

**Список літератури**

1. Гапонова Т.В. Клинико-иммунологические взаимосвязи при реактивных артритах различной этиологии. Дис. канд. мед. наук: спец. 14.00.05. / Т.В. Гапонова.-Санкт-Петербург, 2009.- С. 5.
2. Квашніна Л.В. Стан мікробіоценозу та місцевого імунітету кишечника у здорових дітей раннього віку: результати дослідження / Л.В. Квашніна, І.М. Матвієнко // Здоров'я ребенка.-2014.-№6.-С. 38-42.
3. Коваленко В.М. Національний підручник з ревматології /В.Н. Коваленко, Н.М. Шуба.-К.: МОПІОН, 2013.-672с.
4. Копанев Ю.А. Взаимосвязь функции местного иммунитета и микробиоценоза кишечника, возможности иммунокоррекции дисбактериоза / Ю.А. Копанев // Лечащий врач. - 2009. - № 9. - С. 66-69.
5. Марушко Т.В. Реактивні артропатії у дітей / Т.В. Марушко // Здоров'я України. – 2012.-№2.-С. 43-44.
6. Омельченко Л.И. Актуальные вопросы вторичной профилактики суставного синдрома у детей / Л.И. Омельченко, Е.А. Ошлянская // Современная педиатрия.-2010.-№1 (29).-С.43-47.
7. Родіонов В.П., Матвієнко І.М., Квашніна Л.В., Кравченко О.М. Вплив кисломолочної продукції на мікробіоценоз та місцевий імунітет кишечника у дітей раннього віку: результати дослідження/ В.П. Родіонов, І.М. Матвієнко, Л.В. Квашніна, О.М. Кравченко // Современная педиатрия.-2014.-№1.-С. 113-121.
8. Савво В.М. Реактивные артриты у детей, связанные с носоглоточной инфекцией / В.М. Савво, Ю.В. Сороколат // Международный медицинский журнал.-2003.-Т.9,№2.-С.128-131.
9. Шадрин О.Г. К вопросу формирования зубиоза кишечника при искусственном вскармливании детей грудного возраста / О.Г. Шадрин, В.П. Мисник, И.Г. Пономарева, Л.А. Клименко // Современная педиатрия.-2014.-№ 1(57).-С. 122-126.
10. Янковский Д.С. Место дисбиоза в патологии человека / Д.С. Янковский, Р.А. Моисеенко, Г.С. Дымент // Современная педиатрия.-2010.-№1 (29).-С.154-167.
11. Hannu T. Reactive arthritis / T. Hannu // Best Practice & Research Clinical Rheumatology. - 2011.- №25. - P.347-357.

**Реферати**

**СТАН МІКРОБІОЦЕНОЗУ КИШЕЧНИКА І ІМУНІТЕТУ У ДІТЕЙ ХВОРИХ РЕАКТИВНИМИ АРТРИТАМИ В ГОСТРОМУ ПЕРІОДІ**

**Твердохлеб Т.А.**

Визначено частоту і ступінь порушень мікробіоценозу кишечника у дітей хворих на РеА в гострому періоді. І ступінь дисбіозу встановлено у 62,5%, І ступінь - у 37,5% дітей. Встановлено особливості порушень імунологічного гомеостазу хворих в гострому періоді РеА у вигляді депресії Т-системи і активізації В -системи, процесів фагоцитозу, продукції ІЛ-6. Виявлені достовірні прямі зв'язки між вмістом грибів роду Candida, фагоцитарної ланки і CD21, а також зворотні кореляції між кількістю кишкової палички і рівнем ІЛ-6, змістом лактобактерій і спонтанним НСТ-тестом. Отримані результати підтверджують важливу імунорегулюючу роль мікрофлори кишечника у хворих на РеА.

**Ключові слова:** діти, реактивні артрити, мікрофлора кишечника, імунітет.

Стаття надійшла 27.02.2016 р.

**CONDITION GUT MICROBIOTA AND THE IMMUNE SYSTEM IN CHILDREN WITH REACTIVE ARTHRITIS IN THE ACUTE PERIOD**

**Tverdohle T. A.**

Determined the frequency and extent of violations of the intestinal microbiota in children with CEA in the acute period. Grade II dysbiosis set to 62,5%, I degree - in 37,5% of children. The peculiarities of immunological homeostasis disorders patients in acute depression CEA as T-Systems and activation of B -system processes of phagocytosis, production of IL-6. Identified reliable direct connections between the content of fungi of the genus Candida, phagocytic links and SD21 and inverse correlation between the number of E. coli and the level of IL-6 content of lactobacilli and spontaneous NBT-test. These results confirm the important role of immune-regulating intestinal microflora in patients with CEA.

**Key words:** children, reactive arthritis, intestinal microflora, immunity.

Рецензент Похилько В.І.

УДК 616.716.1/4-053.4/5-006.03

**П. І. Ткаченко, І. І. Старченко, С. О. Білокоць, О. В. Гуржій, В. В. Микитенко, Н. П. Білокоць**

**ВДНЗ України "Українська медична стоматологічна академія", м. Полтава**

**ОСТЕОБЛАСТОКЛАСТОМА ЩЕЛЕП У ДІТЕЙ: КЛІНІКО-МОРФОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА**

Остеобластокластоми щелепних кісток у дітей найчастіше зустрічаються у віковій групі від 8 до 16 років, мають своєрідну клініко-морфологічну картину і потребують радикального хірургічного лікування для запобігання розвитку рецидивів. Наведений матеріал може стати підґрунтям для подальших поглиблених науково-практичних досліджень по вивченню ролі провокуючих дизонтогенетичних процесів й застосування високоінформативних методів ранньої діагностики остеобластокластом у дітей для визначення оптимальних тактичних варіантів по їх лікуванню в залежності від класифікаційної приналежності.

**Ключові слова:** діти, остеобластокластома, щелепні кістки.

*Робота є фрагментом НДР "Інтегративно-диференційоване обґрунтування вибору оптимальних методик оперативних втручань та обсягу лікувальних заходів при хірургічній патології щелепно-лицевої ділянки", державний реєстраційний номер 0116U003821.*

Остеобластокластома (ОБК) (остеобластома, остеокластома, гігантоклітинна пухлина, центральна гігантоклітинна гранульома, гігантоклітинна репаративна гранульома) – доброякісна

остеогенна пухлина, яка, за даними літератури, зустрічається у 12% випадків всіх первинних доброякісних пухлин (ДП) та пухлиноподібних утворень щелеп [1, 2, 3, 5, 6, 8, 9-11].

Враховуючи схожість її клінічних проявів і характер перебігу зі значною кількістю патологічних процесів, зрозуміло, що частота діагностичних помилок на догоспітальному етапі обстеження є досить значною, особливо, коли мова йде про ліричну форму [3, 5, 11].

**Метою** роботи було ознайомлення наукового загалу із власними наробками стосовно клініко-морфологічних особливостей остеобластокластом щелепних кісток у дітей.

**Матеріал та методи дослідження.** В ході дослідження нами проаналізовані фундаментальні наукові праці та публікації в періодичних виданнях щодо зазначеного питання.

Клінічна частина дослідження стосується 26 пацієнтів віком від 4 до 17 років, які знаходилися на лікуванні з приводу центральних форм остеобластокластоми щелепних кісток в клініці кафедри дитячої хірургічної стоматології на базі хірургічного відділення ДМКЛ м. Полтави за період з 2006 по 2015 рр. Хлопчиків було 15 (57,7%), дівчаток – 11 (42,3%).

Морфологічні особливості ОБК вивчено співробітниками кафедри патологічної анатомії з секційним курсом на 26 препаратах, виготовлених з післяопераційного матеріалу за загальноприйнятими методиками [4].

**Результати дослідження та їх обговорення.** За даними літератури, ОБК уражують переважно представників жіночої статі 11-20 років з “улюбленою” локалізацією на нижній щелепі в ділянці молярів, а на верхній щелепі – премоларів [1, 9, 11].

Згідно наших спостережень, ОБК частіше зустрічалися у хлопчиків молодшого і старшого шкільного віку. Встановити початок розвитку пухлини було досить важко через безсимптомний, повільний та непомітний характер її росту. При цьому скарги хворих дещо різнилися залежно від локалізації і строку виникнення пухлини, переважно зводяться до наявності асиметрії обличчя, що повільно наростала. Інколи це супроводжувалось больовими відчуттями та ознаками розширення венозної судинної системи слизової оболонки.

Однак деякі хворі (5 (19,2%) і їх родичі відмічали ще й періодичну запальну реакцію в ділянці пухлини з нестійкістю та рухомістю відповідних зубів, що завершувалося виникненням гнійної нориці на яснах або обличчі, а у 7 пацієнтів (26,9%) було проведено розрізи через помилково встановлений діагноз.

Вважається, що поява запальних явищ і нориць є однією із відмінних ознак ОБК саме щелеп (в трубчастих кістках вони не ускладнюються запаленням), поява яких пов'язана із приєднанням одонто- чи стоматогенної інфекції, а інфікування пухлини відбувається через маргінальний періодонт, рану після видалення зуба або його самовільного випадіння [5, 9, 11].

В літературних джерелах відмічається, що у разі локалізації ОБК поблизу скронево-нижньощелепного суглоба, хворий може скаржитися на біль при русі щелепи, особливо при жуванні [1, 2, 10], однак в наших спостереженнях пухлини такої локалізації не виявлялися.

Об'єктивним дослідженням встановлено, що при локалізації ОБК в тілі щелепи (центральна форма) вони пальпуються щільним, гладким або горбистим малоболісним чи безболісним веретеноподібним здуттям, зуби в межах якого рухомі і можуть зміщуватися. Слизова оболонка (СО) альвеолярного відростка в ділянці патологічного осередку на початковому етапі розвитку утворення в кольорі не змінювалася, а згодом виникали гіперемія та синюшність й при нагноєнні визначалися нориці з гнійним ексудатом. Регіонарні лімфовузли у всіх хворих не мали реактивних проявів, а колір шкіри не змінювався. Однак, як зазначають дослідники, при гігантських розмірах ОБК на шкірі можуть виникати виразки й з'являтися гнійний ексудат внаслідок приєднання змін, притаманних остеомієліту [3].

В своїй роботі ми розрізняли класичні клініко-рентгенологічні форми ОБК (кістозна, літична, ячеїста), а за рентгенологічними ознаками – 5 фаз її перебігу (початкових проявів пухлинного росту; прогресивного росту та біологічної компенсації; агресивного росту; зворотнього росту; злякисності) [5, 9, 10, 11]. Кістозна форма (рис. 1, 2) визначалась у 15 дітей (57,7%) і спостерігалась найчастіше в молодшому та старшому шкільному віці. Хворі скаржились на зубний біль, а розташовувались пухлини в щелепній кістці дещо ексцентрично, при чому тіло щелеп здувалося зі сторони присінку порожнини рота й пальпаторно визначався симптом Рунге-Дюпоетрена. Рентгенологічно характерною була наявність однорідного дефекту кістки, що завжди мав чіткі і рівні контури. Нижній край щелепи був стоншеним та мав вигляд шкарлупи.

Літична форма спостерігалась у дітей дошкільного і молодшого шкільного віку, відрізняючись швидким агресивним ростом й руйнуванням кістки з ураженням кортикального

шару та періосту, а зуби розхитувалися. Дану нозологічну одиницю ми діагностували у 6 випадках (23,1%) і в 5 спостереженнях (83,5%) це стосувалося верхньої щелепи. На рентгенограмі визначався однорідний безструктурний кістковий дефект з нерівними та змазаними межами. Кортикальний край щелеп, як і при кістозній формі, стоншувався, а корені зубів, що попали в зону пухлини, зазвичай, виглядають резорбованими і "усіченими" на 1/3 або більше.

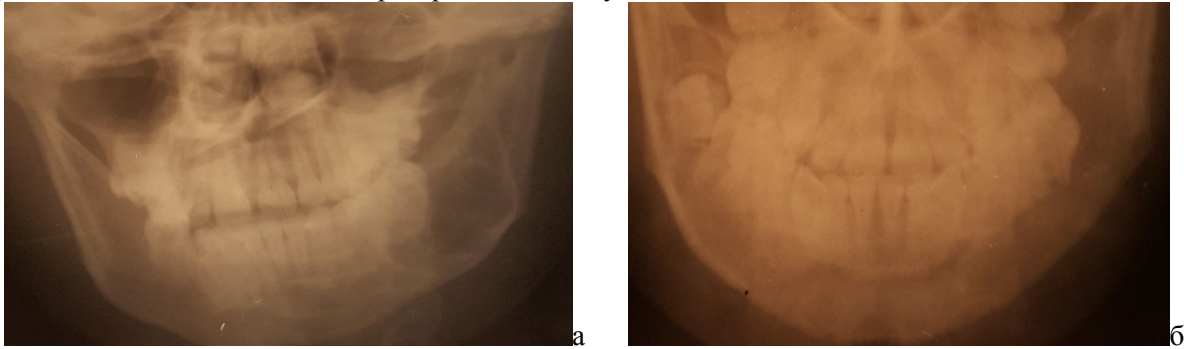


Рис. 1. Рентгенологічна картина кістозних ОБК: а) в ділянці тіла, кута та гілки нижньої щелепи зліва; б) двостороння кістозна форма в ділянці тіла нижньої щелепи.

Ячеїста форма (5 дітей (19,2%) спостерігалась в старшому шкільному та підлітковому періоді розвитку дітей. Вона відрізнялась повільним ростом, не призводила до стоншення компактною пластинки кістки, зуби в ділянці її розташування зберігали своє положення і ступінь електробудливості. Рентгенологічно відмічалась велика кількість дрібних порожнин, відокремлених одна від одної балочками-перетиками різної товщини, які пересікалися в різних напрямках. Сама щелепа виглядала веретеноподібною, стонченою й значно більшою порівняно із звичайними розмірами (рис. 3). Пункцією ОБК виявляли вміст багрово-червоного кольору, а при ліричній формі отримували в невеликій кількості й домішки крові.

Мікроскопічно (рис. 4) ОБК у всіх випадках були представлені двома основними типами клітин: остеобластами (велетенські одноядерні клітини, що беруть участь в побудові кістки) та остеокластами (велетенські багатоядерні клітини, що беруть участь в розсмоктуванні кісткової тканини). Однак в них інколи визначалися фіброзна тканина і острівці новоутвореної остеїдної тканини. Така морфологічна картина загалом співпадала з даними інших авторів щодо особливостей будови ОБК [7].

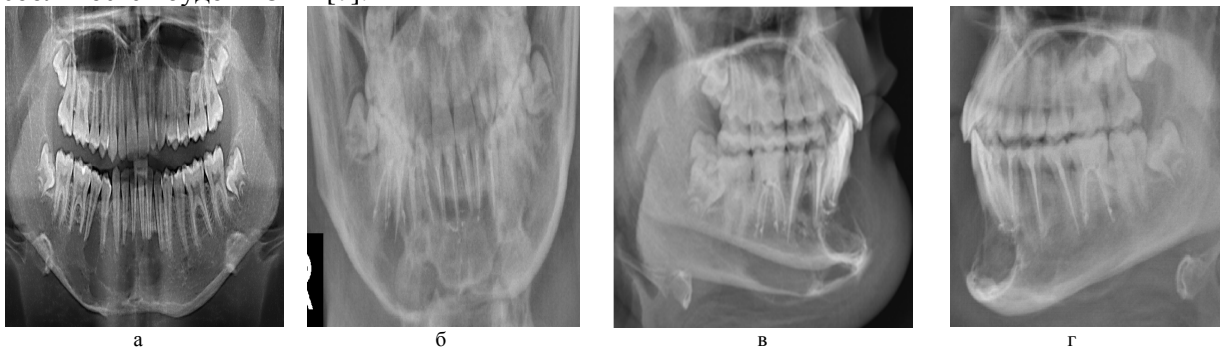


Рис. 2. Рентгенологічна картина кістозної ОБК нижньої щелепи у фронтальному відділі та тілі нижньої щелепи: а) ортопантомограма; б) фронтальна проекція; в, г) бокові проекції.

Зазначимо, що в даній роботі ми не ставили за мету детально зупинятися на периферичній формі ОБК, лише нагадаємо, що клінічно вона не відрізнялася від типових епулідів, характеризуючись наявністю на яснах "дикого м'яса" у вигляді обмеженого випинання різної величини (залежно від тривалості процесу) з широкою основою на альвеолярному відростку щелепи, СО над якою була блідо-рожевою чи із синюшним відтінком. При травмуванні, зокрема під час їжі, пухлини кровоточили, інколи утворювали виразки з розвитком регіонарного лімфаденіту із відповідною клінічною симптоматикою. Зуби в ділянці патологічного осередку набували рухомості.

У всіх випадках клінічний діагноз визначався за даними клінічного об'єктивного обстеження, аналіза рентгенологічної картини, результатів пункційної біопсії та гістологічного дослідження післяопераційного матеріалу. Лікування центральних форм ОБК у всіх випадках полягало в повному видаленні пухлини шляхом резекції ділянки щелепи із збереженням або без збереження її безперервності (залежно від розмірів пухлини) (рис. 5).



Рис. 3. Ортопантомограма дорослого хворого з комірковою формою ОБК нижньої щелепи

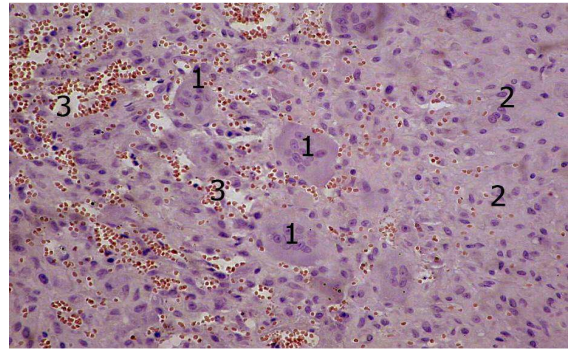


Рис. 4. Мікроскопічна будова остеобластокластоми. Забарвлення гематоксилін-еозином. Об. 40x, ок. 7x. 1 – велетенські багатоядерні клітини типу остеокластів; 2 – дрібні клітини з витягнутими ядрами; 3 – кров в міжканинних щілинах.

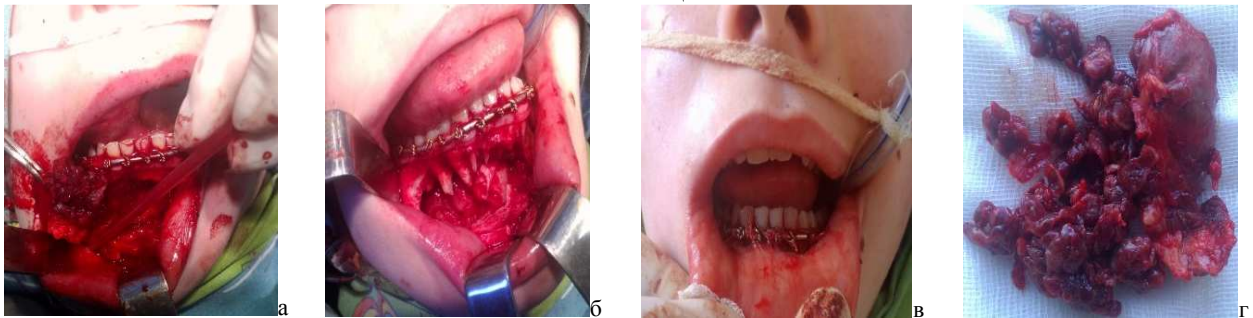


Рис. 5. Етапи хірургічного видалення (а-в) та макропрепарат (г) кісточної ОБК нижньої щелепи, рентгенологічна картина якої представлена на рис. 2

У всіх 5 хворих з літичною формою пухлини верхньої щелепи було проведено щадну резекцію з подальшим замісним протезуванням. Рецидивів у всіх прооперованих пацієнтів не спостерігалось, але при нерадикальній операції, як зазначають дослідники, можливим є не тільки рецидивування, а й малігнізація [1, 3, 5, 9].

### Висновок

Остеобластокластоми щелепних кісток у дітей найчастіше зустрічаються у хлопчиків молодшої і старшої вікових груп. Вони мають своєрідну клініко-морфологічну картину, потребують виваженого діагностичного обстеження та комплексного лікування із залученням терапевтів, ортодонтів і лікарів суміжних спеціальностей з метою покращення якості життя дітей в післяопераційному періоді та під час проведення реабілітаційних заходів.

*Перспективи подальших досліджень.* Наведений матеріал може стати підґрунтям для подальших поглиблених науково-практичних досліджень по співставленню клінічних проявів остеобластокластом різної анатомічної локалізації в залежності від вікової градації і діагностичної інформативності.

### Список літератури

1. Бернадский Ю.И. Основы челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии / Ю.И. Бернадский // – М.: Медицинская литература, - 2000. – 404 с.
2. Зеленский В.А. Детская хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия / В.А. Зеленский, Ф.С. Мухомаров // – Москва, -2008. – 206 с.
3. Колесов А.А. Новообразования мягких тканей и костей лица у детей и подростков / А.А.Колесов, Ю.И.Воробьёв, Н.Н.Каспарова // – М.: Медицина, - 1989. – 302 с.
4. Меркулов А.Б. Курс патогистологической техники / А.Б.Меркулов // – Л.: Медицина, - 1969. – 237 с.
5. Маланчук В.О. Хірургічна стоматологія та щелепно-лицева хірургія / В.О.Маланчук – К.: Логос, -2011., Т. 1., 669 с.
6. Маланчук В.А. Эпидемиология заболеваний челюстно-лицевой области за период 1985-2011 гг. / В.А. Маланчук, О.Л. Циленко, Д.М. Черногорский [и др.] / Нові технології в хірургічній стоматології і щелепно-лицевій хірургії // – Одеса, - 2014. – С. 5-7.
7. Пальцев М.А. Патологическая анатомия / М.А.Пальцев, Н.М. Аничков // – М.: Медицина, - 2001. – 525 с.
8. Ткаченко П.І. Дитяча хірургічна стоматологія. Практичні заняття (Частина I-III). Методичні рекомендації / П.І.Ткаченко, О.В.Гуржій, С.О.Білоконь [та ін.] // – Полтава, -2005. – 140 с.
9. Тимофеев А. А. Челюстно-лицевая хирургия / А.А.Тимофеев // – К., - 2010. – 574 с.
10. Топольницкий О. З. Стоматология детского возраста. Хирургия / О.З. Топольницкий // – М.: ГЭОТАР-Медиа, - 2016. – 311 с.
11. Харьков Л. В. Хірургічна стоматологія дитячого віку / Л.В.Харьков, Л.М. Яковенко, І.А. Чехова // – К.: Книга-плюс, - 2003. – 480 с.

## Реферати

**ОСТЕОБЛАСТОКЛАСТОМА ЧЕЛЮСТЕЙ У ДЕТЕЙ: КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА**

Ткаченко П.И., Старченко И.И., Белоконь С.А., Гуржий Е.В., Микитенко В.В., Белоконь Н.П.

Остеобластокластомы челюстных костей у детей чаще всего встречаются в возрастной группе от 8 до 16 лет, имеют своеобразную клиничко-морфологическую картину и требуют радикального хирургического лечения для предотвращения развития рецидивов. Представленный материал может стать основанием для дальнейших углублённых научно-практических исследований по изучению роли провоцирующих дизонтогенетических процессов и применения высокоинформативных методов ранней диагностики остеобластокластом у детей для определения оптимальных тактических вариантов по их лечению в зависимости от классификационной принадлежности.

**Ключевые слова:** дети, остеобластокластома, челюстные кости.

Стаття надійшла 9.03.2016 р.

**OSTEOCLASTOMA OF JAW IN CHILDREN: CLINICAL AND MORPHOLOGICAL CHARACTERISTIC**

Tkachenko P.I., Starchenko I.I., Bilokon S.O., Gurzhiy O.V., Mykytenko V.V., Bilokon N.P.

Morphological features of osteoclastomas have been studied on 26 specimens made from the postoperative material by the staff of the Department of Pathological Anatomy with autopsy according to conventional techniques. The observations showed that osteoclastomas were often diagnosed in boys of junior and senior school age. To define the onset of the tumor development was quite difficult due to asymptomatic, slow and imperceptible nature of its growth. At the same time the complaints of patients differed slightly depending on the localization and the period of the tumors' onset, mostly regarding the occurrence of asymmetry of the face, growing slowly. Sometimes it was accompanied by painful feelings and signs of dilatation of venous vascular system of the mucosa.

**Key words:** children, osteoclastoma, jawbones.

Рецензент Аветиков Д.С.

УДК 618.36 : 618.5

Н. О. Удовинська

ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія», м. Поділля

**МОРФОЛОГІЧНІ ЗМІНИ ПЛАЦЕНТИ У ПОРОДІЛЬ ПРИ СЛАБКІСТІ ПОЛОГОВОЇ ДІЯЛЬНОСТІ**

В статті представлені морфологічні особливості плаценти у жінок, пологи яких ускладнилися слабкістю пологової діяльності в порівнянні із випадками нормального перебігу пологів.

**Ключові слова:** слабкість пологової діяльності, неускладнена вагітність і пологи, плацента.

Пологи – це складний фізіологічний процес, який виникає і закінчується при взаємодії багатьох систем організму. Важливим компонентом вивчення системи «мати-плацента-плід» є морфологічне дослідження плаценти. Морфологія плаценти являє собою актуальну проблему як клінічної так і теоретичної медицини. Як відомо, під час вагітності формується біологічна система «мати-плацента-плід». Нормальне функціонування всіх компонентів системи при слабкості пологової діяльності (СПД) характеризує стан плоду та новонародженого.

Слід зазначити, що наприкінці вагітності майже завжди наступають дистрофічні зміни в плаценті. Ці зміни можуть бути значними при СПД, нерідко призводить до гіпоксії плода. Крім того, по структурі плаценти можливо оцінити її функцію.

**Метою** роботи було визначити морфологічні особливості плаценти при СПД.

**Матеріал та методи дослідження.** Проведено макро- і мікро- морфологічне дослідження 50 плацент від пологів зі СПД. Контролем слугували 30 плацент від неускладненої вагітності та пологів (НВіП). Плаценти вивчали методами органометрії та морфометрії, використовувались макро- і мікроскопічне дослідження плаценти. Гістохімічно визначали рибонуклеопротейди (реакцією Браше), дезоксирибонуклеопротейди – реакцією Фельгена-Россенбека. Матеріал (кусочки плацент) фіксували 10% нейтральним формаліном. Після проводки і заливки в целоїдин-парафін виготовлялися гістотопографічні серійні зрізи. Зрізи фарбували гематоксиліном і еозином, пікрофуксином за Ван-Гізоном та Маллорі.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Отримані нами результати свідчили, що товщина плаценти при СПД і плаценталії в верхніх відділах матки склала  $2,4 \pm 0,1 \times 10^{-2}$  м, а в нижніх відділах –  $1,8 \pm 0,1 \times 10^{-2}$  м ( $p < 0,001$ ). При НВіП відповідно:  $2,1 \pm 0,1^2$  м і  $2,3 \pm 0,2 \times 10^{-2}$  м ( $p < 0,05$ ). При цьому товщина плаценти при СПД в порівнянні з НВіП була менше на 16,6% та 27,7% відповідно при локалізації її в верхніх і нижніх відділах матки ( $p < 0,01$  та  $p < 0,05$ ).

При мікроскопічному дослідженні плацент при СПД в порівнянні з плацентами після НВіП виявлено морфофункціональні особливості. При СПД в плаценті децидуальній оболонці були значні дистрофічні зміни децидуальних клітин, визначалася очагова PAS – позитивна фібриноїдна субстанція з тонкою, суцільною полоскою фібриноїда на межі з ворсинчастим