

УДК 616.053



СЛЕПОВ О.К.¹, ГОРДІЄНКО І.Ю.¹, КОРОТЧЕНКО Г.М.², КАРАВАНОВ Д.В.²,
СЕРГІЄНКО А.В.³, ПОНОМАРЕНКО О.П.¹, МИГУР М.Ю.¹, КУРІННИЙ С.І.¹

¹ДУ «Інститут педіатрії, акушерства та гінекології НАМН України», м. Київ, Україна

²Дитяча клінічна лікарня № 7, м. Київ, Україна

³Київська міська клінічна лікарня № 17, м. Київ, Україна

ТАКТИКА НАДАННЯ СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ ХІРУРГІЧНОЇ ДОПОМОГИ НОВОНАРОДЖЕНІЙ ДИТИНІ ПРИ ПРИРОДЖЕНІЙ ПУХЛИНІ РОТОВОЇ ПОРОЖНИНИ, УСКЛАДНЕНІЙ ОБТУРАЦІЄЮ ВЕРХНІХ ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХІВ

Резюме. Наведено клінічний випадок успішного хірургічного лікування новонародженої дитини з природженою пухлиною ротової порожнини (пухлиною Абрикосова), ускладненою обтурацією верхніх дихальних шляхів. Природжену ваду діагностовано пренатально і розроблено тактику надання спеціалізованої допомоги дитині в перші секунди життя. Оперативне лікування було проведено в перші хвилини життя. Запропонована тактика лікування виявилась ефективною і дала можливість врятувати життя дитині.

Ключові слова: природжений епуліс (пухлина Абрикосова), обтурація верхніх дихальних шляхів, назотрахеальна інтубація, хірургічне лікування.

Зернисто-клітинна міобластома (синоніми: пухлина Абрикосова, пухлина Ноймана, природжений зернисто-клітинний епуліс, зернисто-клітинна пухлина) — доброякісне рідкісне природжене новоутворення ротової порожнини нез'ясованого походження, також відоме під назвою «природжений епуліс» [1, 4]. Останній в буквальному перекладі з грецької мови означає «набряк ясен» [5]. Перший випадок цієї патології представлений німецьким лікарем Neumann, який в 1871 році описав пухлину червоного кольору з гладкою поверхнею, яка нагадувала поліп і розвивалася з основи ясен нижньої щелепи у новонародженої дитини [2]. В 1926 році О.І. Абрикосов опублікував опис пухлини, яку він назвав «міобластна міома», що складалась із крупних клітин (саркобластів), які мали круглу, овальну, полігональну форму і оксифільну зернисту цитоплазму.

В окрему нозологічну одиницю пухлину виділено в 1974 році під назвою «зернисто-клітинна пухлина» [1]. Вважається, що ця пухлина може розвиватись із недиференційованих мезенхімальних клітин, фібробластів, міофібробластів, гістіоцитів, шваннівських клітин чи одонтогенних епітеліальних клітин [2].

Зернисто-клітинна пухлина розвивається з альвеолярного гребеня верхньої щелепи, у переважній біль-

Адреса для листування з авторами:

Курінний Сергій Іванович

E-mail: seridoc@gmail.com

© Слепов О.К., Гордієнко І.Ю., Коротченко Г.М.,
Караванов Д.В., Сергієнко А.В., Пономаренко О.П.,
Мигур М.Ю., Курінний С.І., 2015

© «Хірургія дитячого віку», 2015

© Заславський О.Ю., 2015



Рисунок 1. Зовнішній вигляд дитини одразу після народження

шості в новонароджених дівчаток, у відношенні 8 : 1 щодо хлопчиків [5]. З урахуванням того, що значна частина випадків трапляється в дівчаток, вважалось, що ендogenous внутрішньоутробний вплив жіночих статевих гормонів пов'язаний із ростом пухлини. Проте гіпотезу було відхилено через відсутність рецепторів до естрогену і прогестерону в клітинах епуліса [6].

Діагностують пухлину Абрикосова зазвичай при народженні. При великих розмірах вона діагностується пренатально за допомогою УЗД чи МРТ [3]. Пренатальна діагностика досить важлива для вибору метода розродження і відповідної підготовки до реанімаційних заходів і оперативного лікування.

Наводимо клінічний випадок успішного лікування новонародженої дитини з природженою пухлиною ротової порожнини, ускладненою обтурацією верхніх дихальних шляхів.

