

ХІРУРГІЧНА СТОМАТОЛОГІЯ

УДК [617.52-053-2.5-006.44-07]

П.І. Ткаченко, М.О. Чоловський, О.Б. Доленко, С.О. Білоконь, Ю.В. Попело

НЕЙРОБЛАСТОМА ЩЕЛЕПНО -ЛИЦЕВОЇ ЛОКАЛІЗАЦІЇ В НОВОНАРОДЖЕНОЇ ДИТИНИ

Українська медична стоматологічна академія, Полтава, Україна

Вступ

На тлі невпинного збільшення кількості злоякісних новоутворів щелепно-лицевої ділянки (ЩЛД) серед населення України в жителів Полтавської області цей показник становить 2,3% загальної кількості вперше діагностованих злоякісних утворів [9].

Безсимптомність перебігу, “стертість” клінічних проявів на початкових стадіях розвитку, несвоєчасне звернення хворих по спеціалізовану допомогу на тлі недостатньої інформованості громадян і медичних працівників щодо цього розділу медицини та відсутність у них належної онкологічної настороженості призводять до того, що значна частина пацієнтів потрапляє на лікування із занедбанними формами. Зокрема, за даними статистичної звітності Полтавського обласного онкологічного диспансеру, на III і IV стадії злоякісного процесу тканин ЩЛД припадає 41,6%, серед яких 54% становить рак СОПР, 28% припадає на рак язика, 10% випадків складає рак губи і у 8% діагностують рак слинних залоз [10].

На жаль, у 55% спостережень причиною пізнього звернення стають організаційно-методичні порушення: не досить повне обстеження хворих на догоспітальному етапі (недооцінка клінічних даних, рентгенологічних змін, неправильна інтерпретація результатів додаткових методів обстеження), недостатня профілактична робота серед населення або послідовність її планування, неякісні профілактичні огляди, затримка хворих на первинних ланках лікувальних закладів. Попри те, що велика частина органів і тканин ЩЛД доступна для проведення об'єктивних і застосування додаткових методів обстеження, близько 40% пацієнтів мають задавлені форми злоякісних процесів із вини лікарів [2; 5; 7; 10].

У дитячій практиці ситуація виглядає не краще, адже щорічно в Україні первинно діагностують 3,5% випадків злоякісних пухлин. На жаль, у

періодичних виданнях наводяться поодинокі дані щодо первинного і метастатичного ураження тканин ЩЛД у дітей, хоча розпізнавання та лікування онкостоматологічних хвороб у них на ранніх стадіях розвитку досі викликають значні труднощі, зумовлені широким розмаїттям клінічних проявів пухлин, віковими особливостями, залежністю діагностики злоякісних новоутворів від динаміки росту, локалізації, місцевих і загальних змін [3;4]. Тому, на наш погляд, і кількість діагностичних помилок у дитячій практиці більша, ніж у дорослих.

Проблема набуває загальномедичного значення ще й тому, що через топографічно-анатомічні особливості структур голови і шиї будь-яка патологія щелепно-лицевої локалізації стає предметом участі різних лікарів суміжних спеціальностей [1].

Не є винятком і нейробластома – злоякісна пухлина, яку вперше описав у 1865 році Вірхов і дав їй назву «глиома». Розвивається вона з ембріональних нейробластів симпатичної нервової системи, складає 14% усіх новоутворів і діагностується тільки в дітей. Щорічно на цю хворобу страждають 6-8 дітей на мільйон дитячого населення (середній вік – 2 роки). Вона може поєднуватися із вродженими дефектами, має тенденцію до метастазування і до спонтанного дозрівання в гангліоневрит [8].

