

УДК 616-006.52-053.2-08

**Ткаченко П.І., Старченко І.І., Білоконь С.О., Лохматова Н.М., Доленко О.Б., Коротич Н.М., Попело Ю.В., Білоконь Н.П.<sup>1</sup>**

## **ОСОБЛИВОСТІ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ І МОРФОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ЕПУЛІДА Й ПАПІЛОМИ В ДІТЕЙ**

Українська медична стоматологічна академія, Полтава, Україна

<sup>1</sup>Стоматологічний кабінет "КласикДент", Полтава, Україна

Епулід (над'ясенник) (ЕП) – це наслідок розростання сполучної тканини, походить із періодонту або ясен і, належачи до пухлиноподібних фіброзних уражень м'яких тканин із локалізацією на альвеолярному відростку, є периферичною гігантоклітинною гранульоною. Морфологи називають ЕП пародонтомою, за гістологічною будовою розрізняючи його фіброзну, ангиоматозну й гігантоклітинну форми [1; 2].

Як зазначають дослідники, причиною розвитку ЕП стає хронічний проліферативний запальний процес, викликаний, зазвичай, травмою або ендокринними змінами в організмі (ЕП вагітних), а іноді трапляється і вроджена патологія (ЕП новонароджених). Тому, з огляду на причинні фактори, зрозуміло, що ЕП частіше бувають у дорослих (у жінок у 3-4 рази частіше, ніж у чоловіків), а в дітей здебільшого виявляються в період прорізування зубів [3- 5].

Відомо, що папіломи (ПП) – це доброякісні епітеліальні пухлини, серед причин виникнення яких, окрім вірусів, дослідники надають значення механічним і температурним подразникам, змінам гормонального фону в жінок, гострим і хронічним запальним процесам і дизонтогенезу [6; 7].

У щелепно-лицевій ділянці (ЩЛД) папіломи найчастіше утворюються в 7-12-річних пацієнтів, причому в дівчаток у 2 рази частіше, з "улюбленою" локалізацією на язичці, губах і слизовій оболонці (СО) альвеолярного відростка, щік, твердого і м'якого піднебіння [8-10].

Отже, згадані доброякісні новоутвори є наслідком надмірної проліферації клітин, які втрачають здатність контролювати явища мітозу, тому в переважній більшості випадків остаточний діагноз встановлюють патологоанатоми. На жаль, немає чітких критеріїв взаємозв'язку між клінічними ознаками пухлин та їхньою морфологічною структурою, а деякі зміни не є специфічними через постійний ріст і вікові й функціональні особливості дитячого організму. Ураховуючи те, що у формуванні органів і тканин ЩЛД задіяні три зародкові листки, вірогідність виникнення пухлин різного ґенезу підвищується в разі. Тому в лікуванні пацієнтів навіть із доброякісними утворами слід завжди бути насторожі й дотримуватися класичних правил, що формувалися десятиліттями, адже навіть при вивченні клітинного складу виникають певні труднощі в інтер-

претації результатів [1; 2; 4; 9; 11-13].

Певна схожість загального вигляду, подібність клінічної симптоматики й характер перебігу з можливою вірогідністю розвитку небажаних наслідків, а іноді й ускладнень різного характеру роблять питання диференційованої діагностики ЕП і ПП доволі актуальним для хірургічної стоматології, особливо дитячої практики.

**Метою** дослідження стало висвітлення результатів особистих наукових напрацювань щодо особливостей хірургічного лікування й морфологічної структури епулідів і папілом ЩЛД у дітей.

### **Матеріали і методи дослідження**

Проведено ретельний узагальнюючий і порівняльний аналіз фундаментальних наукових праць і публікацій у періодичних виданнях щодо зазначених питань.

Клінічний розділ роботи стосується 123 дітей з ЕП і 185 із ПП, які протягом 10 років перебували на лікуванні в клініці кафедри дитячої хірургічної стоматології на базі хірургічного відділення дитячої міської клінічної лікарні й дитячої міської клінічної стоматологічної поліклініки м. Полтави.

Пацієнтів обстежували за загальноприйнятими стандартами, а обсяг обстежень залежав від локалізації утвору і за стаціонарних умов зазвичай був ширшим, адже в таких випадках усіх дітей оперували під загальним знеболюванням.

Гістологічну структуру новоутворів для визначення остаточного діагнозу за стандартними методиками верифікували співробітники кафедри патологічної анатомії з секційним курсом УМСА.

### **Результати дослідження та їх обговорення**

Статистичною обробкою отриманих цифрових даних і аналізом результатів дослідження встановлено, що епуліди й папіломи трапляються частіше в дівчат, ніж у хлопців, у 2,3 і 2,5 рази відповідно. Виявлено чітку закономірність їх діагностування від вікової категорії. Так, пік захворюваності на епулід припадав на молодшу і старшу шкільну вікові групи (60,3% і 36,6% відповідно). Папілома виявлялася також досить часто в тих же вікових групах (47,0% і 31,4%), але стосувалося це й усіх інших дітей зі значно нижчим їх відсотком (табл. 1).

