

ХІРУРГІЧНА СТОМАТОЛОГІЯ

УДК 617.51/53-006.2-053.2

Ткаченко П.І., Старченко І.І., Білоконь С.О., Попело Ю.В., Білоконь Н.П., Ярковий В.В.

ДЕРМОЇДНІ Й ЕПІДЕРМОЇДНІ КІСТИ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ І ШИЇ В ДІТЕЙ

Українська медична стоматологічна академія, Полтава, Україна

Вступ

За статистичними даними, наведеними у фундаментальних і періодичних виданнях, діти з новоутворами щелепно-лицевої ділянки (ЩЛД) складають 12%-22% усіх хворих із пухлинами, причому 90% припадає на частку доброякісних процесів, що здебільшого розвиваються внаслідок порушень ембріогенезу [1; 2].

Так, результатом вади розвитку ектодерми є дермоїдні (ДК) і епідермоїдні (ЕДК) кісти. Безсимптомний перебіг, відсутність патогномічних симптомів і схожість клінічних проявів на окремих етапах росту, попри нозологічну форму й місце виникнення, надають цій патології особливої актуальності в практиці дитячої щелепно-лицевої хірургії [3; 4].

При цьому, якщо до питань етіології й патогенезу ДК і ЕДК суттєвих питань не виникає, то існує проблема постійного моніторингового контролю за їх поширеністю й структурою для формування адміністративних організаційних заходів щодо планування надання спеціалізованої допомоги цій категорії хворих. Також особливу увагу необхідно звертати на розробку нових малоінвазивних оперативних втручань, ураховуючи підвищення естетичних запитів і вимог пацієнтів. Потребує вдосконалення й координація реабілітаційних заходів на ранніх і віддалених строках після оперативного втручання [2; 5; 6].

Метою нашого дослідження стало вивчення в порівняльному аспекті власних напрацювань щодо клініко-морфологічних особливостей і принципів лікування ДК та ЕДК ЩЛД і шиї в дітей із результатами наукових досліджень, висвітленими в літературних джерелах.

Матеріали і методи дослідження

На першому етапі дослідження проведено ретельний аналіз фундаментальних наукових праць і публікацій у періодичних виданнях, присвячених науковим розробкам різного спрямування щодо зазначених питань.

Клінічний розділ роботи стосується 15 дітей із ДК і 8 дітей з ЕДК, які перебували на лікуванні протягом 8 років у хірургічному відділенні дитячої міської клінічної лікарні м. Полтави, яке є однією з клінічних баз кафедри дитячої хірургічної стоматології УМСА. Для встановлення клінічного діагнозу використовували загальноклінічні, додаткові й спеціальні методи обстеження, зокрема діагностичну пункцію, ультразвукове дослідження й МРТ-обстеження, яке проводили в складних і сумнівних випадках [7; 8]. За необхідності хворих консультували лікарі суміжних спеціальностей.

Співробітниками кафедри патологічної анатомії з секційним курсом УМСА на препаратах, виготовлених за загальноприйнятими методиками [9], вивчено мікроскопічну будову післяопераційного матеріалу.

Результати дослідження та їх обговорення

Протягом 8 років у клініці всього було проліковано 67 дітей із кістами м'яких тканин (КМТ) ЩЛД, серед яких 15 – пацієнти з ДК (22,4%), а 8 – з ЕДК (11,9%). При цьому, якщо загальний вік пацієнтів із КМТ коливався від 4 до 15 років, то дермоїди й епідермоїди найчастіше виявляли в дітей молодшої та старшої шкільних вікових груп. Дівчаток було 14 (60,9%), хлопчиків – 9 (39,1%) [7].

За локалізацією дермоїдні кісти розділилися таким чином: надбрівна дуга – 6 спостережень (40,0%), кінчик носа й перенісся – 3 випадки (20,0%), ділянки проекції виличної кістки і під'язикової кістки – по 1 пацієнту (по 6,7%). Інші 4 випадки (26,7%) припадали на бічну поверхню шиї (рис. 1).

Епідермоїдні кісти у всіх 8 прооперованих розташовувалися на боковій поверхні шиї. Із них у середній її третині утвор виявлено в 6 випадках (75,0%), а у верхній третині – у 2 пацієнтів (25,0%).

