

ՊԱՏՃԱՌԱԳԻՏՈՒԹՅՈՒՆԸ ԵՎ ԱՆՏԱԾԱԳՈՒՄԸ

Ուռուցքը յուրատեսակ ախտաբանական երևույթ է: Այն հյուսվածքի չկարգավորվող անսահմանափակ աճն է, որը պայմանավորված չէ ախտահարված օրգանի ընդհանուր կառուցվածքով և ֆունկցիաներով: Օրգանիզմում ուռուցքն առաջանում է նորմալ բջիջները ուռուցքայինի փոխարկվելու հետևանքով, որոնցում խանգարվում է բջջային կիսումը, բացակայում է կամ քիչ արդյունավետ է այդ կիսման ընկճումը, որով պայմանավորվում է ուռուցքային բջիջների անգուսպ աճը: Ուռուցքն աճում է «ինքն իրենից», այսինքն՝ միակ ատիպիկ կամ մալիգնիզացված բջջի բազմացման հաշվին: Հարևան բջիջները պրոցեսում չեն ընդգրկվում: Միննույն ժամանակ օժտված լինելով հարաբերական ինքնուրույնությամբ՝ ուռուցքը դուրս է մնում օրգանիզմի հումեոստազն իրականացնող համակարգերի կանոնավորող ազդեցությունից: Ուռուցքային հյուսվածքը կառուցվածքով, ֆիզիկական, քիմիական, կենսաքիմիական հատկություններով տարբերվում է ելակետային հյուսվածքից:

Ուռուցքը՝ որպես հիվանդություն, հայտնի է վաղուց, այնուամենայնիվ, նրա ծագման վերաբերյալ միասնական կարծիք չկա: Շատ հեղինակներ որպես ուռուցքի առաջացման պատճառ նշում են գործոններ, որոնք ունակ են նորմալ բջիջը ուռուցքայինի վերափոխելու: Դրանք կոչվում են կանցերոզեն կամ բլաստոմոզեն գործոններ և լինում են ֆիզիկական, քիմիական և կենսաբանական բնույթի:

Երեխաների շրջանում ուռուցքները մեծ մասամբ ունեն դիզոստոզենետիկ բնույթ, այսինքն՝ առաջանում են սաղմնային շրջանում առանձին բջջային տարրերի սխալ սաղմնադրման հետևանքով: Առաջինը նման տեսակետ արտահայտեցին Լոբստեյնն ու Ռեկալիսը 1833 թվականին: Ավելի ուշ՝ 1882 թվականին, այն ընդգրկվեց Կոնհեյմի (Julius Friedrich Cohnheim) կողմից առաջադրված դիզեմբրիոզենետիկ տեսության մեջ: Ըստ այդ տեսության՝ պտղի սաղմնային զարգացման վաղ շրջանում տարբեր գործոնների ազդեցությամբ բջիջների առանձին խմբերի աճը կանգ է առնում, կամ դրանք հավելյալ են գոյանում: Դա առավել հաճախ կատարվում է այն ժամանակաշրջանում, երբ սաղմնային թիթեղների բջիջները դեռևս չտարբերակված վիճակում են: Այդ բջջային խմբերը սաղմի հյուսվածքների հետագա տարբերակմանը չեն մասնակցում և նրա զարգացման ընթացքում կարող են տեղափոխվել (դիստոպիայի ենթարկվել) ու հայտնվել օտար հյուսվածքների կազմում կամ մնալ հարազատ հյուսվածքում: Երեխայի ծնվելու պահին այդ բջիջները, պահպանած լինելով իրենց սաղմնային հատկանիշները, օժտված են լինում բուռն աճի մեծ պոտենցիալ հնարավորությամբ:

Նրանք կարող են երկար ժամանակ (երբեմն ամբողջ կյանքում) լինել լատենտ վիճակում կամ էլ կարող են երեխայի ծնվելու պահից կամ որոշ ժամանակ անց սկսել արագ աճել:

Վիճակագրությունը

Դիմաձևոտային նորագոյացություններով հիվանդների շրջանում երեխաները կազմում են 25.5% (Ա.Ա.Կոլեսով): Ուռուցքների 95%-ը բարորակ է, իսկ 5%-ը՝ չարորակ: Ծնոտների ոսկրերի ուռուցքները և ուռուցքանման գոյացությունները հայտնաբերվում են հիմնականում 7-12 տարեկան երեխաների շրջանում, իսկ մինչև 1 տարեկանը, խիստ հազվադեպ են: Բերանի խոռոչի ուռուցքները և ուռուցքանման գոյացություններն ամենից հաճախ հայտնաբերվում են մինչև 1 տարեկանը և ավելի ուշ 12-16 տարեկանում: Դա բացատրվում է նրանով, որ վաղ մանկական տարիքում գերակշռում են դիֆուզոնոգենետիկ բնույթի նորագոյացությունները, 7-11 տարեկանում նկատվում է ծնոտների ոսկրերի բուռն աճ, իսկ 12-16 տարեկանում՝ էնդոկրին գործունեության ակտիվացում:

Ուռուցքների դասակարգումը

Օնկոլոգիական հիվանդությունների անվանակարգը ստանդարտացնելու նպատակով Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպությունը սահմանել է ուռուցքների միջազգային հյուսվածքաբանական դասակարգումը (ՈԻՄՀԴ): Այն արտացոլում է ժամանակակից գիտական և գործնական նվաճումները օնկոլոգիայում և առավել ամբողջական է ներկայացնում ուռուցքային հիվանդությունների բազմազանությունը: ՈԻՄՀԴ-ի հիմքում առկա է երեք սկզբունք՝ անատոմիական տեղակայումը, հյուսվածքաբանական տեսակը և չարորակության աստիճանը: Ըստ ՈԻՄՀԴ-ի՝ ուռուցքները լինում են միայն բարորակ և չարորակ: Յուրաքանչյուր խմբում ըստ ծագման աղբյուրի տարբերում են՝

1. էպիթելային ուռուցքներ,
2. փափուկ հյուսվածքների ուռուցքներ,
3. ոսկրերի և աճառային հյուսվածքի ուռուցքներ,
4. ավշային և արյունաստեղծ հյուսվածքների ուռուցքներ,
5. խառը ծագման ուռուցքներ,
6. երկրորդային ուռուցքներ,
7. չդասակարգվող ուռուցքներ,
8. ուռուցքանման գոյացություններ:

Ըստ ՈԻՄՀԴ-ի՝ «ուռուցք» սահմանումն օգտագործվում է նշելու համար «հյուսվածքի անոմալիկ զանգվածը՝ ավելցուկային գերաճով, որը չի կորոդինացվում նորմալ հյուսվածքի աճի հետ և նույնպիսի բուռն ձևով շարունակվում է անգամ իրեն առաջացնող պատճառի ազդեցությունը վերացնելուց հետո»: Ուռուցքանման գոյացությունը «բջջային պրոլիֆերացիա է, որի նեոպլաստիկ էությունը կասկածելի է»:

Թեև առաջին հայացքից ՈԻՄՇԴ-ն կարող է թվալ խիստ ծանրաբեռնված, սակայն այն ընդգրկում է բոլոր նորագոյացությունները, որն անհրաժեշտ է թե՛ տեսարան և թե՛ կլինիցիստ բժիշկներին:

