

Реферати

**ОСТЕОАРТРОЗ У ПАЦІЕНТОВ С РАЗЛИЧНИМИ
ВАРИАНТАМИ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА РЕЦЕПТОРА
ВИТАМИНА D**

Терешкин К. И.

По результатам углубленного клинического обследования 96 пациентов было выяснено, что преобладали больные с гомозиготным генотипом BB, частота которых выявлена достоверно более высокой, чем гомозигот с генотипом bb и генотипом Bb (соответственно $(45,8 \pm 5,1)\%$, $(19,8 \pm 4,1)\%$ и $(34,4 \pm 4,8)\%$, $p < 0,05$). Отсутствие нарушений СФС КТ зарегистрировано у $(37,5 \pm 4,9)\%$ обследованных с ОА, включая 27,2% гомозигот BB, 68,4% гомозигот bb и 30,3% гетерозигот, а наличие в генотипе аллели В увеличивает относительный риск формирования более выразительно поражения суставного хряща. Обобщенный анализ показателя тяжести остеоартроза (W,%) и его составляющих у пациентов с различными вариантами полиморфизма гена VDR обнаружил достоверно более высокий уровень проявлений боли среди гомозигот по второй аллели, по сравнению с гомозиготами по первой аллели (соответственно $(52,3 \pm 4,3)\%$ и $(39,7 \pm 2,9)\%$, $p < 0,05$), а также проявлений скованности (соответственно $(57,1 \pm 4,6)\%$ и $(36,2 \pm 3,7)\%$, $p < 0,05$). У гомозигот по второй аллели также диагностированы достоверно более выразительные ограничения повседневной активности (соответственно $(54,2 \pm 4,4)\%$ и $(44,3 \pm 4,3)\%$, $p < 0,05$). Пациенты с критически чрезмерной МТ в наибольшей степени (более 45,0%) были представлены гомозиготами по второй аллели; гомозиготы по второй аллели также достоверно преобладали и среди лиц с ОЖ I в. (Соответственно $(15,6 \pm 3,7)\%$ и $(16,7 \pm 3,8)\%$). Общие закономерности содержания гормона апелина в сыворотке крови у больных ОА в зависимости от индекса МТ и варианта полиморфизма гена VDR характеризуются тем, что в случае гомозиготности bb, при нарастании массы тела, содержание апелина растет, тогда как при гомозиготности по BB при росте ИМТ – высокий уровень содержания апелина не изменяется. Взаимосвязь между полиморфизмом гена VDR и стадией ОА характеризовался преобладанием у гомозиготных по аллели BB и гетерозиготных пациентов более тяжелых рентгенологических проявлений поражения суставного хряща.

Ключевые слова: полиморфизм гена рецептора витамина D, остеоартроз, ожирение, апелин.

Статья надійшла 5.06.2016 р.

**OSTEOARTHRITIS IN PATIENTS WITH
DIFFERENT TYPES POLYMORPHISM RECEPTOR
GENE VITAMIN D**

Tereshkin K. I.

As a result of in-depth clinical examination of 96 patients it was found that prevailed patients with homozygous genotype BB, the frequency of which found significantly higher than the homozygous genotype and genotype bb Bb (respectively $(45,8 \pm 5,1)\%$, $(19,8 \pm 4,1)\%$ and $(34,4 \pm 4,8)\%$, $p < 0,05$). The absence of violations reported in the SPS CT $(37,5 \pm 4,9)\%$ examinees with OA, including 27.2% homozygotes BB, 68.4% - bb homozygotes and heterozygotes 30.3%, and the presence of the allele in the genotype increases in the relative risk of a more expressive destruction of articular cartilage. Generalized analysis indicator osteoarthritis gravity (W,%) and its components from patients with different types of polymorphism of VDR gene found significantly higher levels of manifestations of pain among homozygous second allele compared with homozygous for the first allele (respectively, $(52,3 \pm 4,3)\%$ and $(39,7 \pm 2,9)\%$, $p < 0,05$), as well as manifestations of constraint (respectively $(57,1 \pm 4,6)\%$ and $(36,2 \pm 3,7)\%$, $p < 0,05$). In homozygous for a second allele also diagnosed significantly more expressive limitations of daily activity (respectively $(54,2 \pm 4,4)\%$ and $(44,3 \pm 4,3)\%$, $p < 0,05$). Patients with critical excessive MTX most (more than 45.0%) were represented by a second allele homozygotes; homozygous for a second allele was also significantly predominated among those with OJ I in. (Accordingly, $(15,6 \pm 3,7)\%$ and $(16,7 \pm 3,8)\%$). General patterns of serum apelin hormone OA patients depending on the index of the MT and the variant polymorphism VDR gene characterized in that in the case of homozygosity bb, with an increase in body weight, apelin content increases, whereas homozygosity for BB with growth BMI - High apelin content level is not changed. The relationship between VDR gene polymorphism and stage OA was characterized by a predominance of homozygous alleles at BB and heterozygous patients more severe radiographic manifestations of articular cartilage lesions

Key words: gene polymorphism of the D vitamin receptor, osteoarthritis, obesity, apelin.

