

УДК 617.52-053.2/5-006.44-07

## ЗЛОЯКІСНА СЕРЕДИННА ГРАНУЛЬОМА ОБЛИЧЧЯ В ДИТИНИ: ТРУДНОЩІ ДІАГНОСТИКИ

Вищий державний  
навчальний заклад  
України  
"Українська медична  
стоматологічна  
академія"

**П.І. Ткаченко,  
О.В. Гуржій,  
С.О. Білоконь,  
А.М. Гоголь**

Загальновідомо, що в Україні невпинно збільшується кількість злоякісних новоутворів у щелепно-лицевій ділянці (ЩЛД), які ще в 1983 році, за даними А.І.Пачеса, складали 20-25% у структурі загальної онкологічної захворюваності. Як і раніше, значна частина таких пацієнтів потрапляє на лікування із запущеними формами пухлин, причинами чого є насамперед безсимптомність перебігу або стертість клінічних проявів новоутворів на початкових стадіях їхнього розвитку і як наслідок - не своєчасне звернення хворих [3].

На превеликий жаль, ситуацію ускладнює і недостатня інформованість стоматологів та лікарів інших спеціальностей у цьому розділі медицини, слабка онкологічна настороженість попри те, що значна частина новоутворів доступна для візуального і додаткового досліджень. Як наслідок, згідно зі зведеними даними, близько 40% пацієнтів мають запущені форми злоякісних утворів щелепно-лицевої ділянки та шиї з вини лікарів [3].

Вищевикладене повною мірою стосується злоякісної серединної гранульоми обличчя (ЗСГО), яка займає особливе місце в структурі злоякісних пухлин ЩЛД у зв'язку з рідкістю спостереження та суттєвими помилками в діагностиці, що є однією з причин неефективності лікування.

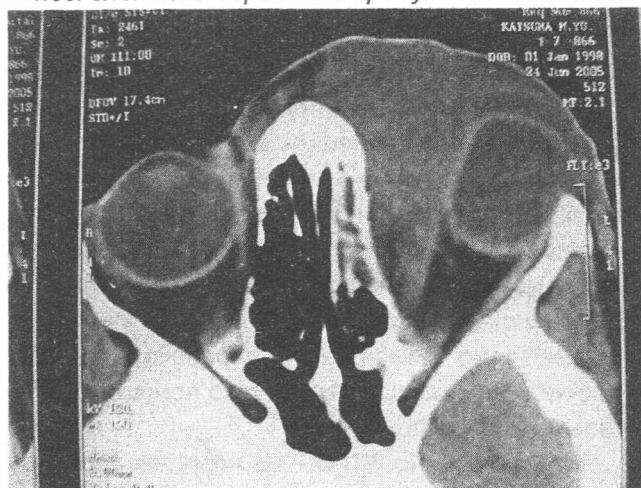
Мета даного повідомлення – через описання клінічного випадку ЗСГО в дитини привернути увагу стоматологів, окулістів, ЛОР-лікарів та щелепно-лицевих хірургів до цієї хвороби і спонукати їх до підвищення онкологічної настороженості.

Отже, в клініку кафедри дитячої хірургічної стоматології Української медичної стоматологічної академії з ЦРЛ одного із районів Полтавської області прибула дитина К., 6 років. З історії хвороби стало відомо, що дівчинка протягом місяця перебувала під наглядом ЛОР-лікарів та окулістів із приводу серозних виділень із носа, періодичних носових кровотеч, наявності гнійно-кров'яних кірок у носових ходах та незначного припухання зіниці

зліва. Однак, незважаючи на повний обсяг терапевтичних заходів, покращення стану не відбулося. Навпаки, виділення з носа набули гнійно-кров'яного характеру, з'явився суттєвий набряк та ознаки некрозу м'яких тканин у цій ділянці з тенденцією до формування перфорації стінок додаткових пазух. Було встановлено діагноз "абсцес верхньої повіки лівого ока" і проведено розтин під місцевою анестезією, отримано сукровичні виділення. Надалі прогресуючі виразково-некротичні зміни призвели до деструкції стінок орбіти із порушенням цілості м'яких тканин внутрішнього кута лівого ока (мал. 1). Консиліум фахівців ЦРЛ прийняв рішення про направлення дитини в клініку нашої кафедри.



Мал. 1. Загальний вигляд хворої К., 6 років. Діагноз: злоякісна серединна гранульома обличчя



Мал. 2. Томографія кісток лицевого кістяка К., 6 років

ДИТЯЧА СТОМАТОЛОГІЯ

Після огляду пацієнтки зав. кафедри проф. П.І.Ткаченко запідозрив злоякісну пухлину, провів розширену ревізію патологічного осередку та біопсію. Отриманий гістологічний висновок: крупноклітинна анапластична лімфома орбіти. На той час із моменту первинного звернення до лікаря уже минуло 1,5 місяця, однак позитивна динаміка в клінічному аспекті була відсутня.