Դիմաձևտտային շրջանի ուռուցքներ ունեցող երեխաների բուժման սկզբունքները

Բարորակ ուռուցքներով երեխաներին հոսպիտալացնում են մանկական դիմաձևտտային վիրաբուժության մասնագիտացված ստացիոնարներում, իսկ չարորակ ուռուցքներով երեխաներին՝ մասնագիտացված օնկոլոգիական կենտրոնների «գլուխ և պարանոց» բաժանմունքներում: Բարորակ նորագոյացությունների բուժման հիմնական տեսակը վիրաբուժականն է: Ուռուցքը հեռացվում է առողջ հյուսվածքների սահմաններում: Բուժման այս եղանակը հասկապես արդյունավետ է, եթե ուռուցքն ունի պատիճ և հստակ սահմաններ: Մեթոդը կիրառելիս պետք է զգուշանալ դեմքի և բերանի խոռոչի օրգանների ֆունկցիայի խանգարումներից և երեխայի արտաքին տեսքն աղավաղելուց: Մանկական տարիքում հաճախադեպ են անոթային ուռուցքները, որոնք ունեն շրջակա հյուսվածքների և օրգանների մեջ թափանցելու հատկություն և խախտում են դրանց ձևն ու ֆունկցիան: Նման ուռուցքների միանվագ վիրաբուժական հեռացումը երբեմն անհնար է կամ աննպատակահարմար: Գերադասում են տարածուն ուռուցքները հեռացնել մաս առ մաս կամ կիրառել բուժման պահպանողական մեթոդները (կրիոդեստրուկցիա, սկլերոզացում): Հնարավոր է տարբեր մեթոդների զուգակցումը:

Առաջնային չարորակ ուռուցքների դեպքում իրականացվում է համալիր բուժում. վիրահատական միջամտությունը զուգակցվում է ճառագայթային և քիմիաթերապիայի հետ: Չարորակ ուռուցքների վիրահատումը պետք է լինի առավելագույնս արմատական (ռադիկալ), ուստի կատարում են տարածուն ռեզեկցիաներ առողջ հյուսվածքների սահմաններում:

Օրգանիզմից հեռացված ուռուցքային հյուսվածքները պետք է ենթարկվեն ախտահյուսվածքաբանական հետազոտման:

Դեմքի ոսկրերի ուռուցքների վիրահատման մեթոդները

Դեմքի ոսկրերի ուռուցքների դեպքում կատարվող վիրահատությունները լինում են երկու տեսակի՝

1. ներոսկրային գոյացությունների քերում,
2. ծնոտի մասնակի կամ լրիվ (ենթավերնոսկրային կամ վերնոսկրային) ռեզեկցիա: Մասնակի ռեզեկցիայի տարբերակ է էկզոստալ գոյացությունների տաշումը ֆրեզով:

Քերումը (կյուրետաժ) ունի կիրառման սահմանափակ ցուցումներ: Ամենից հաճախ այն կիրառվում է ռեցիդիվի հակում չունեցող խոռոչավոր նորագոյացություններ և կիստաներ հեռացնելու դեպքում: Դրա համար լորձաթաղանթ-վերնոսկրային լաթի շերտազատումից հետո նորագոյացության տեղակայմանը համապատասխան մակարդակի վրա ոսկրի կորտիկալ

շերտում անցք են բացում: Կյուրետաժն անհրաժեշտ է կատարել ախտաբանական օջախում բացված լայն պատուհանից, որը հնարավորություն կտա դիտելու և խնամքով քերելու-հեռացնելու ամբողջ նորագոյացությունը: Որոշ վիրաբույժներ վերին ծնոտի մեծածավալ նորագոյացությունների դեպքում գերադասում են կատարել կյուրետաժ ներբերային մոտեցմամբ՝ գործողությունն անվանելով էքսկոխյալա: Մակայն քանի որ ներբերանային մոտեցմամբ հնարավոր չէ որոշել մեծածավալ ուռուցքների սահմանները, ուստի արմատական վիրահատություն իրականացնել հնարավոր չէ: Այդ պատճառով մեծածավալ նորագոյացությունների դեպքում նպատակահարմար է առողջ հյուսվածքների սահմաններում ծնոտի լրիվ ռեզեկցիա կատարել:

Ծնոտի ռեզեկցիան որպես նորագոյացությունների վիրահատական բուժման մեթոդ լայնորեն լուսաբանված է վիրաբուժական ստոմատոլոգիայի դասագրքերում: Ներկայացնենք երեխաների շրջանում կատարվող վիրահատության որոշ առանձնահատկություններ: Ծնոտի ռեզեկցիայից հետո վերքը հանձնարարվում է խծուծել սինտոմիցինի լինիմենտով ներծծված թանգիֆե վիրախծուծով՝ յոդոֆորմի փոխարեն, քանի որ մանկական տարիքում նկատվել են յոդոֆորմից ուղեղի թաղանթների գրգռման դեպքեր: 8-10 օր անց կատարվում է առաջին վիրակապությունը, որի ժամանակ օրթոդոնտը դրոշմ է վերցնում վերին ծնոտից: 12-14-րդ օրը վիրախծուծը հեռացվում է և տեղադրվում պրոթեզը: Ստորին ծնոտի ախտահարման դեպքում կատարվում է դրա մասնակի ռեզեկցիա կամ լրիվ ռեզեկցիա քունք-ստործնոտային հողի հողազատմամբ:

ԲԱՐՈՐԱԿ ՈՒՌՈՒՅՔՆԵՐ

Մանկական տարիքի դիմաձնոտային օնկոլոգիայի սույն դասընթացում ներկայացվում են այն նոզոլոգիական տեսակները, որոնք կարող են առաջինը դիտարկվել ստոմատոլոգների կողմից, և այդ առումով կարևորվում է դրանց արագ հայտնաբերումը, ճիշտ ախտորոշումը և հետագա բուժումը:

ՕՍՏԵՈՒՂ ՕՍՏԵՈՄԱ: Սա ոսկրի կորտիկալ շերտի բարորակ ուռուցք է: Այն սկլերոզի շերտով գոտևորված ոսկրի ռեզորբցիայի օջախ է, որը լցված է մեծ քանակությամբ օստեոբլաստներ և օստեոկլաստներ պարունակող հյուսվածքով: Ուռուցքն առաջին անգամ հայտնաբերվել է ներալգիաների կապակցությամբ կատարված վիրահատությունների ժամանակ, երբ հեռացվել են ռենտգենաբանորեն դիտվող պնդացման կլոր օջախներ (մինչև 1սմ տրամագծով): Ընդ որում, միջամտություններից հետո ցավերը վերացել են:

Կլինիկան: Ծնոտների ոսկրերում տեղակայված օստեոիդ օստեոմայի բնորոշ դրսևորումը ցավն է, որն ունի տեղային մզագոդ կամ ծակոդ բնույթ, մերթ մշտական է, մերթ նուրբացած, կարճատև դադարներով: Ցավն առավել սաստկանում է գիշերը:

Եթե ուռուցքը սպունգանման շերտի հարևանությամբ է, ապա լորձաթաղանթում ոչ մի փոփոխություն չի դիտվում: Եթե այն կորտիկալ շերտի մակերեսին է, ապա կարող է նկատվել թեթև կարմրություն լորձաթաղանթի տվյալ հատվածում: Նման դեպքում ծամելիս ցավերը կարող են ուժգնանալ:

Ռենտգենաբանորեն օստեոիդ օստեոման հայտնաբերվում է որպես 0,5-1սմ տրամագծով դեստրուկցիայի օջախ՝ շրջապատված ռեակտիվ օստեոսկլերոզի գոտիով:

Հայտնի է նաև օստեոբլաստոմա ուռուցքը, որը օստեոիդ օստեոմայից տարբերվում է մեծ չափերով (1x1սմ-ից ավելի) և ռեակտիվ օստեոսկլերոզի օջախի բացակայությամբ:

Բուժումը վիրահատական է՝ ուռուցքի հեռացում շրջակա սկլերոտիկ հատվածների հետ:

ՕՍՏԵՈՒՐԱՍՏՈՎԼԱՍՏՈՄԱ (հսկաբջջային ուռուցք): Մանկական տարիքում կազմում է դիմային գանգի ուռուցքների և ուռուցքանման գոյացությունների 25%-ը:

Օստեոգեն ուռուցքներից է և առկա է ինչպես բարորակ, այնպես էլ չարորակ տեսակներով:

Աճման բնույթով պայմանավորված՝ առկա է բարորակ օստեոբլաստոկլաստոմայի 2 տեսակ՝ լիտիկ և խորշիկավոր: Լիտիկ տեսակն աչքի է ընկնում արագ աճով, ոսկրի զգալի քայքայումով, որը դինամիկ արված ռենտգենյան նկարներում հիշեցնում է չարորակ աճի պատկերը: Խորշիկավոր տեսակն ավելի դանդաղ է աճում: Նախկինում նկարագրված կիստոզ տեսակն այժմ գնահատվում է որպես հիվանդության ելք: Հիվանդության հաճախականությունը տղաների և աղջիկների միջև 6:4 հարաբերությամբ է: Այն առավելապես ախտահարում է ստորին ծնոտը՝ մեծ և փոքր աղորիքների շրջանում:

Կլինիկան: Հիվանդությունը միշտ ախտահարում է միայն մեկ ոսկր: Լիտիկ տեսակի դեպքում ուռուցքն արագ աճում է: Առաջին նշանը կարող է լինել ցավը: Կլինիկորեն արտահայտված ուռուցքի դեպքում դրա տեղակայման մասում նկատվում են ուռածություն և մաշկի տաքություն: Կորտիկալ շերտը բարակելու հետևանքով շոշափելիս ցավ է զգացվում: Ուռուցքի վրա երակային ցանցը լայնացած է: Եթե ուռուցքը տարածվում է փափուկ հյուսվածքների մեջ, ապա վերջիններս ստանում են կապտաբոսոր երանգ: Լորձաթաղանթի տակ շոշափվում է փափուկ հյուսվածքային գոյացություն:

Ատամները հաճախ տեղաշարժվում են, դառնում շարժուն: Ախտահարման օջախում կարող է ախտաբանական կոտրվածք առաջանալ: Վերին ծնոտում ուռուցքը կարող է ներաճել հայմոռյան ծոցի կամ քթի խոռոչի մեջ:

Խորշիկավոր տեսակը սկզբում ընթանում է առանց ախտանշանների: Զարգանում է ծնոտներից որևէ մեկի մի հատվածում առանց ցավի, աննկատ:

Ոսկրն այդ հատվածում աստիճանաբար դառնում է թմբիկավոր, դիֆուզ հաստացած: Ատամները հազվադեպ են փոխում իրենց դիրքը և դառնում շարժուն: 12 տարեկանից մեծ երեխաների շրջանում հայտնաբերվում է «մագաղաթի ճարձատյուն» ախտանշանը, որը բացատրվում է կորտիկալ շերտի մանրագույն կոտրվածքներով: Ավելի փոքր երեխաների շրջանում այդ ախտանշանը բացակայում է աճող ոսկրի ճկունության շնորհիվ:

Վերին ծնոտի ախտահարման դեպքում արտահայտված տարբերակման նշանների բացակայության պատճառով լիտիկ և խորշիկավոր տեսակների բաժանումը խիստ պայմանական է:

Ռենտգենաբանորեն լիտիկ տեսակի դեպքում հայտնաբերվում է ոսկրի դեստրուկցիայի անկառուցվածք օջախ: Խորշիկավոր տեսակի դեպքում ախտահարման օջախում նկատվում են մանր և մանրագույն բազմաթիվ խոռոչներ՝ իրարից բաժանված տարբեր հաստության ոսկրային խտրոցներով: Այն շատ նման է ամելոբլաստոմայի ռենտգենյան պատկերին:

Արտաքննապես (մակրոսկոպիկ) ուռուցքը նման է մոշի: Հատույթը հաճախ դարչնագույն երանգ ունի («դարչնագույն ուռուցք»):

Մանրադիտակային գնմամբ հայտնաբերվում են ուռուցքի հիմնական տարրերը՝ օստեոբլաստների տեսակի մանր, միակորիզ, կլոր կամ ձվաձև կորիզներով բջիջներ, որոնց միջև ցրված են օստեոկլաստների տեսակի բազմակորիզ, կենտրոնում տեղակայված կորիզներով հսկա բջիջները:

Բուժումը վիրահատական է:

ԱՄԵԼՈՒԼԱՍՏՈՄԱ: Օդոնտոգեն էպիթելային ուռուցք է: Ունի 2 տեսակ՝ սոլիդ և կիստոզ: Երեխաները հազվադեպ են հիվանդանում, այն էլ հիմնականում 10-ը տարեկանից հետո:

Պատճառագիտությունը: Որոշ հեղինակներ կարծում են, որ ուռուցքն



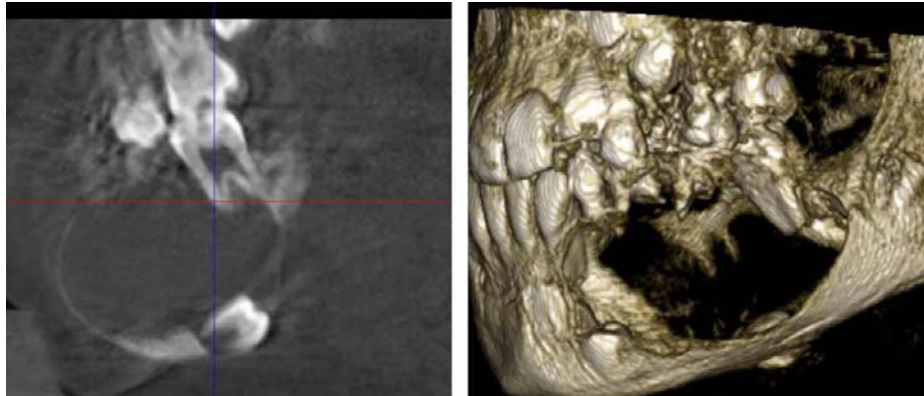
Նկար 129. Ամելոբլաստոմայի ռենտգենաբանական պատկերը «օձառափրփուրի պղպջակներով»:

առաջանում է ատամի սաղմի զարգացման խանգարման հետևանքով: Մեծաթիվ են այն տեսակետի կողմնակիցները, ըստ որի՝ ամելոբլաստոման ծագում է բերանի լորձաթաղանթի էպիթելային տարրերից: Մի շարք հետազոտողներ նշում են, որ ամելոբլաստոմաներն առաջանում են օդոնտոգեն էպիթելային մնացորդներից (Մայասսեի կղզյակներ): Այլ հեղինակներ հնարավոր են համարում այս ուռուցքի գոյացումը ֆոլիկուլար կիստայի էպիթելային պաստառից:

Կլինիկան: Կլինիկական պատկերը շատ աղքատիկ է: Հիվանդները կարող են ներկայացնել նույն գանգատները, ինչ օդոնտոգեն կիստաների դեպքում:

Հիվանդության հիմնական դրսևորումը ծնոտի ձևախախտումն է: Ընթացքն ընդունված է բարորակ համարել (նկ. 129, 130):