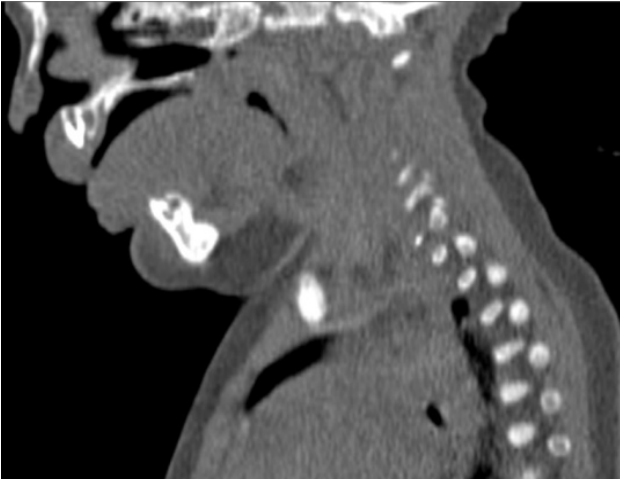


Рис. 1. МРТ-зображення дитини з дермоїдною кістою бокової поверхні шиї зліва. Визначається порожнинний анехогенний утвір із чіткими межами

Зіставлення клінічного діагнозу й результатів післяопераційної морфологічної верифікації видалених КМТ показало, що в 16 із 67 хворих (23,9%) клінічний діагноз не збігався з патогістологічним. При цьому розходжень при дермоїдах було найбільше (75,0%), що підтверджує необхідність розширеного використання додаткових методів обстеження і на догоспітальному етапі, і в стаціонарних умовах безпосередньо перед оперативним втручанням.

Відомо, що дермоїдні кісти – це утвори дизонтогенетичної природи, які утворюються там, де при формуванні ембріона відбуваються злиття шкірних покривів і зростання ембріональних порожнин і щілин унаслідок відщеплення частинок зародкової ектодерми й занурення їх у підлеглу тканину. Найчастіше це перенісся, зовнішній і внутрішній кути очної ямки, надбрівна ділянка, порожнина рота [2-8].

Частина науковців вважають дермоїди не кістозними утворами, а тератомами (ТР) – доброякісними новоутворами дизонтогенетичної природи, які складаються з тканин кількох типів, похідних одного, двох або трьох зародкових листків, наявність яких не властива тим органам і анатомічним ділянкам організму, де вони розвиваються [1; 10-12]. Дослідники зазначають, що на обличчі й шиї ТР частіше визначаються в дітей 1-2 років, локалізуючись біля надбрівних дуг, на лобі або переніссі [13; 14].

Цікаво, що натеper відсутня єдина думка про етіологію й патогенез ТР. Так, у доступній літературі згадується близько 15 механізмів її розвитку, найпоширенішими з яких є теорії Marchand (1897), Bonnet (1900), які пояснюють її розвиток зі зміщених на ранніх стадіях розвитку бластомерів, які зберігаються доти, поки несприятливі фактори не ініціюють їх бурхливий розвиток. Зміщені клітини не можуть забезпечити закінчення нормального розвитку тканини, що призводить до виникнення новоутвору, тим багатшого на тканинні елементи, чим раніше сталося відщеплення частини еластомерів [10].

На думку окремих авторів, тератоми як результат вад розвитку за своєю суттю не є пухлинами, однак, володіючи потужним потенціалом росту, вони здатні досягати великих розмірів з клінічною картиною справжньої пухлини, в тому числі й злоякісного характеру. Як похідні двох або трьох зародкових листків, ТР містять деривати екто-, мезо- й ектодерми, що можуть розвинути як недиференційовані утвори (незріла ембріональна ТР) або як диференційовані тканини й навіть органи (зріла ТР) [1; 12]. Частина дослідників, ураховуючи вищевикладене, зараховують до цієї ж групи й дермоїдні кісти [1; 10].

Дизонтогенетичне походження, розвиваючись із епітелію, що відшнуровувався й змістився в глибину тканин при змиканні зябрових дуг, мають і епідермоїдні кісти [2-8].

У наших спостереженнях на об'єктивному й пальпаторному обстеженні ДК у всіх випадках були неболючими, округлою чи овоїдною форми, тістувато-еластичної консистенції й не спаювалися з навколишніми тканинами, зміщуючись у всіх напрямках.