Таблиця 1  
Розподіл дітей залежно від віку, статі й виду утвору

Вид утвору	Кількість пацієнтів		Епулід (n=123)	Папілома (n=185)
Стать	Хлопці	абс	37	53
		%	30,1	28,6
	Дівчата	абс	86	132
		%	69,9	71,4
Вікові групи	Грудний, від народження до 1 року	абс	----	3
		%	----	1,6
	Ясельний, 1-3 роки	абс	----	10
		%	----	5,4
	Дошкільний, 3-7 років	абс	4	27
		%	3,1	14,6
	Молодший шкільний, 7-12 років	абс	74	87
		%	60,3	47,0
	Старший шкільний, 12-15 років	абс	45	58
		%	36,6	31,4
Усього	абс	123	185	
	%	100,0	100,0	

Після всебічного обстеження клінічний діагноз щодо гігантоклітинної форми епуліда встановлено у 21,1% випадків, а на частку його фіброзної й ангиоматозної форм припадало по 35,0% і 43,9% відповідно. Жоден пацієнт із ЕП всіх різновидів і його рідні не могли чітко визначити терміни появи перших клінічних ознак.

На об'єктивному обстеженні в 43 випадках фіброзні ЕП мали вигляд неболючих осередкованих розростань ясен неправильної форми переважно на широкій ніжці, з горбистою або гладкою поверхнею, покритою незміненою в кольорі СО. Щільні на дотик утвори не кровоточили при пальпації й зондуванні. У випадках, коли розростання досягало великих розмірів, беручи початок вестибулярно біля шийки зуба, воно входило в міжзубний проміжок, розповсюджуючись на язикову поверхню й охоплюючи зуб з "улюбленою" локалізацією в ділянці різців і премолярів як нижньої, так і верхньої щелеп. При цьому завжди можна було обійти навколо ніжки тонким інструментом (рис. 1 а, б, в). Рухомість залучених і сусідніх зубів не спостерігалась, рентгенологічно зміни безпосередньо в кістці міжзубних

перегородок не визначалися, але в 7 випадках була наявна незначна резорбція краю альвеолярного відростка, подібна до пародонтопатій (рис. 1 д, е, є).

У 54 випадках ангиоматозні ЕП визначалися червоно-ціанотичними, округлими, дрібногорбистими, трохи м'якими утворами на широкій ніжці, які легко кровоточили при травмуванні та, зі слів дітей і їхніх рідних, відносно швидко збільшувалися (рис. 1 г). Найчастіше (37 випадків – 68,5%) вони проявляли себе в період змінного прикусу. На внутрішньоротових контактних рентгенограмах у 18 дітей (33,3%) наявний незначний обмежений остеопороз кістки альвеолярного відростка навколо "причинного" зуба. За своєю суттю одним із варіантів ангиоматозного є вроджений епулід, однак у наших спостереженнях таких випадків не було.

У 8 випадках ангиоматозні ЕП виникали внаслідок довготривалого травмування при аномальних видах прикусу, а в 6 – через навислі над яснами пломби. В інших пацієнтів провокуючих чинників установити не вдалося.