Ռենտգենաբանորեն առավել բնորոշ է բազմաբշտային (պոլիկիստոզ) տարբերակը, որն առաջացնում է «օձառափրփուրի բշտեր» պատկերը: Միաբուշտ տեսակի դեպքում հայտնաբերվում է ոսկրային հյուսվածքի դեստրուկցիայի օջախ՝ անկանոն եզրագծերով:



Նկար 130. Միաբուշտ ամելոբլաստոմայի պատկերը համակարգչային շերտագրությամբ և ուռուցքի եռաչափ վերարտադրությունը:

Մակրոսկոպիկ հայտնաբերվում են գորշասպիտակավուն սուլիդ օջախներ և դեղին կամ շագանակագույն հեղուկով լցված բշտեր:

Բուժումը: Ուռուցքը վիրահատական ճանապարհով հեռացվում է առողջ հյուսվածքների սահմաններում: Քերումը երաշխավորված արդյունք չի տալիս:

ՕՌՈՆՏՈՄԱ: Օդոնտոման ատամների զարգացման արատ է, որն աչքի է ընկնում կառուցվածքի մեծ բազմազանությամբ: Մանկական տարիքում օդոնտոման շատ ավելի հազվադեպ է, քան չափահաս տարիքում: Ուռուցքը ծագում է մշտական ատամների ձևավորման ժամանակաշրջանում:

Կլինիկան: Ախտանշանները սակավաթիվ են: Գանգատվում են հիմնականում ծնոտի ձևախախտումից, մշտական ատամների ծկթման բացակայությունից կամ էլ դիմում են օդոնտոմայի տեղակայման հատվածի բորբոքման պատճառով: Ուռուցքը բնորոշվում է դանդաղ աճով, որով էլ բացատրվում է դրա՝ հաճախ ավելի հասուն տարիքում հայտնաբերվելը:

Մակրոսկոպիկ պատկերը շատ բազմազան է՝ թերաճ կամ ձևախախտված ատամ հիշեցնող գոյացություններից մինչև ատամնանման բազմաթիվ գոյացություններից կազմված զանգվածային համալիրներ: Ուռուցքն ունի պատիճ:

Միկրոսկոպիկ պատկերը: Ուռուցքի դեկալցինացված հատույթներում կարելի է տեսնել ատամներ կամ ատամնանման գոյացություններ՝ էմալի,

դենտինի, ցեմենտի նորմալ տեղագրական դասավորությամբ: Միննույն ժամանակ դիտվում են ատամի հյուսվածքների կոնգլոմերատներ, որոնք ունեն ատամի բաղադրամասերի այլափոխված դասավորություն (էմալը դենտինի մեջ, ատամի պուլպան արտաքինից):

Համաձայն ՈՒՄՀԴ-ի՝ տարբերում ենք օդոնտոմայի 2 հիմնական տեսակ՝ բարդ և բաղադրյալ: Բարդ օդոնտոմայում առկա են ատամի բոլոր հյուսվածքները: Բաղադրյալ օդոնտոման մանր ռուդիմենտար ատամների կամ ատամնանման գոյացությունների կոնգլոմերատ է: Բարդ և բաղադրյալ օդոնտոմաների սահմանազատումը շատ պայմանական է և հիմնվում է հյուսվածքների անկարգավորվածության աստիճանի վրա:

Ռենտգենաբանորեն հայտնաբերվում է համասեռ կամ ոչ համասեռ բարձր ինտենսիվության ստվեր՝ հստակ թմբիկավոր ուրվագծերով: Օդոնտոման առաջացնում է կից տեղակայված ատամնասաղմերի տեղաշարժ:

Բուժումը վիրահատական է: Ուռուցքի պատճառով տեղաշարժված ատամները և սաղմերը հնարավորինս ձգտում են պահպանել:

Երեխաների ցածր տարբերակված հյուսվածքներ պարունակող բաղադրյալ օդոնտոմաները առողջ ոսկրի սահմաններում ենթարկվում են ռեզեկցիայի: Ի տարբերություն մեծահասակների՝ երեխաների շրջանում օդոնտոման անհրաժեշտ է հայտնաբերելուն պես հեռացնել, այլապես դրա հետագա աճը կհանգեցնի հարևանությամբ տեղակայված ատամների ձևավորման և ծկթման խանգարմանը:

ՀԵՄԱՆԳԻՈՄԱ: Դեռևս միանշանակ պարզ չէ, թե ինչ է հեմանգիոման՝ իսկական ուռուցք, թե՞ անոթային համակարգի զարգացման արատ: ՈՒՄՀԴ-ում նշվում է, որ «հեմանգիոման բարորակ չսահմանափակված ախտահարում է, որը բաղկացած է տարբեր տեսակի պրոլիֆերացվող արյան անոթներից (նկ. 131): Այդպիսի ախտահարումներում դժվար է հյուսվածքային զարգացման արատները (գամարտոմաներ) տարբերել իսկական ուռուցքներից»: Հեմանգիոմաները մեծ մասամբ հայտնաբերվում են անմիջապես երեխայի ծննդից հետո կամ կյանքի առաջին ամիսներին, որը վկայում է դրանց դիզոնոտոգենետիկ ծագման մասին:

Հեմանգիոմաների բազմաձևության, տեղակայման բազմազանության, ինչպես նաև դրանց ծագման վերաբերյալ տարակարծությունների պատճառով առաջ են քաշվել անոթային ուռուցքների մեծ թվով դասակարգումներ: Մենք առաջարկում ենք օգտվել հետևյալ դասակարգումից՝

1. մազանոթային հեմանգիոմաներ
 - 1.1. տափակ,
 - 1.2. հիպերտրոֆիկ,
2. խոռոչավոր (կավերնոզ)
 - 2.1. սահմանափակ,
 - 2.2. տարածուն (դիֆուզ),
3. ճյուղավորված,

4. համակցված (մազանոթային և խոռոչավոր, խոռոչավոր և ճյուղավորված),
5. խառը (անգիոֆիբրոմա, անգիոլիպոմա),
6. տելեանգիէկտազիա:



Նկար 131. Հեմանգիոմա:

ՄԱԶԱՆՈՒԹԱՅԻՆ ՀԵՄԱՆԳԻՈՄԱ: Տափակ մազանոթային հեմանգիոման լինում է տարբեր ձևերի և տարբեր մեծության բծերով: Գույնը կարող է լինել բաց կարմրից մինչև մուգ կարմիր՝ պայմանավորված մազանոթի բնույթով, լուսանցքով և տեղակայման խորությամբ: Տափակ մազանոթային հեմանգիոման ճնշելիս նրա գույնն անհետանում է կամ բացվում, իսկ ճնշումը դադարեցնելիս արագ վերականգնվում է (սեղմման ախտանշան): Դեմքի մաշկի և բերանի խոռոչի լորձաթաղանթի վրա դրսևորումները նույնանման են: Տափակ մազանոթային հեմանգիոման չփոփոխված հյուսվածքի մակարդակից չի բարձրանում և աճում է բացառապես լայնությամբ: Հիպերտրոֆիկ մազանոթային հեմանգիոման ունի թմբիկավոր բարձրություն: Այն բուրբակարմիր, հստակ սահմաններով, թմբիկավոր մակերեսով գոյացություն է, որը չփոփոխված հյուսվածքներից բարձր է: Ճնշելիս այն երբեք չի անհետանում, այլ նկատվում է աննշան գունաթափում:

Մազանոթային հեմանգիոմաների տեղային ջերմաստիճանը բնականից 1.5°C-ով բարձր է:

ԽՈՌՈՉԱՎՈՐ ՀԵՄԱՆԳԻՈՄԱ: Չնայած բարորակ բնույթին՝ կարող է դիտվել խոռոչավոր հեմանգիոմաների արագ աճ հատկապես մանկական տարիքում: Որոշ ժամանակ անց նկատվում է աճի դանդաղում, իսկ 10-14 տարեկանում այն կանգ է առնում: Աճման արագությամբ դրանք զիջում են

հիպերտրոֆիկ մազանոթային հեմանգիոմաներին և աճում են երեխայի աճին գուզրնթաց:

Խոռոչավոր հեմանգիոմաները լինում են սահմանափակ և տարածուն: Դրանք կարող են տեղակայվել դեմքի ցանկացած հատվածում, բերանի խոռոչի ցանկացած օրգանում, հաճախ՝ ենթամաշկային ճարպաբջջանքում և մկաններում: Եթե հեմանգիոման ախտահարում է ոսկրը, ապա ռենտգենյան հետազոտությամբ հայտնաբերվում են մանր խոռոչներ և ոսկրի արատ (տարածունից մինչև մանր):

Շոշափելիս զգացվում է անցավ կամ թույլ ցավոտ, սպունգի կոնսիստենցիայի գոյացություն, որում երբեմն զգացվում են սիսեռոի հատակից ոչ մեծ պինդ գոյացություններ (ֆլեբոլիտներ կամ անգիոլիտներ): Վերջիններս հայտնաբերվում են 10 տարեկանից մեծ երեխաների շրջանում: Գլուխը կախելիս խոռոչավոր հեմանգիոման լցվում է և չափերով մեծանում (լցման ախտանշան): Հարկ է նշել, որ խոռոչավոր հեմանգիոմայի ինֆիլտրացնող աճն առավել վտանգավոր է, երբ այն տեղակայված է լեզվի արմատում, բերանի հատակում և կարծր քիմքում:

ՃՅՈՒՂԱՎՈՐՎԱԾ (ՈՂԿՈՒԶԱԶԵՎ) ՀԵՄԱՆԳԻՈՄԱ: Կազմված է ոլորված, հաստ պատերով արյան անոթներից: Դեմքի շրջանում հազվադեպ է լինում:

ՀԱՄԱԿՑՎԱԾ (ԿՈՍԲԻՆԱՑՎԱԾ) ՀԵՄԱՆԳԻՈՄԱ: Սա մազանոթային և խոռոչավոր, խոռոչավոր և ճյուղավորված և այլ հեմանգիոմաների գուգակցումն է: Նախընտրելի տեղակայումը շրթունքներն են:

ՏԵԼԵԱՆԳԻԷԿՏԱԶԻԱ: Սա դեմքի մաշկի կամ բերանի լորձաթաղանթի մազանոթների փոփոխված վիճակն է, որը դրսևորվում է կարմիր գունավորված ուրվագծերով:

Հեմանգիոմաների բուժումը: Նկարագրված են դեպքեր, երբ հեմանգիոմաները երեխաների կյանքի ընթացքում ենթարկվել են սպոնտան ռեգրեսի: Սակայն ընտրել սպասողական մարտավարություն և հույսը դնել հեմանգիոմայի ինվոլուցիայի վրա, արդարացված չէ, քանի որ նման հավանականությունը չափազանց քիչ է:

Առավել ընդունված են հեմանգիոմաների բուժման հետևյալ մեթոդները.

1. Մազանոթային հեմանգիոմաների բուժում տեղային սառեցմամբ: Տափակ տեսակի դեպքում տեղային սառեցման խորությունը պետք է լինի 1-2 մմ ոչ ավելի, իսկ հիպերտրոֆիկի դեպքում՝ 2-5մմ: Ավելի խոր սառեցման դեպքում առաջանում են դեմքի և պարանոցի մաշկի սպիակակա փոփոխություններ: Սառեցման համար օգտագործվում է կրիոապլիկատոր, որն ունի հեղուկ ազոտի ակտիվ շրջանառությամբ կրիոզոնդ: Կրիոթերապիայի առավելությունն այն է, որ անզգայացում անհրաժեշտ չէ:

2. Էլեկտրակոագուլյացիա: Արդյունավետ է միայն փոքր տափակ մազանոթային հեմանգիոմաների և տելեանգիէկտազիաների բուժման ժամանակ:
3. Սկլերոզացնող թերապիա (նկ. 132): Երեխաների դեպքում կատարվում է հեմանգիոմաների բոլոր տեսակի դեպքում՝ նորագոյացության 1սմ² մակերեսին 0,5մլ հաշվարկով ներարկելով էթիլ սպիրտի 70%-անոց լուծույթ: Լուծույթի բաղադրությունն է՝

Rp: Spiritus vini rectificati 96% - 70,0
 Trimecaini – 1,0
 Aq. destill – 29,0
 M.D.S. ներարկման համար

Բուժման տևողությունը կարճացնելու նպատակով անհրաժեշտ է նշված լուծույթով կատարել հեմանգիոմայի ներսփռում՝ ասեղը շարժելով հովհարաձև: Ներարկումից անմիջապես հետո դրվում է ճնշող կապ:

Սպիրտ ներարկելուց հետո կարող են նկատվել բարդություններ՝ ջերմաստիճանի բարձրացում, ալերգիկ ռեակցիա եղնջացանով: Լուծույթը մեծ քանակությամբ ներարկելիս կարող են դիտվել շնչառության կանգ և ցնցումներ: Այդ պատճառով մինչև 1 տարեկան երեխաների միանվագ ներարկման դեղաչափը սահմանված է 2մլ-ից ոչ ավելի, վաղ մանկական և նախադպրոցական տարիքում՝ 10-12մլ, դպրոցական տարիքում՝ մարմնի 1կգ-ին 2մլ էթիլ սպիրտի 70%-անոց լուծույթ:

4. Ճառագայթային բուժում: Այս մեթոդը դեռևս զարգացման փուլում է: Հեմանգիոմաների բուժման ժամանակ այն կարող է արդյունավետ լինել: Այնուամենայնիվ, այս մեթոդի էական թերությունը երեխայի օրգանիզմի վրա իոնիզացնող ճառագայթման վնասակար ազդեցությունն է:
5. Վիրահատական բուժումը սովորաբար իրականացվում է վերը թվարկված մեթոդների հետ զուգակցված, ընդ որում, նախքան վիրահատությունը ձգտում են կատարել ուռուցքի սպիացում կամ չափերի փոքրացում:
6. Հորմոնային թերապիա՝ ստերոիդների կիրառմամբ:

7. Դեղորայքային բուժում: Օգտագործվում է **պրոպանոլոլ** դեղամիջոցը: Վերջինս ոչ սելեկտիվ β-բլոկատոր է և կիրառվում է սրտաբանության ոլորտում: Դրա արդյունավետությունը հեմանգիոմաների բուժման համար հայտնաբերվել է 2008թ. պատահաբար: 2016թ. Հայաստանում առաջին անգամ իրականացվել է ակնակապիճի մազանոթային հեմանգիոմայի բուժում պրոպանոլոլով:



Նկար 132. Դեմքի հեմանգիոմա. նախնական տեսքը և արդյունքը սկլերոզացնող թերապիայից հետո:

ԼԻՄՖԱՆԳԻՈՄԱ: Անոթային ծագման քիչ ուսումնասիրված ուռուցք է: Մեծ մասամբ սխալ է ախտորոշվում կամ մնում է չախտորոշված: Կան տարակարծություններ լիմֆանգիոմաների ծագման վերաբերյալ: Ոմանք համարում են իրական ուռուցք, ոմանք էլ նշում են, որ այն ավշային համակարգի զարգացման խանգարման հետևանք է: Երկրորդ տեսակետի վերաբերյալ են հետևյալ փաստերը. ուռուցքը հաճախ բնածին է կամ հայտնաբերվում է ծնվելուց քիչ ժամանակ անց (նկ. 133, 134):

