

## ПРАКТИЧНОМУ ЛІКАРЮ

УДК 616.31+616.716+617.51/53]-0061.31/34

*В.В. Лепський*

### ДИФЕРЕНЦІЙОВАНА ДІАГНОСТИКА ПЕРИФЕРИЧНОЇ ОСТЕОБЛАСТОКЛАСТОМИ ТА ЕПУЛІДУ

Приватна клініка „Брати Лепські”, м. Черкаси

#### Вступ

Серед первинних пухлин щелепних кісток остеобластокластоми становлять 65%: центрально розміщені – 17%, периферичні – 18% (так звані гігантоклітинні епуліді).

Уражають остеобластокластоми головним чином осіб жіночої статі віком від 10 до 20 років. На нижній щелепі локалізуються майже у 2 рази частіше, ніж на верхній; найчастіше місце локалізації - ділянка нижніх великих кутніх зубів; на верхній щелепі - ділянка малих кутніх зубів [1, 5].

Клінічний перебіг периферичної остеобластокластоми принципово не відрізняється від типових епулідів (епулісів): об'єктивно на альвеолярному відростку визначається блідо-рожева або сіро-коричневого кольору пухлина, на широкій ніжці, якщо вона розташована на альвеолярному відростку без зубів, а якщо є зуби – вона охоплює кілька зубів, які більшою чи меншою мірою рухомі. Росте пухлина повільно, неbolюча. При травмуванні на ній утворюються виразки слизової оболонки. Можуть збільшитися лімфатичні вузли, виникнути біль, субфебрильна температура [1, 4]. Гістологічно остеобластокластома характеризується наявністю двох основних типів пухлинних клітин: а) багатоядерних гігантських клітин, які беруть участь у розсмоктуванні кісткових балочок (остеокласти), і б) одноподібних гігантських клітин, які беруть участь у побудові нових кісткових балочок [4].

Епуліді (епуліси) – це над'ясенники; цим терміном називають новоутвори, які локалізуються на яснах.

Джерелом росту епулідів зазвичай стає періодонт, що й зумовлює те, що на беззубій щелепі епуліді не розвиваються. Сприятливий фактор для розростання епулідів - механічні та хімічні подразники.

Гістологічна структура епулідів свідчить про наявність зазвичай продуктивного запалення з переходом у склероз та фіброз уражених тканин ясен.

За класифікацією епуліді підрозділяють на фіброзні, ангіоматозні та гігантоклітинні [3, 5].

Клінічно епулід - це грибоподібе розростання на більш чи менш вираженій ніжці, частіше вона вузька і заглиблена в періодонт. Консистенція епулідів залежить від структури, частіше вони м'які (ангіоматозні), щільніші (фіброзні), червоного та світло-червоного кольору, різних розмірів. Зуби при великих епулідах можуть бути рухомі [3]. Клініка гігантоклітинної пухлини описана нами раніше.

Окремо слід виділити виникнення епулідів у вагітних. Вони зазвичай яскраво-червоного кольору, швидко ростуть, часто кровоточать, що і стає приводом для їх видалення.

Ураховуючи різноманітну гістологічну структуру пухлин, зони росту, а також причини їх виникнення, подібність клінічних проявів з остеобластокластомами, виникає необхідність проведення диференційованої діагностики цих новоутворів, оскільки хірургічне лікування відрізняється, що і є **метою** нашого дослідження.

#### Об'єкти і методи дослідження

Під нашим спостереженням у хірургічному відділенні клініки перебували 17 хворих. Усі хворі були віком від 20 до 67 років, із них 3 чоловіків і 14 жінок. Серед усіх хворих діагноз периферичної остеобластокластоми діагностовано в 3-х осіб, епулід вагітних - у 3-х жінок і епуліді типові - в 11 хворих.

#### Результати дослідження

Скарги у всіх хворих були на наявність пухлини, яка кровоточить або заважає жуванню.

У 2-х чоловіків новоутвір був розташований на беззубому альвеолярному відростку нижньої щелепи в передньому відділі в проекції лівого ікла і першого премоляра. Новоутвори округлої форми, діаметром 1-3 см, покриті блідо-рожевою та сіро-коричневою слизовою оболонкою, щільної консистенції, не кровоточать при дотику, неbolючі, на широкій ніжці.

В 1-ї хворої пухлина була розташована на аль-

веолярному відростку верхньої щелепи в ділянці відсутнього другого премоляра. Пухлина була покрита блідо-рожевою слизовою оболонкою, м'яка, неболюча, мала широку ніжку, діаметром до 1 см, не кровоточила при дотику.

На рентгенограмі у всіх трьох хворих виявлені вогнища деструкції в межах альвеолярного відростка без чітких меж.