Тією чи іншою мірою була наявна асиметрія обличчя за рахунок наявності кістозного утвору в певній анатомічній ділянці. Шкіра над їхньою проекцією була звичайного забарвлення й погано збиралася в складку, за винятком бічної поверхні шиї.

При локалізації в ділянці перенісся або зовнішнього краю очної ямки ДК щільно з'єднувалися з окістям і були обмежені в рухомості в будь-який бік.

М'яко-еластичні ЕДК за всіма іншими клінічними ознаками суттєво не відрізнялися від ДК. Діагностичною пункцією встановлено їхній уміст – злуцнені епітеліальні клітини й кристали холестерину.

Батьки пацієнтів повідомляли про досить повільний ріст ДК і ЕДК. При цьому всі кістозні утвори ніколи не росли в напрямку ротової чи носової порожнини, а при локалізації на боковій поверхні шиї вони ніколи не розміщувалися нижче рівня під'язикової кістки.

У 2 випадках (13,3%) ми спостерігали запалення ДК, що супроводжувалося приєднанням симптоматики, притаманної гострому запальному процесу. У цих дітей розтинали гнійники й використовували класичні варіанти післяопераційного ведення. В обох випадках після ліквідації гострих явищ запалення в пацієнтів утворювалися нориці, які було прооперовано через 1 місяць після припинення проявів гострого запалення.

Випадків нагноєння ЕДК ми не спостерігали.

Усім пацієнтам із ДК і ЕДК під загальним знеболюванням проводили екстирпацію утворів за загальноприйнятими методиками з урахуванням їхньої топографо-анатомічної локалізації (рис. 2) [2-5], а післяопераційний матеріал відправляли на гістологічне дослідження.

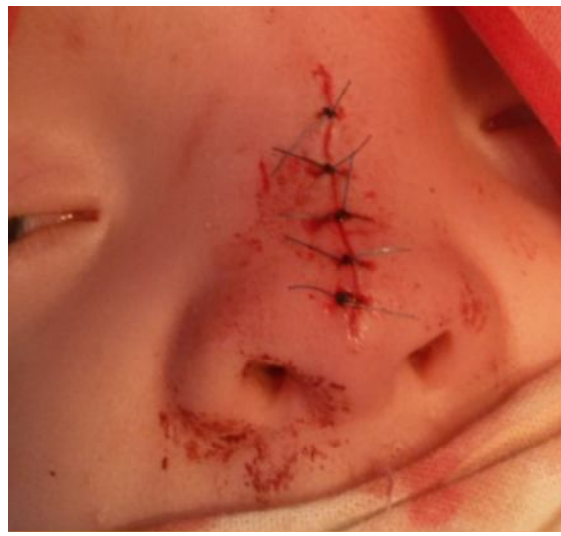


Рис. 2. Етапи цистектомії з приводу ДК кінчика носа й перенісся в дитини М., 8 міс

Мікроскопічно сполучнотканинна стінка дермоїдної кісти була вистелена багат шаровим плескатим епітелієм, що зроговіває, і за морфологічними ознаками подібний до епідермісу шкіри. Зазвичай кістозна стінка вміщувала придатки шкіри (волосяні фолікули, сальні й потові залози), тому в порожнині ДК постійно виявляли сало, волосся, злущений епітелій і кристали холестерину [1;7]. Така морфологічна картина збігалася з літературними даними про будову дермоїдів [15].

Гістологічним дослідженням післяопераційного матеріалу встановлено й класичну мікроскопічну будову ЕДК [15] у всіх випадках (рис. 3): досить варіабельної товщини сполучнотканинна капсула, внутрішня поверхня якої вистелена багат шаровим плескатим епітелієм, за будовою подібним до епідермісу шкіри з наявністю всіх шарів. Однак за товщиною епітеліальна вистилка значно менша за власне епідерміс шкіри через зменшення кількості рядів мальпігєвого шару й розмірів кожної окремої клітини. У порожнині кіст визначалися рогові маси.