Որոշ հիվանդների շրջանում այն զուգակցվում է զարգացման այլ արատների հետ: Նկատվել են տարիքին զուգընթաց ուռուցքի ռեգրեսի դեպքեր: Հիվանդների մեծ մասի դեպքում նույնիսկ ուռուցքը ոչ արմատական հեռացնելուց հետո սովորաբար ռեցիդիվ չի լինում: Աճման պրոցեսում լիմֆանգիոման կարող է բորբոքվել:

Ըստ հյուսվածքաբանական կառուցվածքի՝ լիմֆանգիոմաները լինում են մազանոթային, խոռոչավոր, կիստոզ (գիգրոմա) և խառը: Ըստ աճման՝ լինում են սահմանափակ և տարածուն, ըստ տեղակայման՝ մակերեսային և խոր:



Նկար 133. Լիմֆանգիոմա:

Նկար 134. Լեզվի բորբոքված լիմֆանգիոմա:

Լիմֆանգիոմաների կլինիկական պատկերը: Լիմֆանգիոմաները մանկական տարիքում ունեն բորբոքվելու հասկություն: Բորբոքումները համընկնում են երեխաների՝ սուր ռեսպիրատոր և տարափոխիկ հիվանդություններով հիվանդանալու և վնասվածքների հետ: Այդ ժամանակ բորբոքային այտուցի պատճառով լիմֆանգիոմայի չափերը մեծանում են, առաջանում է ծփանք: Վերջինս պայմանավորված չէ ենթամաշկի ճարպաբջջանքի թարախային լուծմամբ: Բորբոքված լիմֆանգիոմայի պունկտատում միշտ հայտնաբերվում է շճային կամ արյունային պարունակություն, իսկ թարախ երբեք չի հայտնաբերվում: Երեխաների պարանոցի, բերանի հատակի, լեզվի արմատի տարածուն լիմֆանգիոմաների բորբոքման ժամանակ դիտվում է շնչառության և կլլման խանգարում, որը հանգեցնում է սննդի ընդունման երկարատև խանգարման, անեմիայի զարգացման և երեխայի հյուծման:

Լիմֆանգիոմաների մյուս առանձնահատկությունն ուռուցքի երկարատև ճնշման հետևանքով դիմային ոսկրերի երկրորդային ձևախախտումն է, որը դրսևորվում է ատամնաշարերի աղեղների նեղացմամբ: Լեզվի լիմֆանգիոման կարող է առաջացնել առջևի ատամների պրոտրուզիա, բաց կծվածք, կզակի գերած:

Լցման ախտանիշը, տեղային ջերմաստիճանի բարձրացումը, որոնք բնորոշ են հեմանգիոմաներին, լիմֆանգիոմաների դեպքում բացակայում են:

Բուժումը: Վիրահատական բուժումը թեև հիմնականն է, սակայն հիվանդների մեծ մասը կարիք ունի համալիր բուժման՝ դիսպանսեր հսկողություն, բերանի խոռոչի և ըմպանի սանացիա (տոնզիլեկտոմիա, ադենոտոմիա), հակաբորբոքային բուժում, վիրահատություն, օրթոդոնտիկ բուժում և լոգոթերապիա:

ԾԱՅՐԱՄԱՍՍՍՅԻՆ ՆՅԱՐԴԵՐԻ ՈՒՌՈՒՅՔՆԵՐ: Ծայրամասային նյարդերի ուռուցքներից և ուռուցքանման գոյացություններից մանկական տարիքում ամենից հաճախ հայտնաբերվում է **նեյրոֆիբրոմատոզը** կամ **Ռեկլինգհաուզենի հիվանդությունը:** Այն բնածին համակարգային ծանր հիվանդություն է, որը բնորոշվում է ենթամաշկային ճարպաբջջանքում

բազմաթիվ նեյրոֆիբրոմաների, հեմանգիոմաների, լիմֆանգիոմաների առաջացմամբ: Հաճախ հայտնաբերվում են գանգի և ողնուղեղի նյարդերի ուռուցքներ, ներինոմաներ, ինչպես նաև ներզատական և վեգետատիվ նյարդային համակարգերի խանգարումներ: Հիվանդությունը ժառանգական է: Այն զարգանում է էկտոդերմի և մեզոդերմի սխալ էմբրիոգենեզի հետևանքով: Այս հիվանդությամբ տառապող հիվանդները հաճախ ունեն մտավոր և ֆիզիկական թերություններ:

Կյանքի առաջին 4-5 տարիներին նեյրոֆիբրոմատոզ ենթադրելը շատ դժվար է, քանի որ բնորոշ ախտանշանները բացակայում են կամ թույլ են արտահայտված: Երեխայի մեծանալուն զուգընթաց դրանք սկսում են արտահայտվել: Մարմնի մաշկի վրա հայտնվում են պիգմենտային բծեր՝ սուրճի լաքաների պես: 10-12 տարեկանում ախտահարման կողմում հստակ արտահայտվում է մաշկի «ծերացման» ախտանշանը: Լորձաթաղանթը նույնպես փոփոխվում է, կորցնում է փայլը, դառնում հարթ, ստանում թեթև դեղնավուն երանգ («լաքած լեզու»): Հայտնաբերվում է մակրոդենտիա: Այտի փափուկ հյուսվածքներում շոշափվում են պինդ, ցավոտ ձգաններ և ուռուցքային հանգույցներ: Դիմային նյարդի ֆունկցիան խանգարվում է, զարգանում է դիմախաղի (միմիկայի) մկանների պարեզ:

Ռենտգենյան հետազոտմամբ ծնոտների ոսկրերում հայտնաբերվում են օստեոպորոզի օջախներ:

Բուժումը վիրահատական է՝ ախտաբանորեն փոփոխված հյուսվածքների հեռացում՝ ըստ հնարավորության վերականգնելով երեխայի արտաքինը: Ծավալուն ախտահարումների դեպքում (դեմքի կեսը և պարանոցը) վիրահատական բուժումը քիչ արդյունավետ է:

ՉԱՐՈՐԱԿ ՈՒՌՈՒՑՔՆԵՐ

Մանկական տարիքում չարորակ ուռուցքները գերազանցապես ախտահարում են փափուկ հյուսվածքները: Երեխաների բերանի խոռոչի քաղցկեղը, ի տարբերություն մեծահասակների, չափազանց հազվադեպ երևույթ է:

ՏԻԲՐՈՍԱՐԿՈՄԱ: Զարգանում է ենթամաշկային ճարպային բջջանքում, մկաններում և փակեղներում՝ պինդ, կիսագնդաձև գոյացությամբ, որը ծածկված է չփոփոխված մաշկով: Հետագայում մաշկը դառնում է վառ կարմիր, իսկ ուռուցքը խոցոտվում է:

ՄԻՈՍԱՐԿՈՄԱՆ կլինիկական ընթացքով նման է ֆիբրոսարկոմային, չափազանց հազվադեպ է դիտվում:

ՉԱՐՈՐԱԿ ՄԵԼԱՆՈՄԱՆԵՐ: Կարող են առաջանալ բնածին խալերից (նևուսներից): Ամենից հաճախ չարորակ փոխակերպման են ենթարկվում այն պիգմենտային բծերը, որոնք մշտապես գրգռվում են, հարվում: Կարծիք կա, որ մելանոման կարող է զարգանալ նաև ամոքիչ (պալիատիվ) վիրահատությունից հետո (օրինակ՝ կոսմետիկ նկատառումներով կատարված միջամտությունից հետո):

