-39,6%) на рентгенограммах нижней челюсти определялась зернистая перестройка, характеризующая чередованием очажков резорбции костных балок с неизменёнными либо несколько утолщёнными костными трабекулами, кортикальный слой истончен, разволокнён. Гомогенный остеопороз обнаружен лишь у 3 (5,2%) больных с тяжелой формой первичного гиперпаратиреоза. Наряду с разрежением у 8(13,8%) больных в нижней челюсти и других костях черепа на рентгенограммах определялись пролиферативные изменения в виде диффузного либо очагового остеосклероза. На возможность наличия остеосклероза в костях черепа при гиперпаратиреозе указывают также Ш.Шотемор и соавт., Silinkova-Malikova. Наличие пролиферативных изменений в костной ткани на фоне резорбтивных либо без таковых свидетельствует, по видимому, о волнообразном те-

чении гиперпаратиреоза. Остеосклероз развивается вероятно при стабилизации резорбции и преобладания остеобластического процесса. На фоне зернистой перестройке или гомогенного остеопороза в нижней челюсти у 26(44,8%) больных отмечались очаги остеоклазии обычно небольших размеров(3-5 мм), неправильно округлой формы, с неровными нечёткими контурами. В кортикальном слое очаги остеоклазии имели вытянутую овоидную форму и четкие контуры. Очаги остеоклазии являются по-видимому, представителем образования кист и эпюлисов. У 14 (24%) больных в нижней челюсти выявлены кисты и эпюлисы. На рентгенограммах они представляли собой очаги и участки деструкции размерами от 2-3 до 5-6 см и более, имели округлую либо овоидную форму, четкие, ровные, иногда волнистые контуры, однородную структуру или костные перегородки. Крупные эпюлиды вызывали вздутие нижней челюсти с истончением и выпячиванием кортикального слоя. Рентгенологическая картина эпюлисов при гиперпаратиреозе напоминала таковую при одонтогенных кистах, адамантиномах, литической и сетчатой формах гигантоклеточной опухоли. Однако во всех наших наблюдениях эпюлисы и кисты определялись на фоне зернистой перестройке, гомогенного остеопороза и очагов остеоклазии, что является характерным дифференциальным признаком гиперпаратиреоидной остеодистрофии. Эпюлисы на фоне нормальной структуры нижней челюсти являются, вероятно, образованиями одонтогенной природы, истинными гигантоклеточными опухолями, а не следствием первичного гиперпаратиреоза (Хворов В.В., Хелимский М.А. 2012). У 4(7%) больных на почве эпюлисов наблюдались патологические переломы. Наряду с разрежением костной структуры, очагами остеоклазии и эпюлисами при гиперпаратиреоидной остеодистрофии довольно часто определялись резорбция замыкающих пластинок зубных лунок у 30(34,5%), субпериостальная резорбция кортикального слоя нижней челюсти у 20(34,5%). Субпериостальная резорбция кортикального слоя является довольно ранним и весьма характерным признаком гиперпаратиреоза. На рентгенограмме она проявляется краевым рассасыванием кортикального слоя с неровными контурами с развитием гипостоза. Субпериостальная резорбция нижней челюсти сочетались с аналогичной резорбцией костной крыши черепа фаланг кистей и других костей, авторы не наблюдали данный симптом при других заболеваниях нижней челюсти (Спузяк М.И., 1998).

Таблица № 1

Распределение обследованных по возрасту и полу(в абс. цифрах)

Обследованные	Возраст, лет					Итого
	До 20	21-30	31-40	41-50	старше 50	
Мужчины	1	3	7	9	5	25
Женщины	3	6	8	11	3	31
Всего	4	9	15	20	8	56

Таким образом, нижняя челюсть довольно часто поражается при первичном гиперпаратиреозе. Зернистая перестройка костной структуры, очаги остеоклазии, эпюлисы, субпериостальная резорбция кортикального слоя, резорбция замыкающих пластинок

зубных лунок и альвеолярного отростка являются характерными признаками гиперпаратиреоидной остеодистрофии. Обнаружение указанных признаков на рентгенограммах нижней челюсти требует дополнительного рентгенологического исследования мозго-