а



б

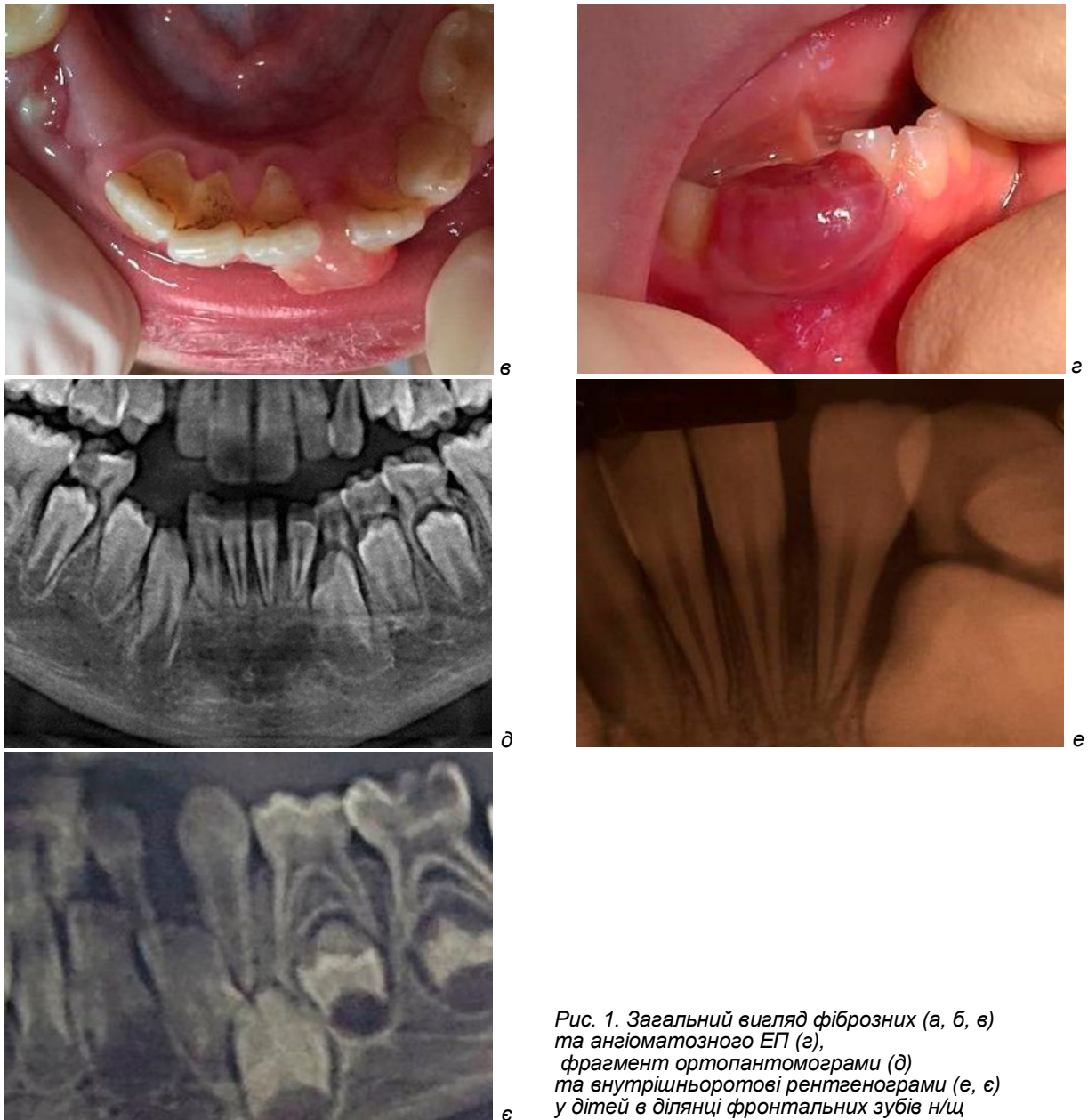


Рис. 1. Загальний вигляд фіброзних (а, б, в) та ангиоматозного ЕП (г), фрагмент ортопантомограми (д) та внутрішньоротові рентгенограми (е, е) у дітей в ділянці фронтальних зубів н/щ

Гігантоклітинний ЕП (периферійна форма остебластокластоми) установлено у 26 пацієнтів, які скаржились на наявність пухлиноподібних утворів, розташованих на альвеолярних відростках, із різними термінами появи. Маючи різні розміри, вони були небожчими при пальпації, округлої або овальної форми, з гладкою поверхнею, частіше синюшно-червоного забарвлення, м'якої або пружнопластичної консистенції. У 5 випадках на їхній поверхні визначалися ерозії з напластуваннями сірого кольору, які при торканні інструментами відчутно кровоточили. Усі ЕП міцно трималися на ніжці, яка щільно кріпилася до періодонтальної щілини, а у 2 пацієнтів із локалізацією утворів на верхній щелепі визначалась незначна рухомість "причинних" зубів. На 12 рентгенограмах мало місце розрідження трабекулярних структур кістки з нечіткими контурами безпосередньо в ділянці розташування ЕП.

У 3 осіб виникнення ЕП пов'язане з постійним травмуванням альвеолярного відростка під час

уживання твердої їжі, а у 2 дітей їхній розвиток провокувала травматична оклюзія.

Усі пацієнти з папіломами та їхні рідні скаржились на наявність на СО чи шкірі утворів, які спричиняли певний дискомфорт, повільно збільшувалися, рідко досягаючи великих розмірів. Точні терміни їх виникнення вказати не могли.

На об'єктивному обстеженні 185 дітей із ПП завжди визначались невеликі небожчі, еластичні, блідо-рожеві, поодинокі, кулясті чи овальні розростання на вузькій ніжці або широкій основі (43,8% і 56,2% відповідно) ("цвітна капуста"). На язиці ПП частіше розташовані на його спинці або кінчику (рис. 2 а-є), а їхній колір був білуватим або сіро-білуватим, помітно не відрізняючись від навколишньої СО.