Չարորակ մելանոման աստիճանաբար աճող, միայնակ, պիգմենտավորված հանգուցանման ուռուցք է, որը շրջապատված է էրիթեմատոզ պսակով: Աստիճանաբար ստանում է սնկի տեսք, իսկ օջախի շուրջ հայտնվում են դուստր տարրեր: Խոցոտումն ուշ ախտանիշներից է: Մետաստազները զարգանում են լիմֆոզեն ճանապարհով:

ՈՍԿՐԱԳՈՅԱՑՆՈՂ ՈՒՌՈՒՑՔՆԵՐ

ՕՍՏԵՈՍԱՐԿՈՄԱ: Օստեոսարկոման (օստեոզեն սարկոմա) ոսկրի չափազանց չարորակ առաջնային ուռուցք է: Կա օստեոսարկոմայի երկու տեսակ. արագընթաց ուռուցք, երբ հիվանդությունը սկսվում է սուր, իսկ լետալ ելքն արագ է լինում, և ավելի դանդաղ զարգացող ուռուցք՝ ավելի թույլ արտահայտված կլինիկական դրսևորումներով: Հիվանդության արագընթաց տեսակով տառապող հիվանդների թոքային մետաստազները կարող են հայտնաբերվել առաջնային ուռուցքի հետ միաժամանակ: Սովորաբար հիվանդության նման ընթացքը նկատվում է երեխաների շրջանում: Հիվանդությունն սկսվում է հանկարծակի, առանց հայտնի արտաքին պատճառի կամ էլ հազվադեպ վնասվածքով պայմանավորված: Մի դեպքում հիվանդության առաջին նշանը որևէ ինտակտ ատամի ցավն է, այլ դեպքում՝ անդուր քորի զգացումը լնդի եզրի շրջանում և ատամների շարժունությունը: Ի տարբերություն ստորին ծնոտի՝ վերին ծնոտի օստեոզեն սարկոմաների դեպքում ցավի ախտանշանը հիվանդության բավական ուշ նշաններից է: Ուռուցքի երկարատև անարգել և աննկատելի աճը բացատրվում է վերծնոտային օդակիր ծոցի (հայմորյան ծոց) առկայությամբ: Երբեմն՝ նախքան ցավեր առաջանալը, ստորակնակապճային կամ կզակային նյարդերի ճյուղավորման շրջանում խանգարվում է զգացողությունը (պարէսթեզիա), ընդ որում, այդ երևույթը կարող է լինել անկայուն և արագ վերանալ:

Օստեոզեն սարկոմաների կլինիկական մյուս արտահայտությունը դրանց զարգացման տեղում տարբեր մեծության և պնդության, շոշափելիս չափավոր ցավոտ ուռածությունն է: Մեծ ուռուցքների դեպքում փափուկ հյուսվածքներն այտուցվում են, ենթամաշկի և ենթալորձաթաղանթային երակները լայնանում են, ուռուցքի վրա մաշկը բարակում է:

Քունք-ստործնոտային հողի մերձակայքում ուռուցքի զարգացման դեպքում բերանը բացելը կտրուկ սահմանափակվում է:

Օստեոզեն սարկոմայով տառապող հիվանդների ընդհանուր վիճակն առաջին ամիսներին չի վատանում: Հիվանդության ուշ շրջանում, երբ ուռուցքը դառնում է զգալի չափերի, բարձրանում է ԷՆԱ-ն, ավելանում է լեյկոցիտների քանակը, խորանում է անեմիան:

Ռենտգենյան պատկերը բազմազան է և պայմանավորված է մերթ քայքայման, մերթ կառուցողական գործընթացների գերակշռմամբ կամ դրանց համակցմամբ: Այս պատճառով էլ օստեոզեն սարկոման լինում օստեոլիտիկ, օստեոպլաստիկ և խառը տեսակների:

Օստեոլիտիկ սարկոմայի դեպքում հայտնաբերվում է ոսկրային հյուսվածքի դեստրուկցիայի օջախ, որն ունի անկանոն ձև և ոչ հստակ

ուրվագծեր: Ուռուցքը հանգեցնում է վերնուսկրի շերտագատմանը և «հովհարի» ախտանշանի գոյացմանը: Ուռուցքի տեղում պերիօդոնտի ճեղքերը լայնացած են, ատամների արմատները ենթարկվում են ռեզորբցիայի:

Օստեոպլաստիկ սարկոմայի դեպքում գերակշռում են ոսկրի անկառուցվածք պնդացման օջախները: Երբեմն ոսկրային պարունակություններ են նկատվում ուռուցքի փափուկ հյուսվածքային բաղադրամասերում:

Խառը տեսակի դեպքում դեստրուկցիայի հետ հայտնաբերվում են նաև ոսկրի խտացման օջախներ: Նկատվում են նաև փոփոխություններ վերնուսկրի շրջանում՝ ոսկրի կորտիկալ շերտի նկատմամբ ուղղահայաց դասավորված ասեղանման ստվերներ: Այս ախտանշանը դիտվում է այն դեպքում, երբ ուռուցքը ներառում է փափուկ հյուսվածքների մեջ:

Օստեոգեն սարկոմայի տարատեսակ է յուկստակորտիկալ սարկոման, որը ծնոտների ոսկրերում չափազանց հազվադեպ է լինում:

ԱՃԱՌԱԳՈՅԱՑՆՈՂ ՈՒՌՈՒՑՔՆԵՐ

ԽՈՆՆԵՐՈՍԱՐԿՈՄԱ: Խոնդրոսարկոման կարող է տեղակայվել ոսկրի կենտրոնական կամ ծայրամասային հատվածներում: Հիվանդների մեծ մասի ուռուցքի ծագման ելակետը չի հաջողվում պարզել: Այս հիվանդությունը ծնոտների ոսկրերում հազվադեպ է դիտվում, քանի որ ծնոտները զարգացման աճառային փուլ չեն անցնում: Այդ պատճառով էլ ժամանակին այդ ուռուցքի առաջացումը ծնոտներում կասկածելի էր թվում: Ներկայումս կարծիք կա, որ վերծնոտային ծոցը ձևավորվելու ժամանակ քթի խոռոչի կողմնային պատից աճառային բջիջները կարող են անցնել ծնոտի մեջ և հետագայում դառնալ նորագոյացության առաջացման աղբյուր: Բացի այդ, տվյալներ կան, որ կտրիչային խողովակում առկա են աճառային բջիջներ:

Ըստ մասնագիտական գրականության տվյալների՝ դիմաձնոտային շրջանում խոնդրոսարկոմաները հայտնաբերվում են քթի միջնապատում, վերին ատամնաբնային ելունում և կարծր քիմքում:

Կլինիկան: Տափակ ոսկրերի, այդ թվում նաև ծնոտների ոսկրերի խոնդրոսարկոմաներն ավելի արագ են աճում, քան խողովակավոր ոսկրերի խոնդրոսարկոմաները:

Ստորին ծնոտում տեղակայվելու դեպքում ուռուցքը դրսևորվում է ոչ ցավոտ ուռածությամբ, դիտվում է Վենսանի ախտանիշը, ատամները շարժվում են և թափվում:

Վերին ծնոտում տեղակայվելիս նկատվում է դեմքի ասիմետրիա, քթային դժվարացած շնչառություն, քթից արնահոսություն, էկզոֆթալմ: Դեպի թևաքմային փոս ուռուցքի աճը հանգեցնում է ծնոտի շարժունության սահմանափակմանը, ծամելու ցավոտությանը և կզակի՝ դեպի առողջ կողմ տեղաշարժին:

Մետաստազները հեմատոգեն ճանապարհով տարածվում են հիմնականում դեպի թոքեր:

Ունենագենաբանական պատկերը: Նկարում կենտրոնական խոնդրոսարկոման հայտնաբերվում է անհստակ ուրվագծերով և կալցիֆիկացման հատվածներ պարունակող ոսկրային հյուսվածքի դեստրուկցիայի օջախով: Ծայրամասային խոնդրոսարկոմայի դեպքում հայտնաբերվում է կորտիկալ շերտի դեստրուկցիա՝ կրակալված հատվածներով: Այս ուռուցքների բնորոշ հատկությունը կրի մանր օջախային կուտակումներն են:

Բուժումը: Բոլոր տեսակի սարկոմաների բուժումը համալիր է: Վիրահատական միջամտությունը չի երաշխավորում ռեցիդիվների բացակայությունը, քանի որ սարկոմաներն օժտած են վիրահատման ժամանակ վերքի մեջ իմպլանտացիայի ենթարկվելու (պատվաստվելու) ունակությամբ: Հետևաբար ցուցված է կատարել ծնոտի և նրան շրջապատող փափուկ հյուսվածքների էլեկտրառեզեկցիա: Միաժամանակ կատարում են ճառագայթային բուժում և քիմիաթերապիա: Վերջին տարիներին նկատվում է օրգանների խնայողական վիրահատությունների կիրառման միտում, որը հիմնված է հակաուռուցքային ակտիվ թերապիայի վրա:

ՈՍԿՐԱԾՈՒԾԱՅԻՆ ՈՒՌՈՒՑՔՆԵՐ

ՅՈՒԻՆԳԻ ՍԱՐԿՈՄԱ: 1921 թվականին Յուինգը (James Ewing) նկարագրեց մի յուրահատուկ ուռուցք, որը սկզբում անվանեց ոսկրի դիֆուզ էնդոթելիոմա, իսկ հետո՝ ոսկրի էնդոթելային միելոմա, քանի որ ենթադրվում էր, որ ուռուցքի ծագումը պայմանավորված է ոսկրածուծի ավշանոթների էնդոթելով: Այժմ համարում են, որ ուռուցքի ծագման աղբյուր կարող են լինել ոսկրի մեջ տեղակայված մոնոնուկլեային մակրոֆագների չտարբերակված տարրերը:

Յուինգի սարկոման համեմատաբար հազվադեպ հիվանդություն է: Այն դիտվում է բացառապես 4-25 տարեկանում: Որոշ հեղինակներ այն համարում են մանկական հիվանդություն: Ծնոտներում այն ավելի հազվադեպ է տեղակայվում, քան այլ ոսկրերում:

Կլինիկան: Հիվանդությունը կարող է սկսվել ախտահարված մասի նվազող, բութ ցավերի նոպայով, այրոցի և ջերմության զգացումով: Դրանց արագ գումարվում են ատամների շարժունությունը, ծնոտները շրջապատող փափուկ հյուսվածքների այտուցը և ջերմության բարձրացումը մինչև 39-40°C: Նկատվում է լեյկոցիտոզ, ԷՆԱ-ի բարձրացում և երկրորդային անեմիա:

Ընդհանուր երևույթների հետ շատ հիվանդների դեպքում ուռուցքը ծածկող մաշկը և լորձաթաղանթը չափավոր հիպերեմիկ են, շոշափելիս տաք, լարված: Կարող է հայտնաբերվել կեղծ ծփանք: Որոշ ժամանակ անց ցավերը մեղմանում են կամ վերանում, ուռածությունը դառնում է քիչ արտահայտված, ատամների շարժունությունը պակասում է: Սակայն հետագայում հիվանդությունը նոր ուժով է սրվում է: Յուինգի սարկոմային բնորոշ է ալիքաձև ընթացքը:

Այսպիսով, հիվանդությունը սկզբում հիշեցնում է սուր կամ ենթասուր օդոնտոգեն օստեոմիելիտ: Մետաստազներն առաջանում են ավշահանգույցներում, թոքերում և այլ ոսկրերում:

Ռենտգենաբանորեն հայտնաբերվում են դեստրուկցիայի տարածուն հատվածներ՝ էնդոստալ և պերիոստալ օստեոսկլերոզի օջախներով, ինչպես նաև «ասեղնաձև պերիոստիտի» պատկեր:

Բուժումը: Յուրեղի սարկոմայի ժամանակակից բուժումը համալիր է: Քիմիաթերապիան զուգակցվում է դիստանցիոն գամմա-թերապիայի հետ: Վիրահատական բուժումը հազվադեպ է ցուցված:

ՈՍԿՐԻ ՌԵՏԻԿՈՒԼԱՅԻՆ ՄԱՐԿՈՍԱ: Որպես առանձին նոզոլոգիական տեսակ՝ առաջին անգամ առանձնացվել է 1939 թվականին: Հաճախ դիտվում է խողովակավոր ոսկրերում, հազվադեպ՝ դիմային կմախքի ոսկրերում: Ըստ մասնագիտական գրականության տվյալների՝ հիվանդների տարիքը տատանվում է 9-80 տարեկան: Գրանցվել են նաև 2-4 տարեկան հիվանդ երեխաների դեպքեր:

Կլինիկան: Ուռուցքի աճն ուղեկցվում է ուռածությամբ և ցավի զգացումներով, թեպետ սուր սկիզբը խիստ հազվադեպ է: Ախտանշանները հիմնականում պայմանավորված են նորագոյացության տեղակայմամբ և աճի ուղղությամբ: Օրինակ՝ եթե ուռուցքն ախտահարում է վերին ծնոտը, այն աճում է դեպի քթի և բերանի խոռոչները, ինչպես նաև ակնակապիճի ուղղությամբ: Դժվարանում է քթով շնչառությունը, նկատվում է արտադրություն քթից, արցունքահոսություն: Եթե ուռուցքն ախտահարում է ատամնաբնային էլունը, ապա առաջանում է ատամների շարժունություն: Ուռուցքի վրայի մաշկը և լորձաթաղանթը գերարյունային են և այտուցված:

Ռետիկուլային սարկոմայի աճման արագությունը որոշակիորեն պայմանավորված է երեխայի տարիքով: Ավագ տարիքի երեխաների ուռուցքն ավելի դանդաղ է աճում: Կրտսեր տարիքի երեխաների շրջանում բնորոշ է նորագոյացության բուռն, ագրեսիվ աճը:

Եթե երկրորդային բորբոքումը բացակայում է, ապա ընդհանուր վիճակը երկար ժամանակ չի տուժում:

Մետաստազներ է առաջացնում ավշահանգույցներում, թոքերում և ոսկրային համակարգում:

Ռենտգենաբանորեն հայտնաբերվում են ոսկրային հյուսվածքի միայնակ կամ բազմակի կլորավուն դեստրուկցիայի օջախներ՝ ոչ հստակ սահմաններով: Առանձին օջախներ, որոնք իրարից անջատված են խտրոցներով, կարող են առաջացնել «մեղվաբջիջների» պատկեր: Ասեղնաձև պերիոստիտի պատկեր չի նկատվում:

Բուժումը: Ռետիկուլոսարկոման շատ զգայուն է ճառագայթման նկատմամբ, և բուժման նպատակով լայնորեն կիրառվում է ռադիոթերապիան: Այն նպատակահարմար է զուգորդել դեղորայքային բուժման հետ: