

## Первичный амилоидоз верхней челюсти

Л. П. Мальчикова, Н. А. Зубов, Л. Д. Герасимова, А. Ю. Измаков  
Уральский медицинский институт  
г. Екатеринбург

При амилоидозе в сосудах различных органов и тканей (селезенка, почка, печень, кишечник, надпочечники, лимфатические узлы, головной, спинной мозг, поджелудочная железа, легкие, конъюнктивы) наблюдаются амилоидные перерождения. Сначала амилоид откладывается в межклеточных щелях, затем под эндотелием капилляров, в мелких и средних артериях и венах, утолщает сосудистую стенку. Заболевание развивается в результате сложных нарушений белкового обмена у больных с хроническими нагноительными процессами и хроническими инфекциями. Различают первичный и вторичный амилоидоз. В литературе наиболее часто встречается описание амилоидоза почек, который нередко сочетается с амилоидозом других органов. В тех случаях, когда не удается обнаружить причину амилоидоза, считают его первичным.

Диагностика первичного амилоидоза является трудной задачей. Выявить начальный период заболевания не представляется возможным, а при узловом форме верифицируется как опухоль. Отсутствуют публикации о первичном амилоидозе ВЧ. Это побудило нас провести собственное наблюдение.

Больной М., 59 лет, обратился в клинику 10.11.90 г. с жалобами на наличие опухоли в области ВЧ справа. Впервые заметил припухлость щечной области в апреле 1990 г. после удаления 6 ||. В сентябре 1990 г. в связи с появлением болезненности в указанной области обратился к стоматологу по месту жительства, затем в поликлинику областной клинической больницы, где после проведенного цитологического исследования образования направлен в областной онкологический диспансер (ООД), где провели гистологическое исследование биопсийного материала опухоли. Выявлен гигантно-клеточный эпителиоальвеолярного края ВЧ и больной переведен для хирургического лечения в клинику.

Перенесенные заболевания: корь, болезнь Боткина в 1954 г., ОРЗ. Объективно: правильное телосложение; кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски;

лимфатические узлы не увеличены. Сердце, легкие без отклонения от нормы. Печень, селезенка не пальпируются. Местно: асимметрия за счет припухлости правой половины лица. Открывание рта свободное, безболезненное. Альвеолярный, небный отростки утолщены, увеличены в размерах, зубы интактные, патологической подвижности нет. На передней поверхности ВЧ наблюдается плотное опухолевидное образование размерами 6×4 см, выходящее в преддверие рта, распространяющееся до скуловой кости и нижнего края орбиты. СО над образованием распластана, истончена, с неровной язвенной поверхностью в центре 2×2 см. При флюорографии легких выявлена деформация легочного рисунка по типу пневмосклероза язычковых сегментов. На остальном протяжении легкие прозрачны. Сердце и аорта соответствуют возрастным изменениям. При томографии ВЧ справа обнаружено образование с четкими контурами и неоднородной структурой. Опухоль прорастает верхнюю, наружную, заднюю, нижнюю стенки гайморовой пазухи, распространяется до основания пазухи. Рентгенологическая картина более характерна для остеохондромы ВЧ. При рентгенографии черепа, шейно-грудного, поясничного отделов позвоночника, костей таза деструктивных изменений не обнаружено. В крови: мочевина — 5,3 ммоль/л; билирубин непрямой — 18,4 мк моль/л; белок общий — 66 г/л; альбумины — 46,3 %; глобулины: α1 — 4,6 %; α2 — 10,2 %; β — 14,8 %; γ — 24,1 %; альбумины-глобулины — 0,85; кровь на «М» реакцию отрицательна. Моча светло-желтая, слегка мутная, удельный вес 1012, кислая; белок не обнаружен, лейкоциты — 2—3 в поле зрения.

12.12.90 г. операция — резекция ВЧ справа с предварительной перевязкой наружной сонной артерии. При проведении хирургического вмешательства обнаружено прорастание опухоли в мышцы боковой поверхности лица, крыловидный отросток основной кости. ВЧ удалена в едином блоке с опухолью и вовлеченными в процесс окружающими тканями.

При гистологическом исследовании выявлена амилоидная «опухоль» с выраженной инфильтрацией интактной ткани клетками плазматического ряда. Амилоидные массы локализуются в твердом небе ВЧ, разрушают костную ткань.

В приведенном наблюдении диагноз правильно был

установлен только при гистологическом исследовании удаленного образования.

Учитывая, что при миеломе и амилоидозе имеется ряд общих неспецифических лабораторных признаков, больному в послеоперационном периоде проведены: исследование иммуноглобулинов, белков Бенс-Джонса в моче, генеалогический анамнез.

Выявлено: иммуноглобулины I — 16,0 г/л; IgA — 5,25 г/л; IgM — 1,15 г/л; С-реактивный протеин (СРП) — 2; антистрептолизин (АСЛО) — 250 ед; реакция пассивной гемагглютинации (РПГА) — 1 : 20; криоглобулины — 1,5; титр комплемента — 58,95 ед.; лизоцим — 22,20 мкг/мл.

Реакция мочи на белок Бенс-Джонса отрицательна. Проба Земницкого: колебания удельного веса мочи — 1010—1020, суточный диурез — 1945 мл, ночной диурез — 850 мл.

Генеалогическая предрасположенность не отмечена.

Больной выписан в удовлетворительном состоянии. При осмотре через 6 мес. здоров.

Таким образом, при первичном амилоидозе ВЧ результаты клинического наблюдения, рентгенологические, биохимические, иммунологические, цитологические методы исследования неинформативны.

Хирургическое лечение пораженной ВЧ является методом выбора.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Виноградова О. М. Первичный и генетические варианты амилоидоза. — М., 1980. — 208 с.
2. Лавникова Г. А. // Стоматология. — 1990. — № 3. — С. 45—48
3. Мальцев Л. М., Слепынин В. И., Соколов В. И. // Тезисы архив. — 1978. — № 2. — С. 132—134.

### Особенности хирургического подхода при ринофарингеальной ангиофиброме

Л. П. Мальчикова, И. И. Томилов, В. П. Журавлев, А. В. Журавлев  
Уральский медицинский институт  
г. Екатеринбург

Ринофарингеальные ангиофибромы (АФ), расположенные в области основания черепа, встречаются