Новонароджена дівчинка Д. народилась в акушерській клініці ДУ «Інститут педіатрії, акушерства та гінекології НАМН України». Наявність природженої вади розвитку — природженої пухлини ротової порожнини (тератоми?) запідозрено пренатально, після проведення ультразвукового дослідження та підтверджено в ІПАГ у терміні 35–36 тижнів гестації. Було встановлено вагітність дихоріальною діамніотичною двійнею. Сідничне передлежання обох плодів. Перший плід,

з розрахунковою масою 2562 г, пренатально встановленої патології не мав. У другого плода, з розрахунковою масою 2889 г, діагностовано наявність ехопозитивного новоутворення округлої форми, що виходило з ротової порожнини і мало розміри 24,4 × 23,0 мм, окружність — 68,6 мм, площу — 342,32 мм². При сагітальному виведенні розміри становили 30,0 × 23,2 мм, окружність — 89,5 мм, площу — 584,81 мм². У зв'язку з наявністю природженої вади розвитку у другого плода проведено пренатальний консиліум за участю дитячих хірургів, дитячого щелепно-лицьового хірурга, акушерів та дитячого реаніматолога; узгоджено тактику надання спеціалізованої допомоги дитині, спрямовану на уникнення явищ асфіксії. Вагітну було скеровано для проведення розродження в умовах акушерської клініки ДУ «ІПАГ НАМН України».

Доношена дихоріальна діамніотична двійня (запліднення фізіологічним шляхом) народилась від ІІ вагітності, що перебігала на тлі загрози переривання вагітності в І триместрі, пізнього гестозу, у формі пре-еклампсії легкого ступеня (відмічались набряки, високий артеріальний тиск), І пологів, шляхом кесарева розтину. Перша вагітність закінчилась антенатальною загибеллю плода в 36 тижнів гестації.

Перша дитина, дівчинка, народилась в стані асфіксії тяжкого ступеня з масою 2720 г (гіпотрофія І ст.), довжиною тіла 48 см, окружністю голови 33 см, окружністю грудної клітки 32 см, оцінкою за шкалою Апгар 4/4 бали. У пологовій залі дитину було оглянуто дитячим хірургом. Після проведення післянатального обстеження було діагностовано внутрішньоутробне інфікування, природжену двобічну вогнищеву пневмонію з дихальною недостатністю І ступеня, гіпоксично-ішемічне ураження ЦНС, синдром пригнічення та кон'югаційну жовтяницю. Із приводу встановлених захворювань дитина знаходилась на лікуванні в дитячій клініці інституту. Відмічалась позитивна динаміка лікування; дитина була виписана додому в задовільному стані.

Друга дитина, теж дівчинка, народилась у стані асфіксії тяжкого ступеня з масою 3150 г, довжиною тіла 50 см, окружністю голови 35 см, окружністю грудної



Рисунок 2. Етапи назотрахеальної інтубації



Рисунок 3. Зовнішній вигляд дитини після початку штучної вентиляції легень

клітки 35 см, оцінкою за шкалою Апгар 3/3 бали. Дитина народжена в присутності дитячого хірурга, дитячого щелепно-лицьового хірурга, бронхолога та бригади неонатологів і реаніматологів. При її фізикальному обстеженні відмічались гіподинамія, зниження фізіологічних рефлексів, відсутність крику, тотальний ціаноз шкірних покривів та видимих слизових оболонок; у межах ротової порожнини з виходом назовні візуалізувалось новоутворення багряного кольору, бугристе, розмірами $2,5 \times 3,0 \times 3,0$ см. Воно виступало за межі ротової порожнини на $2/3$, відходило з верхньої щелепи, було рухомим у межах ротової щілини (рис. 1). Самостійне дихання дитини було неможливим через обтурацію пухлиною ротової порожнини і верхніх дихальних шляхів.

Згідно з тактикою, розробленою на мультидисциплінарному пренатальному консилиумі (ураховуючи відсутність можливості інтубації трахеї через ротову порожнину, обтуровану пухлиною), в пологовій залі дитину було заінтубовано через ніс, із застосуванням фібробронхоскопу. Інтубаційну трубку № 3,5 було заздалегідь надіто на фібробронхоскоп (діаметром 3 мм), який заведено через ніс у трахею. Інтубаційну трубку введено в трахею, використовуючи бронхоскоп як провідник, аналогічно катетеризації за методикою Сельдінгера (рис. 2).