Рецензент Гунас І.В.

УДК [616.716+617.52-616.743]-053.4/5-006.2

Н. І. Ткаченко, С. О. Білокоць, І. І. Старченко, О. В. Гуржій, Н. П. Білокоць, А. О. Литвин
ВДНЗУ "Українська медична стоматологічна академія", м. Полтава

КІСТИ М'ЯКИХ ТКАНИН ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ ТА ШИЇ У ДІТЕЙ

Кісти м'яких тканин щелепно-лицевої ділянки у дітей в переважній більшості мають дизонтогенетичне походження, найчастіше клінічно себе проявляючи в перші роки життя або у підлітковому віці. Залежно від нозологічної форми, вони мають своєрідну клініко-морфологічну картину, тому потребують виваженого обстеження та комплексного лікування із залученням лікарів суміжних спеціальностей з метою попередження діагностичних помилок і рецидивів захворювання. Наведений матеріал може стати підґрунтям для подальших поглиблених науково-практичних досліджень по вивченню клініко-морфологічних особливостей різних видів кіст м'яких тканин щелепно-лицевої ділянки в залежності від ембріональних джерел їх розвитку.

Ключові слова: діти, кісти м'яких тканин, щелепно-лицева ділянка.

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).

На теперішній час загальноновизнано, що кісти м'яких тканин (КМТ) щелепно-лицевої ділянки (ЩЛД) є дизонтогенетичними утвореннями та, за статистичними даними, у дітей найчастіше виявляються у 4-7 років, хоча існує думка, що ця патологія переважно зустрічається у

10-14-річних пацієнтів і пов'язана із віковою гормональною перебудовою їх організму [1, 2, 3, 7, 9, 15, 16].

Метою роботи було співставлення результатів наукових досліджень стосовно клініко-морфологічних особливостей та принципів лікування кіст м'яких тканин щелепно-лицевої ділянки у дітей з особистими напрацюваннями.

Матеріал та методи дослідження. В ході дослідження нами проведено ретельний аналіз фундаментальних наукових праць і публікацій в періодичних виданнях стосовно зазначених питань. З метою визначення частоти та структури доброякісних новоутворень (ДН) ЩЛД у дітей співробітниками кафедри дитячої хірургічної стоматології з пропедевтикою хірургічної стоматології Української медичної стоматологічної академії детально проаналізовано 2782 історії стаціонарних хворих, пролікованих у хірургічному відділенні дитячої міської клінічної лікарні м.Полтави за 10-річний період [17]. Клінічний розділ роботи стосується 67 дітей із кістами м'яких тканин ЩЛД, які знаходились на лікуванні в клініці протягом 2005-2015 років. В структурі КМТ ЩЛД 23 (34,3%) склали серединні кісти шиї (СКШ), 21 (31,3%) – бокові кісти шиї (БКШ), 15 (22,4%) – дермоїдні кісти (ДК) та 8 (12,0%) – епідермоїдні кісти (ЕК). Вік пацієнтів коливався від 4 до 15 років, при цьому дівчаток було 38 (56,7%), а хлопчиків – 29 (43,3%). Для встановлення клінічного діагнозу використовувалися загальноклінічні і додаткові методи обстеження, зокрема діагностична пункція, за наявності нориці – фістулографія в прямій та боковій проєкціях, ультразвукове дослідження. Мікроскопічну будову КМТ ЩЛД вивчено співробітниками кафедри патологічної анатомії з секційним курсом на препаратах, виготовлених з післяопераційного матеріалу за загальноприйнятими методиками [6].

Результати дослідження та їх обговорення. Згідно архівних даних, діти (частіше дівчатка – 55,4%) з ДН м'яких тканин ЩЛД склали 7,4% від загальної кількості пацієнтів за зазначений період. В раніше опублікованих нами роботах ми навели власні результати проведеного морфологічного дослідження на епоксидних шліфах, виготовлених за власними методиками, структури язика у 5 ембріонів людини на 18-20 тижнях гестації і описали 10 макропрепаратів язика людини зазначеного періоду ембріогенезу, отриманих після штучного переривання вагітності за соціальними показаннями, щоб вивчити морфологічні особливості та терміни облітерації щито-язичної і зобно-глоткової проток як можливих джерел виникнення кіст шиї [8, 12, 13, 14]. Крім того, в наших попередніх наукових роботах досить ретельно описані і клініко-морфологічні особливості серединних кіст шиї у дітей [11, 12, 13], зважаючи на що в даній статті ми не будемо знову зупинятись на викладеному раніше матеріалі.