Це спонукало нас направити дитину в м. Київ у клініку "Охматдит", де було встановлено попередній діагноз "новоутвір орбіти та лімфатичного вузла" і додатково призначено імуногістохімічне та повторне морфологічне дослідження біоптату. Отриманий висновок:

1) патологічне дослідження (Інститут онкології АМН України): пухлина має будову злоякісного гістіоцитозу;

2) імуногістохімічне дослідження (Інститут онкології АМН України): злоякісний гістіоцитоз;

3) патоморфологічне дослідження (Київська міська онкологічна лікарня): найбільш вірогідний анапластичний варіант багатой на гістіоцити дифузної крупноклітинної В-лімфоми з тенденцією до переходу в К1 лімфому.

Деяка розбіжність варіантів клінічного, імуногістохімічного та морфологічного діагнозів спонукала нас до аналізу доступних літературних даних щодо цієї патології. Виявилось, що подібна клінічна ситуація може бути характерною для ЗСГО, етіопатогенез якої донині остаточно не визначений. Раніше розглядалися її інфекційна та пухлинна природа, а нині ЗСГО сприймається як аутоімунна хвороба. Не вирішене питання про взаємозв'язок процесу із гранулематозом Вегенера: найімовірніше, обидві хвороби є різними формами одного і того ж глибокого алергічного васкуліту або Т-клітинної лімфоми.

Згідно з літературними даними [4], ЗСГО зустрічається в будь-якому віці, однак найчастіше - в людей 30-50 років, а в її перебігу чітко виділяються 3 стадії, клінічні ознаки двох із яких повністю збігаються з клінічним перебігом хвороби в дитини із нашого прикладу. На 3 (термінальній) стадії виразково-некротичні зміни розповсюджуються на весь центрофасціальний масив із явищами мутиляції (мал.2). Іноді, крім орбіти, деструкція сягає внутрішнього вуха, гортані, стравоходу і трахеї. Хвороба швидко прогресує, різко погіршується загальний стан хворого.

Гістопатологічно ЗСГО – це алергічні деструктивно-продуктивні васкуліти із формуванням ізольованих поліморфноклітинних гранульом, які відрізняються ангіоцентричним характером росту із по-

дальшим некрозом у цих ділянках, та інфільтрація поліморфними атиповими лімфоїдними клітинами, що мають маркери Т-лімфоцитів [5].

У лікуванні ЗСГО використовували глюкокортикоїди, цитостатики та променевою терапію. Однак, незважаючи на інтенсивне лікування, покращення мало тимчасовий характер, а через 6 місяців, на жаль, настав летальний наслідок.

Отже, розпізнавання та лікування онкологічних хвороб у дітей на ранніх стадіях розвитку в стоматологічних хворих донині викликають певні труднощі, обумовлені великим різноманіттям клінічного перебігу пухлин ЩЛД і їхньої морфологічної будови [2], залежністю діагностики злоякісних новоутворів від стадійності їхнього розвитку, динаміки росту, локалізації, місцевих та загальних проявів. Безумовно, незважаючи інколи на характерну клінічну картину, в сумнівних випадках обов'язковим є морфологічне підтвердження діагнозу в ранні терміни [1]. Однак усе частіше виникає необхідність у проведенні комплексу сучасних, більш інформативних додаткових методів дослідження, які, на превеликий жаль, на сьогодні залишаються не завжди доступними для більшості практичних закладів охорони здоров'я.

#### Література

1. Вороб'єв Ю.И., Гарбузов М.И. Внимание: онкология. Рак красной каймы нижней губы // Стоматология для всех. – 2000. – № 2. – С. 42-44.
2. Лаптев П.И., Воложин А.И. Диагностика и лечение предраков красной каймы губы и слизистой оболочки органов полости рта // Стоматолог. – № 11. (79). – С. 22-23.
3. Федяев И.М., Байриков И.М., Белова Л.П., Шувалова Т.В. Злокачественные опухоли челюстно-лицевой области. – М.: Медицинская книга, 2000. – 157 с.
4. Zargari O. Disseminated granuloma faciale // Int J Dermatol. – 2004. – Vol.43, №3. – P.210-212.
5. Zirwas MJ, Ahell E, Rubon A, Silverman AR, Wolff J, Deng Js. Immunofluorescence findings in granuloma faciale: report of two cases // J Cutan Pathol. – 2003. – Vol.30, №5. – P.314-317.

Стаття надійшла

3.08.2006 р.

*Резюме*

Приводится клиническое наблюдение за злокачественной срединной гранулемой лица у ребенка 6 лет. Указываются трудности диагностирования на догоспитальном этапе обследования. Для становления клинического диагноза необходимо проведение более современных и информативных методов исследования.

Ключевые слова: злокачественная срединная гранулема лица, дети, диагностика.

*Summary*

We determined the difficulties in a diagnostic of malignant middle facial granuloma at before hospital period in 6 year old child. It was necessary to apply modern and information al methods of investigation for making a correct clinical diagnosis.

Key words: malignant middle granuloma of a face, children, diagnosis.