Після інтубації трахеї та початку вентиляції легень мішком Амбу колір шкірних покривів та видимих слизових нормалізувався, ціаноз зник (рис. 3).

Після постановки периферичного внутрішньовенного катетера дитину було транспортовано в заздалегідь підготовлену операційну, де на неї очікувала бригада хірургів. Проведено оперативне лікування — видалення новоутворення ротової порожнини, що росло з альвеолярного відростку верхньої щелепи.

Особливості операції. Під внутрішньовенним наркозом, із застосуванням діатермокоагуляції проведено видалення ніжки новоутворення, яка з'єднувала його

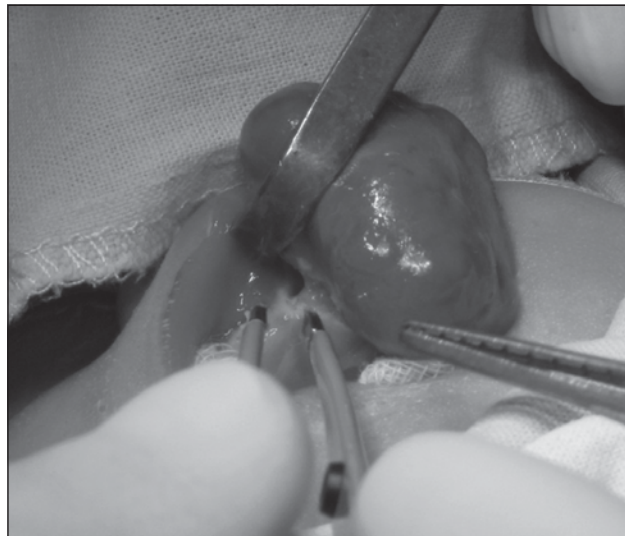


Рисунок 4. Етапи оперативного лікування

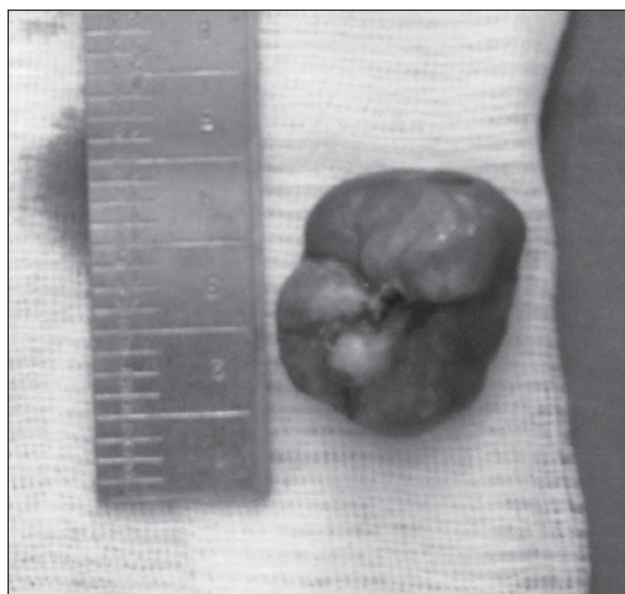


Рисунок 5. Макропрепарат видаленої пухлини

з альвеолярним відростком верхньої щелепи, зліва від вуздечки, у фронтальній площині (рис. 4).

Після видалення новоутворення макропрепарат було передано для проведення гістологічного дослідження. Установлено, що новоутворення представляє собою пухлину Абрикосова (рис. 5).

Дитину екстубовано в день операції, тоді ж було розпочато і ентеральне харчування. Перебіг післяопераційного періоду неускладнений. Дитина поступово розгодовувалась до вікового об'єму. У задовільному стані на 14-ту добу після операції її виписано додому.

ВИСНОВКИ

Наведений клінічний випадок ілюструє важливість пренатальної діагностики, що дала можливість антенатально прогнозувати можливі післянатальні ускладнення і розробити оптимальну тактику надання спеціалізованої хірургічної допомоги. Радикальне оперативне втручання було проведено в перші хвилини життя. Післяопераційний перебіг без ускладнень. На 14-ту добу життя в задовільному стані дитина виписана додому. Запропонована лікувальна тактика виявилась ефективною і дала можливість врятувати життя новонародженої дитини.