	Распределение		больных по	по группам		
Группы	1 группа		2 группа		Всего	
	Абс	%	абс	%	Абс	%
19-21	1	3,13	1	2,17	2	2,56
22-25	1	3,16	1	2,17	2	2,56
26-30	2	6,25	2	4,34	4	5,12
31-35	5	15,6	8	17,4	13	16,7
36-40	8	25,0	10	21,7	18	23
41-45	8	25,0	11	23,9	19	24,4
46-50	4	12,5	8	17,4	12	15,3
51-55	3	6,25		6,52	5	6,41
56 и старше		3,13		4,34		3,84
Всего	32	40,0	46	58,9	78	80
Мужчины	11	34,4	16	34,8	27	34,6
Женщины	21	65,6	30	65,2	51	65,4
	Фоновая соматическая патология					
1 случай	1	3,13	2	4,34	3	3,85
2 случай	3	9,38	3	6,52	6	7,69
Более 3 случая	1	3,13	5	10,9	6	7,69

вого черепа и других отделов костно-суставной системы для правильной постановки диагноза и соответствующего своевременного лечения. Дифференциальная диагностика гигантоклеточных "опухолей" при гиперпаратиреоидной остеодистрофии с остеобластокластомой может представлять известные трудности. Это не случайно, так как клинико рентгенологическая и морфологическая картина у них совершенно тождественна.

Отождествление этих патологических процессов разных по происхождению, может привести к диагностической ошибке и неправильной лечебной тактике. В дифференциальной диагностике остеобластокластом и гиперпаратиреоидной остеодистрофии нужно учитывать следующее. Остеобластокластома не является системным костным заболеванием. При ней не нарушается минеральный обмен (содержание кальция и фосфора в сыворотке крови и суточной моче нормальное). Гиперплазия и аденома паращитовидных желёз не выявляется. Оперативное вмешательство при остеобластокластоме приводит к выздоровлению, тогда как при гиперпаратиреоидной остеодистрофии подобное вмешательство противопоказано.

Выводы

Таким образом во избежание диагностических ошибок у больных с костными опухолями целесообразно проводить комплексное обследование (с участием эндокринолога, рентгенолога, уролога, стома-

толога) с биохимическим изучением минерального обмена и системным рентгенологическим исследованием скелета. Только одна совокупность всех данных позволит в ряде случаев выявить истинный характер заболевания и избежать необоснованного хирургического вмешательства-резекции челюсти.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. I.M.Baybekov, B.A.Xolmanov, X.SH.Raxmanov. "Skaniruyushaya elektronnaya mikroskopiya zubov pri klinovidnix defektax" // Stomatologiya. 2012; 2.(In Russ)
2. E.V. Borovskiy., V.K. Montev. "Biologiya polosti rta" Moskva 2008. (In Russ)
3. D.I. Kovalev. Regulyasiya obmena veshestv v organizme cheloveka. (Problemi endokrinologii 2010; 6: 61-65. (In Russ)
4. A.V. Pavlov. Problemi endokrinologii 2015; 5: 71-74. (In Russ)
5. Bikov V.L. Gistologiya i embriologiya organov polosti rta cheloveka S-Pb, 1996; 247. (In Russ)
6. Irsaliev X.I. Raxmanov. X.SH. Xanazarov D.A., Baybekov I.M. Funktsionalnaya morfologiya barerno - zashitnix kompleksov polosti rta Izd. Im Abu Ali ibn Sino, Tashkent 2001. (In Russ)
7. Irsaliev X.I., Raxmanov X.SH., Baybekov I.M. Xolmanov B.A., Xabilov N.L. Skaniruyushaya elektronnaya mikroskopiya tvyordix tkaney zubov pri patologicheskoy stiraemosti. // Sredneaziatskiy nauchno-prakticheskiy jurnal "Stomatologiya" 2002; 3-4: 19-21. (In Russ)
8. Kiselnikova L.P., Kobzeva M.A., Tkachuk M.I., Pavlova N.P. Puti povisheniya effektivnosti lecheniya klinovidnix defektov zubov. - Institut Stomatologii, 1999; 2: 38-41. (In Russ)

Поступила 09.09. 2019