Папіломи, особливо з фестончастими краями, легко травмуються, що ми спостерігали у 24 випадках (13,0%). При цьому вони запалювалися, ставали божчими і збільшувалися, а навколо формувалася обмежений інфільтрат і набряк

тканин (рис. 2 ж). У таких випадках можливе утворення виразок, однак у нашому дослідженні подібних ситуацій не було. У разі зроговіння (7

випадків із розташуванням на червоній облямівці губ – 3,8%) ПП ставали білястими й ущільнювалися (рис. 2 з).



а



б



в



г



д



е



є



ж

Рис. 2. Загальний вигляд папілом на СО язика (а, б, в), нижньої губи (г, д) та твердого піднебіння (е, є). Вигляд запаленої ПП СО верхньої губи (ж)

Описано випадки мимовільної інволюції ПП, проте не слід забувати про можливість їх малігнізації, у край рідкісної, однак описаної в літературі [11; 12].

Лікування епулідів, яке у всіх пацієнтів проводили амбулаторно під місцевим знеболюванням, полягало в усуненні етіологічного чинника (якщо його виявляли) і хірургічному втручанні (рис. 3): ретельне видалення утвору разом із ніжкою до кістки з подальшою обробкою її видозмінених

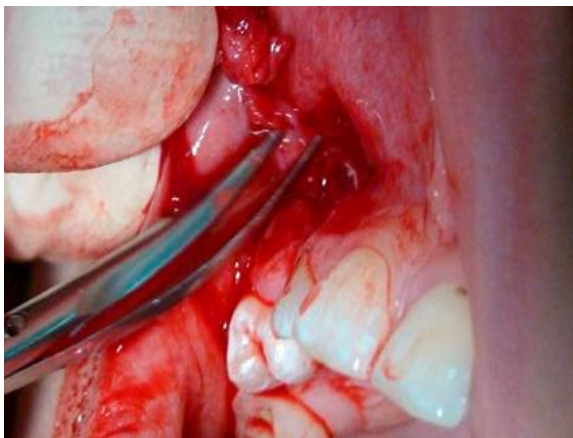
ділянок на рівні альвеолярного відростка і міжзубних перегородок бором чи фрезою. Після хірургічних маніпуляцій виконували електрокоагуляцію ранової поверхні. Зуби, розташовані в зоні розростання, намагалися зберегти. У післяопераційний період призначали ротові ванночки з антисептичними розчинами. Обсяг і вид фармакологічного супроводу призначали в кожному окремому випадку індивідуально.



а



б



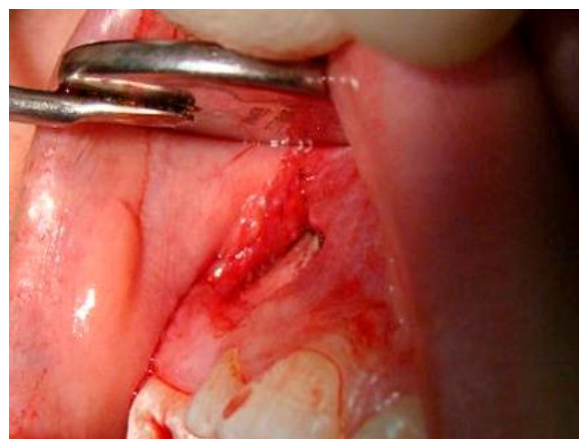
в



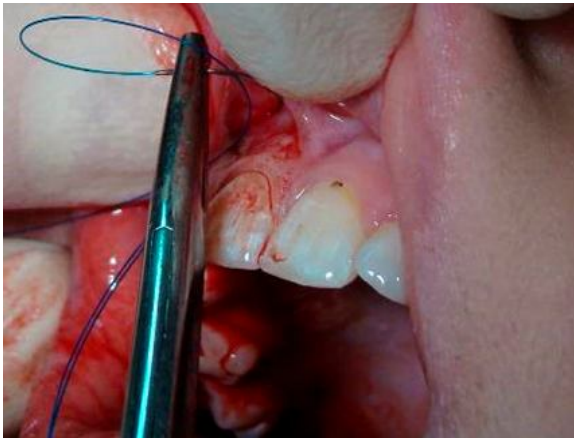
г



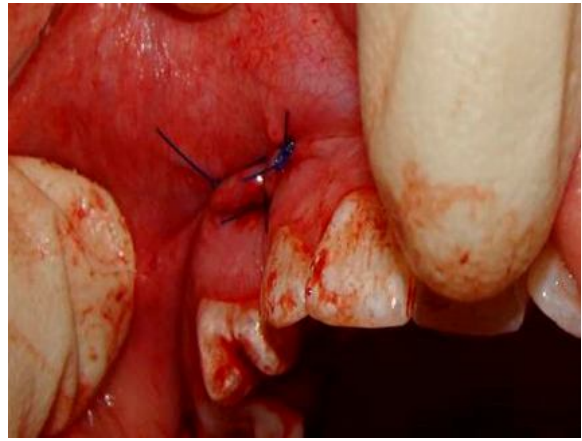
д



е



є



ж

Рис. 3. Етапність видалення епуліда в ділянці 13 зуба

Зауважимо, що після видалення фіброзних ЕП рецидивів не було, а у випадках лікування ангіоматозних виник рецидив у однієї дівчинки. Серед пацієнтів з гігантоклітинними ЕП рецидивування після оперативного видалення спостерігалось в чотирьох хворих, трьом із яких виконано повторне хірургічне втручання зі збереженням зубів. В одній дитині рецидив виник третій раз, тому проведено екстракцію зуба й часткову резекцію альвеолярного відростка в умовах стаціонарного лікування.