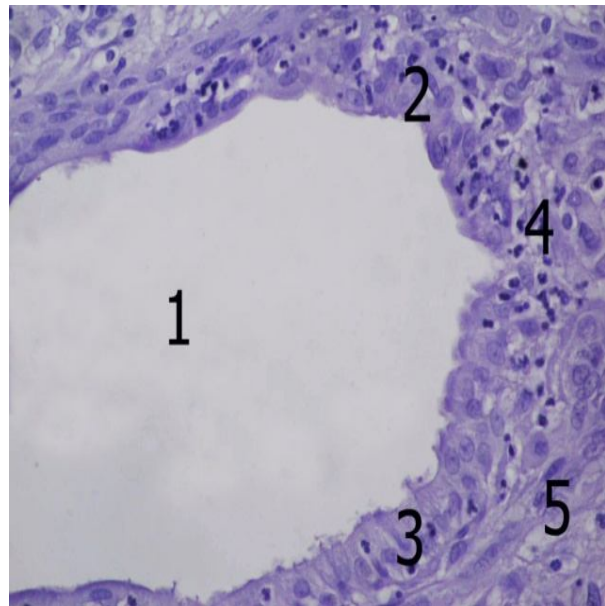


Рис. 3. Будова стінки епідермоїдної кісти.

Мікропрепарат. Об 40^x, ок 10^x.

Забарвлення гематоксилін-еозином:

1 – порожнина кісти; 2 – багат шаровий плескатий епітелій; 3 – циліндричний епітелій; 4 – запальна інфільтрація; 5 – сполучна тканина

Висновки

Дермоїдні й епідермоїдні кісти ЩЛД і шиї в дітей мають дизонтогенетичне походження, утворюються вже в новонароджених, найчастіше проявляються й візуально діагностуються в молодшому й старшому шкільному віці. Незважаючи на їхні класичні клінічні прояви, прослідковується велика кількість невідповідності клінічного й патогістологічного діагнозів, що потребує виваженого обстеження на догоспітальному й госпітальному етапах із використанням, за потреби, сучасних інформативних додаткових і спеціальних методів досліджень у складних і сумнівних випадках із залученням лікарів суміжних спеціальностей.

Перспективи подальших досліджень. Наведений матеріал може стати підґрунтям для подальших поглиблених науково-практичних досліджень імуногістохімічних структурних особливостей дермоїдів і епідермоїдів із метою визначення імунокомпетентності прошарків кістозних оболонок і встановлення їхньої вірогідної ролі у виникненні гострого запального процесу залежно від різновиду утвору.

Список літератури

- Ткаченко ПІ, Старченко ІІ, Білоконь СО, Доброскок ВО, Білоконь НП. Новоутворення щелепно-лицевої ділянки у дітей. Полтава. 2018:191.
- Харьков ЛВ, Яковенко ЛМ, Чехова ІА. Хірургічна стоматологія дитячого віку. Книга-плюс. 2003:480.
- Зеленский ВА, Мухорамов ФС. Детская хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия. Москва. 2008:206.
- Маланчук ВО, Кончак АВ. Доброякісні пухлини та пухлиноподібні ураження щелепно-лицевої ділянки та шиї. Навчальний посібник. Видавничий дім "Асканія". 2008:320.
- Топольницький О.З. Стоматологія дитячого віку. Хирургія. ГЕОТАР-Медіа. 2016:311.
- Черствой ЕД, Кравцовой ГИ, Фурманчук АВ. Опухоли и опухолеподобные процессы у детей. Минск. Аскар. 2002:400.
- Ткаченко ПІ, Білоконь СО, Старченко ІІ, Гуржій ОВ, Білоконь НП, Литвин АО. Кісти м'яких тканин щелепно-лицевої ділянки та шиї у дітей. Світ медицини та біології. 2016;№3:80-84.
- Ткаченко ПІ, Старченко ІІ, Білоконь СО, Резвіна КЮ. Кісти щелепно-лицевої ділянки (клініко-морфологічні аспекти). Полтава. 2013:103.
- Меркулов АБ. Курс патогістологической техники. Медицина. 1969:237.
- Кириллова ІА, Кравцова ГЛ, Кручинский ГВ, Люзика Г.И. Тератология человека: Руководство для врачей. Медицина. 1991:480.
- Ткаченко ПІ, Старченко ІІ, Білоконь СО, Гуржій ОВ. Тератома: літературні дані та власні спостереження. СтоматологІнфо. 2014;№1:21-25.
- Belokon SA, Starchenko II, Dobroskok VA, Korotich NN, Vinnik NI. Benign soft tissue tumors of maxillofacial region in children: incidence, structure, clinicodiagnostic features. The new armenian medical journal. 2017;Vol.11,№3:30-36.
- Мамедов АА, Киргизов ІВ, Нелюбіна ОВ [и др.]. Клинический случай тератомы полости рта и ротоглотки, сочетающейся с врожденной расщелиной губы и неба. ДенталЮг. 2012;№6:8-10.
- Маслова ІВ. Тератома носоглотки у новонародженого. Вестник оториноларингологии. 1995;№5:50-52.
- Пальцев МА, Аничков НМ. Атлас патологии опухолей человека. Медицина. 2005:424.