Лікування хірургічне проведено у всіх 3-х хворих: під місцевим знеболюванням видалена пухлина з ніжкою, після чого виникла сильна кровотеча з рани, що стало приводом для часткової резекції альвеолярного відростка. Додатковим показанням стали виявлені осередки деструкції альвеолярного відростка. Рани загоювалися вторинним натягом.

Гістологічне дослідження показало наявність клітин остеобластів і остеокластів.

У 3-х хворих, які були вагітні, новоутвір розташований на яснах біля жувальних зубів справа або зліва. Пухлина мала яскраво-червоний колір, м'яка, неболюча, легко кровоточила, розташована з вестибулярної поверхні молярів і премоляра.

У всіх 3-х пухлина була видалена, зона росту зруйнована електрокоагуляторами якнайглибше в періодонті, гістологічне дослідження показало наявність великої кількості клітин крові, епітелію, фіброзних клітин.

В 11 хворих новоутвір був розташований на альвеолярному відростку, де були інтактні або зруйновані зуби. Частіше (в 5 хворих) пухлина була біля центральних різців верхньої щелепи і біля премолярів. У 3 хворих – біля центральних різців нижньої щелепи.

Пухлини були покриті блідо-рожевою слизовою оболонкою, щільні, неболючі, не кровоточили, мали тонку ніжку, зв'язану з періодонтом, розташовані в основному з вестибулярної поверхні, діаметром 0,5- 2 см. У 3-х хворих зуби були зруйновані, пухлина прикривала собою корені. Рентгенологічне дослідження патології не виявило. Усім хворим проведено хірургічне лікування: видалення пухлини, в 3-х хворих зі зруйнованими зубами в ділянці премолярів пухлина була видалена разом із коренями зубів.

У всіх хворих після видалення пухлини зруйнували зони росту в періодонті якнайглибше для профілактики рецидиву.

У наших хворих рецидиву не діагностовано. Одну хвору оперували після виникнення рецидиву

в іншій поліклініці. Рани загоювалися вторинним натягом. Гістологічно виявлені клітини запалення (лейкоцити), клітини крові, фіброцити, в частини хворих - склероз.

### Обговорення результатів дослідження

Отже, остеобластокластома периферична відрізняється від епуліду клінічно (частіше беззубий альвеолярний відросток, широка ніжка, щільна консистенція, сіро-коричневий колір, ділянка деструкції біля основи пухлини на альвеолярному відростку) і гістологічно (складається з клітин остеобластів та остеокластів). Рентгенологічно в кістковій тканині виявляється деструкція, тому хірургічне лікування має бути розширеним – із частковою резекцією альвеолярного відростка.

Епуліди ж ростуть із періодонта, тому там, де немає зубів, епулід не може утворитися. Складаються вони в основному з фіброзної тканини, пронизаної в різній кількості судинами: якщо їх мало, діагностується фіброзний епулід, якщо багато – судинний.

### Висновки

Ураховуючи різні зони, різні гістологічні результати, а тому і різні методи оперативного втручання, попри те, що досі в літературі чинна класифікація – гігантоклітинний епулід, на наш погляд, засновувати класифікацію тільки на тому, що обидві пухлини розташовані на альвеолярному відростку, необґрунтовано. Тому ми вважаємо за доцільне не виділяти гігантоклітинні епуліди, а діагностувати периферичну остеобластокластома.

### Література

1. Бернадський Ю.Й. Основи щелепно-лицевої хірургії і хірургічної стоматології / Ю.Й.Бернадський. – К.: П.К. „Спалах”, 2003. – 511 с.
2. Случай оперативного лечения фиброзного эпюлиса гигантских размеров / Колесников В.И., Ключко Е.С., Ленева О.В. [и др.]. – Гродно: Журнал гос. мед. ун-та.- 2013. – № 2 (34). – С. 68.
3. Эпулис (эпулид) или наддесневик - доброкачественная опухоль полости рта. Сайт Dentallist.
4. Периферическая остеобластокластома. Сайт Macbetu.su.
5. Шаргородский А.Г. Доброкачественные и злокачественные опухоли мягких тканей и костей лица /А.Г.Шаргородский, Н.Ф.Руцкой. – М., 1999. –12 с.

**Стаття надійшла  
28.09.2015 р.**

### Резюме

Наведені клінічні дослідження 17 хворих із периферичною остеобластокластомаю й епулісом. Гістологічні дослідження виявили характерну для периферичної остеобластокластоми вогнищеву деструкцію біля основи пухлини й епулідів. Рентгенологічних змін не виявлено. Описані диференційована діагностика на основі клінічного прояву всіх новоутворів і методи лікування пухлин. Запропоновано в разі виявлення пухлин на альвеолярному відростку сіро-коричневого кольору, на широкій ніжці, щільних, неболючих, із невеликою деструкцією кісткової тканини діагностувати їх як периферичну остеобластокластома. При епуліді рентгенологічні зміни не виявляються.