Лікування папілом полягало у видаленні новоутворів на межі здорової тканини хірургічним шляхом аж до підслизового шару за допомогою електрокоагулятора або радіножа.

Залежно від клінічної ситуації й локалізації пухлини маніпуляції виконували під місцевим (161 випадок – 87,0%) знеболюванням у поліклініці, а у 24 дітей (13,0%) із лабільною психікою й розташуванням ПП на м'якому піднебінні, язичку й піднебінних дужках застосовували анестезіологічний супровід в умовах стаціонару (рис. 4). У всіх випадках ускладнень під час оперативного втручання і в післяопераційний період ми не спостерігали.

Операційний матеріал щоразу направляли на гістологічне дослідження, результати якого дозволили визначити одну зі згаданих нозологічних форм.



а



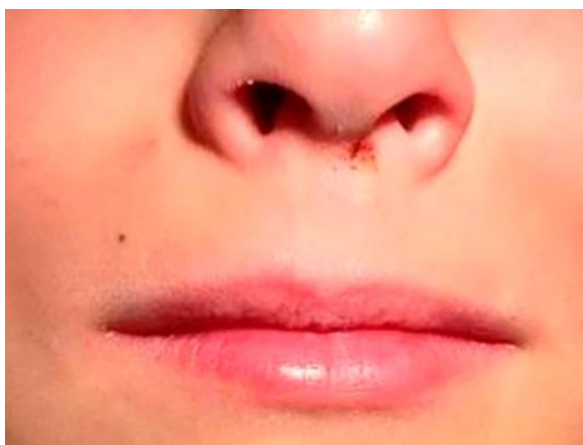
б



в



г



д



е



є

*Рис. 4.*

*а-д – етапи електрокоагуляції папіломи шкіри верхньої губи в умовах поліклініки у дитини, представленої на Рис. 2 з*

*е, є – етапи електрокоагуляції в умовах стаціонару та макропрепарат папіломи СО піднебіння дитини, представленої на Рис. 2 е*

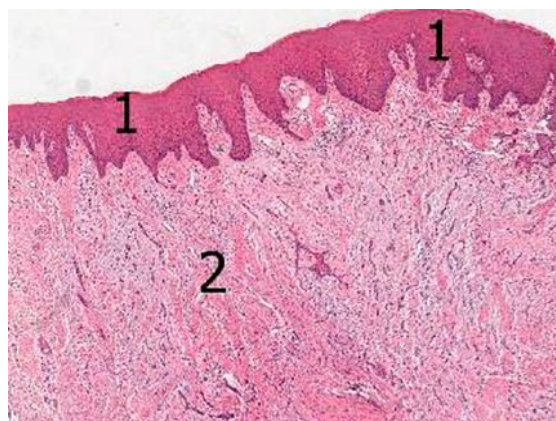
Так, у випадках фіброзного ЕП мікроскопічно спостерігалось розростання фіброзної тканини з великою кількістю колагенових волокон і невеликою кількістю клітин, переважно фібробластів, що нагадувало будову щільної фіброми. Інколи серед фіброзної тканини траплялися окремі кісткові перегородки (рис. 5 а).

В ангиоматозних ЕП визначалася велика кількість тонкостінних кровоносних судин, оточених пухкою сполучною тканиною, що нагадувало будову капілярної гемангіоми, а в гігантоклітинних ЕП спостерігалися велика кількість багатоядерних гігантських клітин, схожих на остеобласти, і гранули гемосидерину, а сполучнотканинна строма зазвичай була надмірно васкуляризована.

Зазначимо, що клінічний діагноз не збігався з морфологічним у 5 випадках (4,1%) при фіброз-

ному епуліді, у 8 (6,5%) – при ангиоматозній і в 10 (8,1%) – при гігантоклітинній формам, що в сукупності складало розбіжність у 23 спостереженнях (18,7%).