Початкові симптоми нейробластоми не мають специфічних ознак і можуть імітувати різні хвороби. Це пояснюється можливістю одночасного ураження пухлиною і метастазами кількох зон організму дитини, а також деякими метаболічними порушеннями. Клінічна картина залежить від місця локалізації пухлини, шляхів метастазування, кількості продукування пухлинною тканиною вазоактивних речовин. У разі її локалізації в ділянці голови і шиї першими симптомами можуть бути поява пальпованих пухлинних вузлів і розвиток синдрому Горнера, який указує на ураження симпатичної нервової сис-

теми, що може стати причиною порушення дихання, дисфагії, стиснення регіонарних вен, спинного мозку [10].

За наявності сімейних випадків нейробластоми необхідна консультація батьків генетиками для уточнення вірогідності ризику виникнення цієї пухлини в дитини [2].

Мета – продемонструвати на клінічному випадку вказану нозологічну форму пухлини в новонародженої дитини, розташованої в щелепно-лицевій ділянці, та звернути увагу на труднощі у встановленні клінічного діагнозу.

Об'єкт і методи дослідження

Проведено комплексне обстеження новонародженої дитини М. за загальноприйнятими стандартами із додатковим залученням КТ дослідження, молекулярно-генетичних та імуногістохімічних методів [6].

Обговорення клінічного випадку

Дитина М., 03.08.2018 року народження, переведена 06.08.2018 до відділення анестезіології й інтенсивної терапії дитячої міської клінічної лікарні м. Полтави (історія хвороби №7064) із діагнозом: об'ємний утвір у ділянках бокової поверхні шиї та привушно-жувальній справі. У процесі поглибленого додаткового обстеження дитини було встановлено наявність супутніх діагнозів: гіпоксично – ішемічне ураження центральної нервової системи; внутрішньошлункові крововиливи II ст., псевдобульбарний синдром; вторинна кардіоміопатія, відкрите овальне вікно; пієлоектазія правої нирки; аспіраційна пневмонія, дихальна недостатність I ст.

З анамнезу встановлено, що дитина від II вагітності, яка мала ускладнений перебіг у першому триместрі за рахунок токсикозу, гестаційний період 39 тижнів. Пологи шляхом кесаревого розтину внаслідок наявності пухлини в плоду, яка була діагностована за допомогою УЗД, але, на жаль, на пізньому етапі вагітності. Відразу після народження дитина була переведена на штучну вентиляцію легень у зв'язку з неможливістю самостійного дихання внаслідок компресії пухлини на повітроносні шляхи.

Загальний стан дитини тяжкий і зумовлений дихальною недостатністю та бульбарними розладами. На огляді привертала увагу виражена асиметрія обличчя і шиї внаслідок припухлості м'яких тканин із правого боку від надключичної ямки до соскоподібного відростка з поширенням на привушно-жувальну ділянку. Шкірні покриви в кольорі не змінені (рис.1).

Пальпаторно визначався об'ємний пухлинний утвір, який поширювався на вищезгадані ділянки, мав щільно-еластичну консистенцію і незначно виражену горбисту поверхню та був обмежений у рухомості в усіх напрямках, особливо донизу. Пальпувався товстий тяж, який пролягав у напрямку основи черепа. З боку порожнини

рота: правий мигдалик відсторонений до середньої лінії ротоглотки. Пальпаторно також визначався щільний тяж, який пролягав від бічної поверхні кореня язика в напрямку ретрофарингеального простору правого мигдалика. Слизова оболонка порожнини рота без видимих патологічних змін. Зі спілкування з анестезіологами встановлено, що верхні відділи дихальних шляхів деформовані й зміщені вліво, що дуже утруднювало проведення інтубації трахеї.



Рис.1. Видгляд обличчя і шиї дитини М., три доби від народження.

Визначається виражена асиметрія внаслідок припухлості м'яких тканин у ділянці голови і шиї справа

Дитина весь час перебувала на пролонгованій інкубації й потребувала постійної санації рото- і носоглотки. У посівах із зівів від 31.08.18 виділена *Klebsiella pneumoniae*, а в клінічних та біохімічних аналізах сечі й крові суттєвих відхилень не виявлено. Під час перебування дитини у відділенні анестезіології й інтенсивної терапії їй проводили патогенетичне симптоматичне лікування.