**Ключові слова:** остеобластокластома, епуліс, диференційована діагностика, лікування.

## Резюме

Приведены клинические исследования 17 больных с периферической остеобластокластомой и эпulisом, гистологические и рентгенологические исследования, характерные для периферической остеобластокластомы очаговая деструкция у основания опухоли и эпulisиды. Рентгенологических изменений не обнаружено. Проведена дифференциальная диагностика на основе клинического проявления всех новообразований, а также методы лечения опухолей. Предлагается при обнаружении опухолей на альвеолярном отростке серо-коричневого цвета, на широкой ножке, плотных, безболезненных, с небольшой деструкцией костной ткани диагностировать их как периферическую остеобластокластому. При эпulisиде рентгенологических изменений не обнаруживается.

**Ключевые слова:** остеобластокластома, эпulis, дифференциальная диагностика, лечение.

UDC 616.31+616.716+617.51/53]-0061.31/34

## DIFFERENTIAL DIAGNOSIS PERIPHERAL OSTEOSTOCLASTOMA AND EPULID

*V.V. Lepsky*

Private clinic "Brothers Lepskaya", Cherkassy

### Summary

Among the primary tumours of osteoclastoma's lower jaw comprise 65 % - central located – 17%, peripheral – 18% (so called giant cell epulis).

Mostly osteoclastoma affects females aged from 10 to 20 years. Osteoclastoma is localized on the lower jaw almost in 2 times more often than on the upper one; the most favorite site is the place of lower tricuspid teeth; but on the upper jaw there is the place of bicuspid teeth. Clinical progression of peripheral osteoclastomabasi-cally is not different from typical epulis: rose pink or gray brown tumor finds a place on the dental curve, on the wide flap if it is located on the alveolar portion without teeth, but if there are teeth it can comprise several teeth which are more or less loose. The tumor grows slowly and it's painless. Taking into account different histological structure of osteoblastoclastoma and epulis, growth areas, as well as their causes, the similarity of clinical mani-festations, there is a need for differential diagnosis of these tumors, because their surgical treatment is different, which is the purpose of our study. There were 17 patients under our care in the surgical department of the clinic. All the patients were between 20 and 67 years old, among them 3 men and 14 women. Among all the patients, the diagnosis of peripheral osteoblastoclastoma was diagnosed in 3 people, pregnancy epulis in 3 women and typical epulis was diagnosed in 11 patients.

Complaints of the patients with osteoblastoclastoma were about the presence of a tumor that was bleeding or preventing them from chewing. Radiographs of each patient showed the centers of destruction within the alveolar process without clear bounds.

Surgery was performed for each patient: the tumor with a pedicle was removed under local anesthesia, after which there was a considerable bleeding from the wound, which caused the partial resection of the alveolar process. In addition, centers of destruction of the alveolar process were identified. Wounds were healing by secondary intention. Histological examination revealed the presence of osteoblasts and osteoclasts.

In 3 pregnant women the tumor was located on the gums of chewing teeth on the right or on the left. The tumor was bright red and had soft consistency. It was painless, easily bleeding and located from the vestibular surface of the molars and premolars. Pregnant patients were epulis-diagnosed. In each patient the tumor was removed, growth area was destroyed with electrocoagulator deep in the periodontium. Histological examination revealed the presence of a large number of blood cells, epithelial and fibrotic cells.

In 11 patients the tumor was located in the alveolar ridge, where there were intact or damaged teeth. Most patients (5 persons) had the tumor at the central maxillary incisors and premolars, 3 persons had it at the central mandibular incisors.

Tumors were coated with a pale pink mucosa. They were dense, painless, not bleeding, had a thin pedicle associated with periodontium, and were located mainly from vestibular surface ranging from 0.5 to 2 cm in diameter. In 3 patients teeth were destroyed, the tumor covered the roots. X-ray study of pathology in the periodontal tissues was not detected. All patients underwent surgical treatment: removal of the tumor, in 3 patients with decayed teeth in the premolar area of the tumor was removed together with the roots of the teeth. All patients, after tumor removal carried out the destruction of the growth area in periodontal for the prevention of periodontal recurrence.

Thus, peripheral osteoblastoclastoma different from epulis as clinically: often toothless alveolar bone, wide dedendum, dense texture, grey-brown colour, the site of the fracture at the base of the tumor on the alveolar ridge and histologically: composed of cells of osteoblasts and osteoclasts, radiographically in the bone is the fracture, therefore, surgical treatment should be expanded - with partial resection of the alveolar process.

**Keywords:** osteoblastoclastoma, epulis, differential diagnosis, treatment.