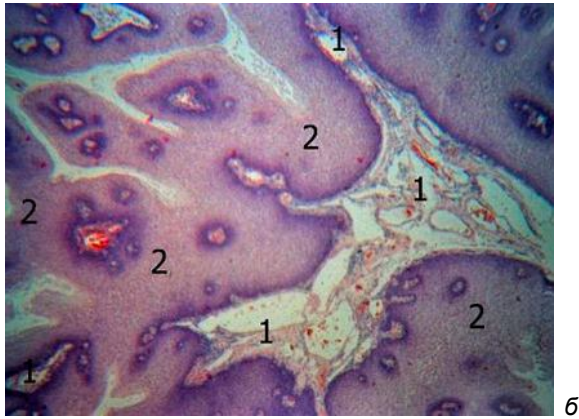
Папіломи мікроскопічно були представлені сосочкоподібними сполучнотканинними розростаннями, покритими багат шаровим плескатым епітелієм, у більшості спостережень трохи потовщеним через збільшення кількості шарів шипуватих епітеліоцитів, а інколи утворював акантоцичні вогнища. У сполучнотканинній основі здебільшого визначалися велика кількість кровоносних судин із явищами повнокров'я і різних ступенів виразності запальна інфільтрація з переважанням серед клітинних елементів лімфоцитів і макрофагів (рис. 5 б).



а

*Мікроскопічна будова фіброзного ЕП. Забарвлення гематоксилін-еозином. Об. 10<sup>x</sup>, ок. 10<sup>x</sup>*

*1 – багат шаровий плоский епітелій; 2 – волокниста сполучна тканина*



6

*Мікроскопічна будова папіломи язика дитини. Забарвлення гематоксилін-еозином. Об. 4<sup>x</sup>, ок. 10<sup>x</sup>.  
1 – сполучнотканинна основа із великою кількістю кровоносних судин;  
2 – сосочкоподібні розростання багатошарового плоского епітелію*

Рис. 5. Варіанти мікроскопічної будови післяопераційного матеріалу

### Висновки

1. Епуліді й папіломи трапляються частіше в дівчат, ніж у хлопців, у 2,3 і 2,5 рази відповідно, з піком захворюваності в молодшій і старшій шкільних вікових групах: 60,3% і 36,6% – при епулідах і 47,0% і 31,4% – при папіломах.

2. Епуліді й розташовані в порожнині рота папіломи мають певну схожість за клінічною симптоматикою, що потребує ретельної диференційованої діагностики, а враховуючи їхню своєрідну морфологічну структуру, остаточний діагноз необхідно встановлювати з обов'язковим урахуванням результатів патогістологічного дослідження, адже невідповідність клінічного й патогістологічного діагнозів при епулідах сягає 18,7%.

3. Лікування пацієнтів має бути досить виваженим: у кожному конкретному випадку слід ретельно планувати вид і обсяг оперативного втручання, умови його проведення й визначитися з різновидом знеболювання.

### Перспективи подальших досліджень

Наведений матеріал може стати підґрунтям подальших поглиблених науково-практичних досліджень щодо зіставлення клінічних проявів та імуногістохімічних особливостей епулідів і папілом залежно від віку пацієнтів.

### Список літератури

1. Пальцев МА, Аничков НМ. Патологическая анатомия. Москва: Медицина; 2001. 525 с.
2. Черстой ЕД, Кравцовой ГИ, Фурманчук АВ. Опухоли и опухолеподобные процессы у детей. Минск: Аскар; 2002. 400 с.
3. Зеленский ВА, Мухорамов ФС. Детская хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия. Москва: ГЕОТАР-Медиа; 2008. 206 с.
4. Ткаченко ПІ, Старченко ІІ, Білоконь СО, Лохматова НМ, Білоконь НР. Доброякісні новоутворення кісток щелепно-лицевої ділянки у дітей. Полтава: АСМІ; 2016. 85 с.
5. Топольницький ОЗ. Стоматология детского возраста. Хирургия. Москва: ГЭОТАР-Медиа; 2016. 311 с.
6. Маланчук ВО. Хирургічна стоматологія та щелепно-лицева хірургія. Київ: Логос; 2011. Том 1, 669 с.

7. Holcomb GW, Holcomb III, Murphy JP. Ashcraft's Pediatric Surgery. 5th ed. Philadelphia: SAUNDERS ELSEVIER; 2010. 1101 p.
8. Тимофеев АА. Челюстно-лицевая хирургия. Киев: ВСИ «Медицина»; 2010. 574 с.
9. Ткаченко ПІ, Старченко ІІ, Білоконь СО, Доброскок ВО, Білоконь НР. Новоутворення щелепно-лицевої ділянки у дітей. Полтава: АСМІ; 2018. 191 с.
10. Харьков ЛВ, Яковенко ЛМ, Чехова ІА. Хирургічна стоматологія дитячого віку. Київ: Книга-плюс; 2003. 480 с.
11. Ткаченко ПІ, Білоконь СА, Доган З, Білоконь ЮС. Злокачественные опухоли челюстно-лицевой области у детей: трудности. Матеріали VI з'їзду Української асоціації черепно-щелепно-лицевих хірургів, присвяченого 100-річчю з дня створення кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії НМУ ім. О.О. Богомольця; 2019 травень 17; Київ. Київ: НМУ; 2019, 86-7.
12. Tkachenko PI, Starchenko II, Belokon SA, Gurzhiy YV, Starchenko OV. Clinical and tactical approaches in the diagnosis of malignant tumors of maxillofacial area in children. The new armenian medical journal. 2016; 10 (3): 27-33.
13. Ткаченко ПІ, Старченко ІІ, Білоконь СО, Гуржій ОВ, Микитенко ВВ, Білоконь НР. Остеобластокластома щелеп у дітей: клініко-морфологічна характеристика. Світ медицини та біології. 2016; 2 (56): 95-9.

### References

1. Palcev MA, Anichkov NM. Patologicheskaya anatomiya. Moskva: Medicina; 2001. 525 s. (Russian).
2. Cherstvoj ED, Kravcovoj GI, Furmanchuk AV. Opuholi i opuholepodobnye processy u detej. Minsk: Askar; 2002. 400 s. (Russian).
3. Zelenskij VA, Muhoramov FS. Detskaya hirurghicheskaya stomatologiya i chelyustno-licevaya hirurghiya. Moskva: GYeOTAR-Media; 2008. 206 s. (Russian).
4. Tkachenko PI, Starchenko II, Bilokon SO, Lohmatova NM, Bilokon NP. Dobroyakisni novoutvorenniya kistok shelepno-licevoyi dilyanki u ditej. Poltava: ASMI; 2016. 85 s. (Ukrainian).
5. Topolnickij OZ. Stomatologiya detskogo vozrasta. Hirurghiya. Moskva: GEOTAR-Media; 2016. 311 s. (Russian).



6. Malanchuk VO. Hirurgichna stomatologiya ta shelepno-liceva hirurgiya. Kiyiv: Logos; 2011. Tom 1, 669 s. (Ukrainian).
7. Holcomb GW, Holcomb III, Murphy JP. Ashcraft's Pediatric Surgery. 5th ed. Philadelphia: SAUNDERS ELSEVIER; 2010. 1101 r.
8. Timofeev AA. Chelyustno-licevaya hirurgiya. Kiev: VSI «Medicina»; 2010. 574 s. (Russian).
9. Tkachenko PI, Starchenko II, Bilokon SO, Dobroskok VO, Bilokon NP. Novoutvorenniya shelepno-licevoyi dilyanki u ditej. Poltava: ASMI; 2018. 191 s. (Ukrainian).
10. Harkov LV, Yakovenko LM, Chehova IA. Hirurgichna stomatologiya dityachogo viku. Kiyiv: Knigaplyus; 2003. 480 s. (Ukrainian).
11. Tkachenko PI, Belokon SA, Dogan Z, Belokon YuS. Zlokachestvennye opuholi chelyustno-licevoj oblasti u ditej: trudnosti Materiali VI z'yizdu Ukrayinskoyi asociaciyi cherepno-shelepno-licevih hirurgiv, prisvyachenogo 100-richchyu z dnya stvorenniya kafedri hirurgichnoyi stomatologiyi ta shelepno-licevoyi hirurgiyi NMU im. O.O. Bogomolcya; 2019 traven 17; Kiyiv. Kiyiv: NMU; 2019, 86-7. (Ukrainian).
12. Tkachenko PI, Starchenko II, Belokon SA, Gurzhiy YV, Starchenko OV. Clinical and tactical approaches in the diagnosis of malignant tumors of maxillofacial area in children. The new armenian medical journal. 2016; 10 (3): 27-33.
13. Tkachenko PI, Starchenko II, Bilokon SO, Gurzhij OV, Mikitenko VV, Bilokon NP. Osteoblastoklas-toma shelep u ditej: kliniko-morfologichna charakteristika. Svit medicini ta biologiyi. 2016; 2 (56): 95-9. (Ukrainian).

**Стаття надійшла:  
2.02.2021 р.**

### Резюме

Представлено результати дослідження щодо особливостей хірургічного лікування й морфологічної структури епулідів і папілом ЩЛД у дітей.

Клінічний розділ роботи стосується 123 дітей з епулідами і 185 з папіломами, які протягом 10 років перебували на лікуванні в клініці кафедри дитячої хірургічної стоматології УМСА. Гістологічну структуру новоутворів для визначення остаточного діагнозу верифікували співробітники кафедри патологічної анатомії з секційним курсом УМСА.

Згідно з отриманими результатами зроблено такі висновки:

1. Епуліди й папіломи трапляються частіше в дівчат, ніж у хлопців, у 2,3 і 2,5 рази відповідно, з піком захворюваності в молодшій і старшій шкільних вікових групах: 60,3% і 36,6% – при епулідах і 47,0% і 31,4% – при папіломах.

2. Епуліди й розташовані в порожнині рота папіломи мають певну схожість за клінічною симптоматикою, що потребує ретельної диференційованої діагностики, а враховуючи їхню своєрідну морфологічну структуру, остаточний діагноз необхідно встановлювати з обов'язковим урахуванням результатів патогістологічного дослідження, адже невідповідність клінічного й патогістологічного діагнозів при епулідах сягає 18,7%.

3. Лікування пацієнтів має бути досить виваженим: у кожному конкретному випадку слід ретельно планувати вид і обсяг оперативного втручання, умови його проведення й визначатися з різновидом знеболювання.

**Ключові слова:** діти, щелепно-лицева ділянка, епулід, папілома.

UDC 616-006.52-053.2-08

## THE FEATURES OF SURGICAL TREATMENT AND MORPHOLOGICAL ASPECTS OF EPULIS AND PAPILLOMA IN CHILDREN

***Tkachenko P.I., Starchenko I.I., Bilokon S.O, Lkhmatova N.M., Dolenko O.B., Korotych N.M., Popelo Yu.V., Bilokon N.P.***<sup>1</sup>

Ukrainian Medical Stomatological Academy, Poltava, Ukraine

Dental office "ClassicDent", Poltava, Ukraine<sup>1</sup>

### Summary

The paper presents the findings of the study on the features of surgical treatment and morphological structure of epulis and papillomas in children.

The clinical aspect of the paper concerns 123 children with epulis and 185 with papillomas, who were treated at the clinic of the Department of Pediatric Oral Surgery for the period of 10 years. Verification of the histological structure of neoplasms to determine the final diagnosis was performed by the faculty staff of the Department of Pathological Anatomy with Autopsy Course.

Statistical processing of the digital data and analysis of the findings of the study showed that epulis and papillomas are more common in girls than in boys (in 2.5 and 2.3 times higher, respectively). A clear pattern of their diagnosis by age was established. Thus, the peak incidence of epulis was recorded in young adolescents of lower and higher secondary school ages (60.3% and 36.6%, respectively). Papilloma was also found quite often in the same age groups (47.0% and 31.4%, respectively).

After comprehensive examination, the clinical diagnosis of the giant cell epulis was established in 21.1%

of cases, and the share of its fibrous and angiomatous forms accounted for 35.0% and 43.9%, respectively. Neither patients with epulis of all its types nor their relatives could clearly determine the time periods of the appearance of the first clinical signs of the disease.

All patients with papillomas and their relatives complained of the presence of newly formed masses on the oral mucosa or skin, which caused some discomfort, growing slowly, rarely reaching large sizes. The exact time periods of their occurrence could not be specified.

Treatment of epulis, provided outpatiently for all patients under local anesthesia, was aimed at elimination of the etiological factor (if detected) and surgery.

No recurrences were noted after removal of fibrous epulis and in cases of treatment of angiomatous epulis recurrence occurred in 1 girl. Among patients with giant cell epulis, recurrence after surgical removal was observed in 4 patients, 3 of whom underwent repeated surgery with preservation of teeth. In 1 child recurrence occurred for the third time and tooth extraction and partial resection of the alveolar ridge was made as part of the inpatient treatment.

Treatment of papillomas involved surgical removal of neoplasms at the border of healthy tissue up to the submucosal layer using an electrocoagulator or radio knife.

Depending on the clinical situation and localization of the tumor, manipulations were performed under local (161 cases - 87.0%) anesthesia at the polyclinic, and in 24 children (13.0%) with labile mental health and localization of papilloma on the soft palate, uvula, palatal arches, anesthesia was performed at inpatient. No complications during surgery and in the postoperative period were observed.

The surgical material was always sent for histological examination, the results of which allowed determining one of the mentioned nosological forms.

Morphological study has established, that the clinical diagnosis did not coincide with the morphological one in 5 cases (4.1%) in fibrous epulis, in 8 - 6.5% in angiomatous and in 10 - 8.1% in giant cell forms, which together made their discrepancy in 23 observations (18.7%).

Thus, epulis and papillomas located in the oral cavity have a certain similarity in clinical symptoms and require careful differential diagnosis, and given their unique morphological structure, the final diagnosis must be established taking into account the findings of histopathological examination, as inconsistency of clinical and histopathological examinations, for example, in epulis, reaches 18.7%.

When planning the treatment, in an every single case the type, extent and site of surgery, as well as type of anesthesia should be carefully considered.

The presented material can serve as the basis for further in-depth scientific and practical research on comparison of clinical manifestations and immunohistochemical features of epulis and papillomas depending the age of patients.

**Key words:** children, maxillofacial area, epulis, papilloma.