07.08.18 р. було проведено розширений консилиум, на якому рекомендовано виконати комп'ютерну томографію голови і шиї з контрастуванням.

На зрізах КТ від 08.08.18 визначався об'ємний утвір правої половини обличчя і шиї з поширенням його на рото-носоглотку й основу черепа, метастази відсутні (рис.2).



Рис.2. Зображення голови, шії й органів грудної клітки на зрізах КТ у двох проекціях

05.09.18 було повторно проведено консилиум, заслухано багато думок із приводу даної ситуації, але сукупність багатьох факторів указувала на високу вірогідність наявності злоякісного утвору. З урахуванням клінічної симптоматики, даних додаткових методів обстеження і висновку консилиуму дитину було транспортовано до Національної дитячої спеціалізованої лікарні ОХМАДИТ для проведення додаткового, більш поглибленого, комплексного обстеження.

На повторному КТ дослідженні голови і шії від 17.10.2018 виявлено солідний правобічний утвір голови і шії, який порівняно з попереднім дослідженням 12.09.18 р. збільшився в об'ємі на 40 відсотків (рис. 3).

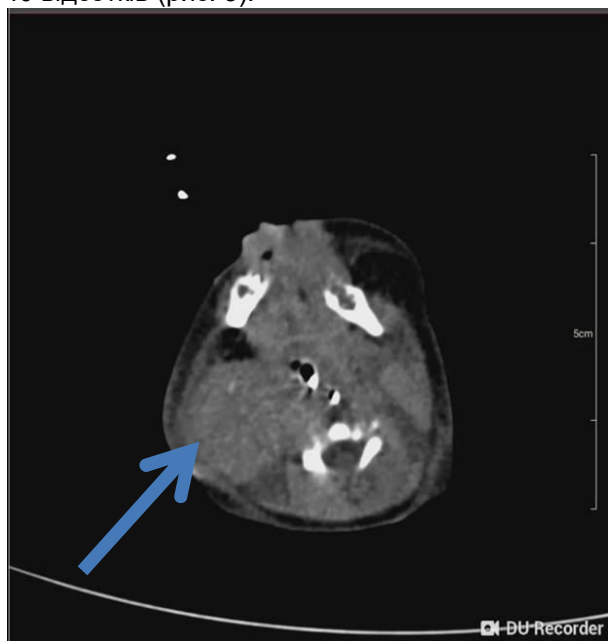


Рис.3. Зображення КТ пухлини на одному зі зрізів через 40 днів від народження.

Визначається збільшення в об'ємі пухлинного утвору в порівнянні з попереднім терміном обстеження

Збільшених регіонарних лімфатичних вузлів не виявлено, ознак синхронних утворів у обох легенях і кістках тулуба не встановлено. Висновок МРТ – ознаки солідного утвору шії (необхід-

но віддиференціювати тератому, нейрофіброму, нейробластома, лімфопроліферативний процес, рабдіоміосаркому). Рекомендовано проведення біопсії для гістологічної верифікації пухлини.

Результат пункційної біопсії: нейробластома шії справа, стадія 2.

Молекулярно-генетичне дослідження методом імунофенотипування виявило популяцію клітин низької гранулярності з фенотипом CD45+/CD34+, які за параметрами FSC/SSC займають положення лімфобластів, що може відповідати лейкоїзації лімфоми.

Імуногістохімічне дослідження біоптату №56 від 28.09.2018 року: морфологічна картина і дані імуногістохімічного дослідження відповідають нейробластоми згідно з міжнародним протоколом класифікації онкологічних хвороб – ICD-O 9500/3.

Поглиблене імуногістохімічне дослідження за №58 від 24.10.2018 року дозволило уточнити морфологічну картину і дані імуногістохімічного дослідження і встановило, що всі характеристики притаманні гангліонейробластоми ICD-O 9490/3.