References

- Tkachenko PI, Starchenko II, Bilokon SO, Dobroskok VO, Bilokon NP. Novoutvorenniya shchelepno-lytsevoyi dilyanky u ditey. Poltava. 2018:191.(Ukrainian)
- Kharkov LV, Yakovenko LM, Chekhova IA. Khirurhich a stomatolohiya dytyachoho viku. Knyhplyus. 2003:480.(Ukrainian)
- Zelensky VA, Mukhoramov FS. Detskaya khirurgicheskaya stomatologiya i chelyustno-litsevaya khirurgiya. Moscow. 2008:206.(Russian)
- Malanchuk VO, Konchak AV. Dobroyakisni pukhlyny ta pukhlynopodibni urazhennya shchelepno-lytsevoyi dilyanky ta shyyi. Navchal'nyy posibnyk. Vydavnychyy dim "Askaniya". 2008:320.(Ukrainian)
- Topolnitsky OZ. Stomatologiya detskogo vozrasta. Khirurgiya. GEOTAR-Media. Moscow. 2016:311.(Russian)
- Cherstvoy ED, Kravtsova GI, Furmanchuk AV. Opukholi i opukholepodobnyye protsessy u detey. Askar. Minsk. 2002:400.(Russian)
- Tkachenko PI, Bilokon SO, Starchenko II, Gurzhiy OV, Bilokon NP, Lytvyn AO. Kisty m'yakykh tkany shchelepno-lytsevoyi dilyanky ta shyyi u ditey. Svit medytsyny ta biolohiyi. 2016;№3:80-84.(Ukrainian)
- Tkachenko PI, Bilokon SO, Starchenko II, Rezvina KY. Kisty shchelepno-lytsevoyi dilyanky (kliniko-morfologichni aspekty). Poltava. 2013:103.(Ukrainian)
- Merkulov AB. Kurs patohistologicheskoy tekhniky. Medicine. 1969:237.(Russian)
- Kirillova IA, Kravtsova GL, Kruchinsky GV, Lusika GI. Teratologiya cheloveka: Rukovodstvo dlya vrachey. Medicine. 1991:480.(Russian)
- Tkachenko PI, Bilokon SO, Starchenko II, Gurzhiy OV. Teratoma: literaturni dani ta vlasni sposterezheniya. StomatolohInfo. 2014;№1:21-25.(Ukrainian)
- Belokon SA, Starchenko II, Dobroskok VA, Korotich NN, Vinnik NI. Benign soft tissue tumors of maxillofacial region in children: incidence, structure, clinicodiagnostic features. The new armenian medical journal. 2017;Vol.11,№3:30-36.
- Mamedov AA, Kyryzov YV, Nelyubyna OV [and others.]. Klinicheskiy sluchay teratomy polosti rta i rotoglotki, sochetayushcheyasya s vrozhdonnoy rasshchelinoy guby i noba. DentalYuh. 2012;№6:8-10.(Russian)
- Maslova IV. Teratoma nosoglotki u novorozhdenogo. Vestnik otorinolaringologii. 1995;№5:50-52.(Russian)
- Paltsev MA, Anichkov NM. Atlas patologii opukholey cheloveka. Medicine. 2005:424.(Russian)

Стаття надійшла: 28.01.2020 року

Резюме

За статистичними даними, доброякісні утвори ЩЛД і шиї в дітей мають здебільшого дизонтогенетичне походження. Найчастіше трапляються дермоїдні й епідермоїдні кісти. Нині маємо проблему планування спеціалізованої допомоги цій категорії хворих, розробки малоінвазивних оперативних втручань і вдосконалення реабілітаційних заходів на етапах після оперативного втручання.

У статті наведено клінічне спостереження стосовно 15 дітей із дермоїдними і 8 дітей з епідермоїдними кістами щелепно-лицевої ділянки й шиї. Зіставлення клінічної картини з результатами морфологічної верифікації виявило значну розбіжність клінічного й патогістологічного діагнозів у хворих цієї категорії, що підтверджує необхідність розширеного обстеження на догоспітальному етапі із залученням сучасних високоінформативних спеціальних методів дослідження.

