

Особливості клінічних проявів та діагностики кератокіст у дітей

Старченко І.І., Білоконь С.О., Шешукова Я.П.

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія» м. Полтава

Кератокісти (КК) щелепних кісток складають, за даними різних авторів, від 5.4 до 17.4% від усіх одонтогенних кіст і вони є епітеліального одонтогенного походження. Загальновідомо, що виникають КК у тих місцях щелепних кісток, де є зуби, але зв'язку з ними вони не мають. Зустрічаються переважно на нижній щелепі в ділянці розташування молярів, збільшуються у розмірах вздовж тіла щелепи, довго клінічно не проявляючись.

Рецидиви кератокісти після оперативного втручання, в середньому, складають 37%, що обумовлено високою агресивністю структурних компонентів самого утворення, а тонка та крихка стінка легко розривається, що утруднює її повне видалення.

Під нашим наглядом та лікуванням знаходилось 8 дітей віком від 7 до 16 років. У п'яти пацієнтів кератокіста була діагностована на нижній щелепі, у трьох на верхній.

За даними проведеного нами статистичного аналізу, кількість дітей з кератокістами складає 5,05% від всіх пацієнтів з кістозними утвореннями щелепних кісток, яким виконували планові оперативні втручання в хірургічному відділенні дитячої міської клінічної лікарні м. Полтави за останні 5 років.

Усі хворі були прооперовані класичним методом – радикальна цистектомія з обов'язковим видаленням залучених в процес зубів та зачатків. Після видалення кістозної оболонки порожнина оброблялась фрезою та спиртом для запобігання рецидиву.

Варто відмітити, що гістологічне підтвердження діагнозу «кератокіста» ускладнювалось тим, що в різних сегментах кісти епітеліальна вистилка мала різну будову з втратою місцями характерного базального шару, що інколи утруднювало встановлення морфологічної структури

тканини. Тому для дослідження використовували весь об'єм операційного матеріалу.

Згідно наших спостережень, специфікою клінічного перебігу кератокіст являється те, що розміри утворення не залежали від віку дитини, зате вони досить швидко збільшувались, не проростаючи у навколишні тканини. Нами було відмічено, що від моменту прояву перших симптомів захворювання до часу проведення оперативного втручання проходило від 1 до 6 місяців, що було обумовлено відсутністю вираженості клінічних проявів, ростом пухлини «вздовж» кістки без наявності видимих деформацій навколишніх тканин. В деяких випадках це було пов'язано з недостатньою обізнаністю лікарів-стоматологів, до яких звертались рідні дитини.

У зв'язку з тим, що проведення радикальної цистектомії інколи супроводжується видаленням зубів та зачатків і призводить до порушення розвитку щелепних кісток у післяопераційному періоді, до лікування цих хворих слід залучати лікарів-ортодонтів з метою запобігання розвитку та прогресування зубо-щелепних деформацій у подальшому.

Таким чином, в структурі планових хірургічних втручань з приводу наявності кістозних утворень щелепних кісток у дітей, кількість хворих з кератокістами складає лише 5,05%. Слід враховувати, що перебіг захворювання у цьому віці характеризується безсимптомним ростом пухлини без проростання у навколишні тканини і діагностується вона частіше випадково. З метою підтвердження клінічного діагнозу «кератокіста» обов'язковим являється використання для морфологічного дослідження усього об'єму операційного матеріалу.