Список літератури

1. Литовка В.К. Наблюдение опухоли Абрикосова у ребенка / В.К. Литовка, И.П. Журило, К.В. Латышов // *Здоровье ребенка*. — 2007. — № 4. — С. 112.
2. Congenital Epulis in a Newborn: A Case Report, Immunoprofiling and Review of Literature / H. Aparna, B. Jaranth, R. Shashidara [et al.] // *Ethiopian Journal of Health Sciences*. — 2014. — Vol. 24 (4). — P. 359-362.
3. Congenital epulis: prenatal imaging with MRI and ultrasound / S. Roy, A. Sinsky, B. Williams [et al.] // *Pediatr. Radiol.* — 2003. — Vol. 33 (11). — P. 800-803.
4. Liang Y. Multiple Congenital Granular Cell Epulis in a Female Newborn: A Case Report / Y. Liang, Y. Yu-Sheng, Z. Yong // *Journal of Medical Case Reports*. — 2014. — Vol. 8 (1). — P. 413.
5. Multiple Congenital Epulis of the Mandibular Ridge: A Case Report / M. Hradfar, N. Zabolinejad, M. Gharavi [et al.] // *Iranian Journal of Otorhinolaryngology*. — 2012. — Vol. 24 (69). — P. 193-196.
6. Multiple Congenital Epulis in Newborn — A Rare Presentation / S. Sahu, R. Maurya, Y. Rao [et al.] // *Journal of Oral and Maxillofacial Pathology*. — 2009. — Vol. 13 (2). — P. 78-80.

Отримано 13.07.15 ■

Слепов О.К.¹, Гордиенко И.Ю.¹, Коротченко Г.М.², Караванов Д.В.², Сергиенко А.В.³, Пономаренко О.П.¹, Мигур М.Ю.¹, Куренной С.И.¹

¹ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины», г. Киев, Украина

²Детская клиническая больница № 7, г. Киев, Украина

³Киевская городская клиническая больница № 17, г. Киев, Украина

ТАКТИКА ОКАЗАНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НОВОРОЖДЕННОМУ РЕБЕНКУ ПРИ ВРОЖДЕННОЙ ОПУХОЛИ РОТОВОЙ ПОЛОСТИ, ОСЛОЖНЕННОЙ ОБТУРАЦИЕЙ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ

Резюме. Представлен клинический случай успешного хирургического лечения новорожденного ребенка с врожденной опухолью ротовой полости (опухоль Абрикосова), осложненной обтурацией верхних дыхательных путей. Врожденный порок диагностирован пренатально, и разработана тактика оказания специализированной помощи ребенку в первые секунды

жизни. Оперативное лечение было проведено в первые минуты жизни. Представленная тактика лечения оказалась эффективной и дала возможность спасти жизнь ребенку.

Ключевые слова: врожденный эпюлис (опухоль Абрикосова), обтурация верхних дыхательных путей, назотрахеальная интубация, хирургическое лечение.

Слепов О.К.¹, Hordiienko I. Yu.¹, Korotchenko H. M.², Karavanov D. V.², Serhiienko A. V.³, Ponomarenko O. P.¹, Mihur M. Yu.¹, Kurinnyi S. I.¹

¹State Institution «Institute of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology of National Academy of Medical Sciences of Ukraine», Kyiv, Ukraine

²Children's Clinical Hospital № 7, Kyiv, Ukraine

³Kyiv Municipal Clinical Hospital № 17, Kyiv, Ukraine

STRATEGY OF PROVIDING SPECIALIZED SURGICAL CARE TO A NEWBORN WITH CONGENITAL ORAL CAVITY TUMOR COMPLICATED BY UPPER AIRWAY OBSTRUCTION

Summary. The article presents a clinical case of successful surgical treatment of a newborn with congenital oral cavity tumor (Abrikosov's tumor) complicated by upper airway obstruction. Congenital malformation was diagnosed prenatally, and there was developed a strategy of providing specialized care for a child in

the first seconds of life. Surgical treatment was performed in the first minutes of life. Suggested treatment strategy appeared to be effective and made it possible to save the life of a child.

Key words: congenital epulis (Abrikosov's tumor), upper airway obstruction, nasotracheal intubation, surgical treatment.