Ключові слова: діти, кісти, дермоїд, епідермоїд, щелепно-лицева ділянка, шия.

Резюме

По статистическим данным, доброкачественные образования ЧЛО и шеи у детей имеют преимущественно дисонтогенетическое происхождение. Среди них чаще всего встречаются дермоидные и эпидермоидные кисты. В настоящее время существует проблема планирования специализированной помощи этой категории больных, разработки малоинвазивных оперативных вмешательств и усовершенствования реабилитационных мероприятий на этапах после оперативного вмешательства.

В статье представлено клиническое наблюдение касательно 15 детей с дермоидными и 8 детей с эпидермоидными кистами челюстно-лицевой области и шеи. Сопоставление клинической картины с результатами морфологической верификации показало значительные несоответствия клинического и патогистологического диагнозов у больных этой категории, что подтверждает необходимость расширенного обследования на догоспитальном этапе с использованием современных высокоинформативных специальных методов исследования.

Ключевые слова: дети, кисты, дермоид, эпидермоид, челюстно-лицевая область, шея.

UDC 617.51/53-006.2-053.2

DERMOID AND EPIDERMOID CYSTS OF THE MAXILLOFACIAL AREA AND THE NECK AMONG CHILDREN

Tkachenko P.I., Starchenko I.I., Bilokon S.O., Popelo Y.V., Bilokon N.P., Yarkovy V.V.

Ukrainian Medical Stomatological Academy, Poltava, Ukraine

Summary

It is generally accepted that dermoid and epidermoid cysts are the result of malformation of the ectoderm. The asymptomatic course, absence of pathognomonic symptoms and similarity of clinical manifestations at separate stages of growth, despite nosological form and place of occurrence, give this pathology of particular relevance in the practice of pediatric maxillofacial surgery.

However, if there are no significant issues regarding the etiology and pathogenesis of dermoids and epidermoids, there is a problem of constant monitoring of their prevalence and structure for the formation of administrative organizational measures for the planning of specialized care for this category of patients. Special attention should also be given to the development of new, minimally invasive surgical interventions, given the increasing aesthetic demands and requirements of patients.

The aim of the study is to study in a comparative aspect their own experience on the clinical and morphological features and principles of treatment of dermoid and epidermoid cysts of the maxillofacial area and neck in children with the results of scientific studies, covered in literature.

A thorough analysis of fundamental scientific works and publications in periodicals devoted to the scientific development of various directions in relation to these issues is carried out.

The clinical section of the work concerns 15 children with dermoids and 8 children with epidermoids who have been treated for 8 years in the surgical ward of the children's clinical hospital in Poltava. General clinical, additional, and specific examination methods were used to establish clinical diagnosis, including diagnostic puncture, ultrasound, and MRI examination, which was performed in complex and questionable cases. If it is necessary, the patients are consulted by doctors of related specialties.

The microscopic structure of the postoperative material was studied on preparations made by conventional methods.

An objective study found that the clinical picture of the dermoid and epidermoid cysts is similar, differing only in slight subjective sensations on palpation.

Comparison of clinical diagnosis and results of postoperative morphological verification of removed soft tissue bones showed that in 23.9% of patients the clinical diagnosis did not coincide with pathohistological. The difference in dermoids was the largest (75.0%), which confirms the need for expanded use of additional

examination methods both at the pre-hospital stage and under inpatient conditions immediately before surgery.

In general, the obtained morphological picture of the postoperative material coincided with the literature data on the classical structure of the dermoid and epidermoid cysts of the soft tissues of the maxillofacial area.

Thus, the dermoid and epidermoid cysts of the maxillofacial area in children, having a dysontogenic origin, are most often diagnosed at younger and older school age. Despite their classic clinical picture, a considerable number of discrepancies between clinical and pathohistological diagnoses are traced, requiring a careful examination at both the hospital and hospital stages using modern, informative supplementary and special methods of investigation in complex and doubtful cases of cases and complex cases.

These materials may be the basis for further in-depth scientific studies on immunohistochemical structural features dermoids and epidermoids to determine immunocompetence layers cystic membranes and determine their probable role in causing acute inflammation depending on the type of formation.

Key words: dermoid, epidermoid, cyst, maxillofacial, surgery.