Згідно з висновком Національної дитячої спеціалізованої лікарні ОХМАДИТ дитині показано проведення поліхіміотерапії, яку нині проводять в умовах дитячого онко-гематологічного відділення дитячої міської клінічної лікарні м.Полтави.

Отже, наведений клінічний випадок указує на можливість злоякісного ураження тканин і органів дитини вже в період внутрішньоутробного розвитку, що значно утруднює процедуру діагностики і має насторожувати лікарів усіх спеціальностей.

Література

1. Бернадский Ю.И. Основы челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии / Ю.И. Бернадский. – М.: Медицинская литература, 2000.– 404 с.
2. Воробьев Ю.И. Внимание: онкология. Рак красной каймы нижней губы / Ю.И.Воробьев, М.И.Гарбузов // Стоматология для всех. – 2000. – № 2.–С. 42-44.
3. Злоякісна серединна гранульома обличчя в дитини: труднощі діагностики / [П.І.Ткаченко,

- О.В.Гуржій, С.О.Білоконь, А.М.Гоголь] // Український стоматологічний альманах. – 2006. – № 5. – С. 35-37.
4. Злоякісні новоутвори щелепно-лицевої ділянки в дітей: частота, структура і проблеми ранньої діагностики [П.І.Ткаченко, К.Є.Іщейкін, С.О.Білоконь, О.В.Гуржій] // Український стоматологічний альманах. – 2011. – № 4. – С. 52-55.
 5. Злокачественные опухоли челюстно-лицевой области / [И.М.Федяев, И.М.Байриков, Л.П.Белова, Т.В.Шувалова]. – М.: Медицинская книга, 2000. – 157 с.
 6. Імуногістохімічні дослідження в диференціальній діагностиці кіст бічної ділянки шиї / [П.І. Ткаченко, К.Ю. Дьоміна, В.І.Шинкевич, І.П. Кайдашев] // Проблеми екології та медицини. – 2006. – Т.10, №3-4. – С 2-7.
 7. Лаптев П.И. Диагностика и лечение предраков красной каймы губы и слизистой оболочки органов полости рта / П.И.Лаптев, А.И.Воложин // Стоматолог. – 2004. – № 11 (79). – С. 22-23.
 8. Новоутворення щелепно-лицевої ділянки у дітей / [Ткаченко П.І., Старченко І.І., Білоконь С.О. та ін.]. – Полтава: АСМІ, 2018. –191 с.
 9. Соколова Н.А. Аналіз захворюваності злоякісними новоутвореннями щелепно-лицевої ділянки населення Полтавської області / Н.А.Соколова // Матеріали III (X) з'їзду Асоціації стоматологів України. – Полтава, 2008. – С. 327.
 10. Соколова Н.А. Якість діагностики злоякісних новоутворень щелепно-лицевої ділянки / Н.А.Соколова // Матеріали III (X) з'їзду Асоціації стоматологів України. – Полтава, 2008. – С. 327-328.

Стаття надійшла:
28.01.2019 р.

Резюме

Нейробластома в новонароджених є досить рідкісною хворобою і від неї страждають 6-8 дітей на мільйон дитячого населення. Вона може поєднуватися з вродженими дефектами, має тенденцію до метастазування і до спонтанного дозрівання в гангліоневрит, що може симулювати різні захворювання і значно утруднювати її діагностику. У цій публікації наведено клінічне спостереження за новонародженою дитиною з нейробластомою, розташованою в щелепно-лицевій ділянці. Звертається увага на труднощі, що виникають у встановленні клінічного діагнозу, а для вирішення питань із цього приводу рекомендовано ширше залучати до комплексу обстеження таких дітей сучасні високоінформативні методи дослідження і бажано – на ранніх етапах розвитку хвороби.

Ключові слова: діти, злоякісний утвір, нейробластома голови і шиї, діагностика.

Резюме

Нейробластома у новонароджених являється доволно рідким захворюванням и от нее страдают 6-8 детей на миллион детского населения. Она может сочетаться с врожденными дефектами, имеет тенденцию к метастазированию и к спонтанному созреванию в ганглионеврит, что может симулировать различные заболевания и значительно затрудняет ее диагностику. В данной публикации приводится клиническое наблюдение за новорожденным ребенком с нейробластомой, расположенной в челюстно-лицевой области. Обращается внимание на трудности, возникающие при установлении клинического диагноза, а для решения вопросов по этому поводу рекомендуется шире привлекать к комплексу обследования таких детей современные высокоинформативные методы исследования и желательно – на ранних этапах развития заболевания.

Ключевые слова: дети, злокачественное образование, нейробластома головы и шеи, диагностика.

UDC [617.52-053-2.5-006.44-07]

NEUROBLASTOMAS OF MAXILLOFACIAL LOCALIZATION OF A NEWBORN CHILD

P.I. Tkachenko, M.O. Cholovskyi, O.B. Dolenko, S.O. Belokon, Y.V. Popelo

Ukrainian Medical Stomatological Academy, Poltava, Ukraine

Summary

Neuroblastoma in newborns is a fairly rare disease and affects 6-8 children per million children. It can be combined with congenital defects, has a tendency to metastasize and to spontaneous maturation in ganglioneuritis, which can simulate various diseases and significantly complicate its diagnosis. This publication provides clinical observations of a newborn baby with a neuroblastoma located in the maxillofacial area. Attention is drawn to the difficulties encountered in establishing a clinical diagnosis, to address questions about this, it is recommended that modern, highly informative methods of examination be more widely involved in examining such children, preferably in the early stages of the disease.

Against the background of an unceasing increase in the number of malignant neoplasms of the maxillofacial area among the Ukrainian population, directly among the residents of the Poltava region, this figure is 2.3% of the total number of newly diagnosed malignant formations.

Asymptomatic course and "erosion" of clinical manifestations of tumors at their initial stages of development, the untimely treatment of patients with specialized assistance against the background of inadequate awareness among citizens and healthcare professionals in this section of medicine and their lack of oncological anxiety leads to the fact that a significant proportion of patients falls on treatment with abandoned forms. In particular, according to the statistical reporting of the Poltava regional oncologic dispensary at stages III and IV, the malignant process in the tissues 41.6%, of which 54% is cancer of the oral mucosa, from 28%, where the cancer of the tongue is in 10% of cases of lung cancer and 8% diagnosed salivary gland cancer.

It is rather unfortunate, but in 55% of the observations, the cause of late treatment is organizational and methodological disturbances: not enough complete examination of patients, to the hospital stage (underestimation of clinical data, X-ray changes, incorrect interpretation of the results of additional methods of examination), insufficient prophylactic work among the general population or a sequence of its planning, poor quality preventive examinations, delayed patients in the grass-roots of medical institutions. In spite of the fact that a significant proportion of organs and tissues of maxillofacial area are available for objective and application of additional methods of examination, about 40% of patients have launched forms of malignant processes due to the faults of doctors [2, 3, 5, 8].

In nursery practice, the situation does not look better, since in Ukraine, 3.5% of cases of malignant tumors are diagnosed annually in Ukraine. Unfortunately, in periodicals there are isolated data on primary and metastatic lesions of maxillofacial area in children, although the recognition and treatment of oncosomatic diseases in them in the early stages of development to date present considerable difficulties due to the large variety of clinical manifestations of tumors, age-specific features, dependence of diagnosis malignant neoplasms from the dynamics of growth, localization, local and general changes [6,7]. Therefore, in our opinion, the number of diagnostic errors in children's practice is greater than in adults.

The problem is of general medical significance also because, due to topographic and anatomical features of the structures of the head and neck, any pathology of maxillofacial localization is the subject of participation of doctors in various related specialties.

Thus, the given clinical case indicates the possibility of a malignant effect of tissues and organs of a child already during the period of fetal development, which greatly complicates the diagnostic procedure and should alert doctors of all specialties.

Keywords: children, malignant neoplasm, head and neck neuroblastoma, diagnostics.