Бокові кісти шиї, за літературними даними, розвиваються із залишків зобно-глоткової протоки або походять з другої зябрової щілини, а вкрай рідко (2% всіх аномалій зябрового апарату) зустрічаються кісти четвертої бронхіальної щілини [2, 3, 15]. Згідно даних П.І.Ткаченко та Я.П.Шешукової (2013), БКШ складають 3% в структурі всіх ДН м'яких тканин обличчя і шиї (МТОШ) у дітей, найчастіше зустрічаючись у пацієнтів ясельної (1-3 роки) вікової групи (66,6%), попри те, що інші дослідники здебільшого спостерігали таку патологію у підлітків чи молодих людей до 30 років [1, 7, 9]. В наших спостереженнях БКШ завжди були односторонніми, але, за літературними даними, у 2% випадків можлива їх двостороння локалізація [5].

Бокова кіста шиї має досить складну топографо-анатомічну локалізацію, починаючись від місця розташування грушоподібного синуса, прямує далі із глотки вище гортанного нерва та щитоподібного хряща і спускаючись вниз латеральніше трахеї та зворотнього нерва в грудну клітину. Огинувши дугу аорти, утворення піднімається на шию позаду загальної сонної артерії, а перед повторним спуском огинає під'язичний нерв, локалізуючись попереду кивального м'яза [4].

Однак науковці зазначають, що повний варіант аномалії є казуїстично рідким: в типових випадках задній відділ БКШ знаходиться під кивальним м'язом, а верхня частина – під шило-під'язичним і заднім черевцем двохчеревцевого м'язів. Медіально кіста прилягає до внутрішньої яремної вени на рівні біфуркації загальної сонної артерії [5, 4]. Отже, локалізація БКШ у верхніх відділах шиї на рівні кута нижньої щелепи попереду кивального м'яза є одним із класичних диференційно-діагностичних критеріїв.

В наших спостереженнях розвитку БКШ здебільшого передували травма, гострий катар дихальних шляхів або фізичне навантаження, а всі хворі та їхні батьки відмічали досить повільний ріст кіст. При об'єктивному обстеженні БКШ завжди мали вигляд безболісного, рухливого, щільно-еластичної консистенції круглого утворення з чіткими межами і гладкою поверхнею, шкіра над яким при неускладненому перебізі не змінена в кольорі (рис. 1).



Рис. 1. Загальний вигляд БКШ справа у дитини (б – на етапі планування оперативного втручання).

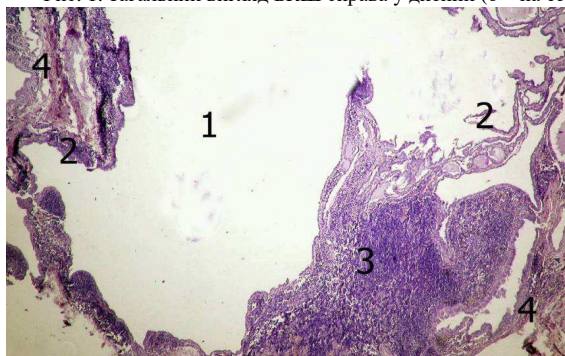


Рис. 2. Мікроскопічна будова бокової кісти ший. Забарвлення гематоксилін-еозином. Об. 4х, ок. 10х. 1 – порожнина кісти; 2 – епітеліальна вистилка; 3 – лімфоїдна інфільтрація; 4 – грубоволокниста сполучна тканина.

У 6 (28,6%) випадках БКШ запалювались, при цьому ущільнюючись, стаючи болісними та менш рухливими і супроводжуючись колатеральним набряком та гіперемією шкірних покривів. Пункцією БКШ зазвичай отримували сірувато-білу рідину з пластівцевими домішками, а при запаленні – гнійний ексудат, що потребувало розтину гнійника. Мікроскопічно стінка БКШ мала сполучнотканинну основу, вистелену багат шаровим плоским або високим одношаровим циліндричним епітелієм (рис. 2). Завжди в стінці зустрічалася лімфоїдна тканина, яка мала вигляд як хаотично розташованих

лімфоїдних елементів, так і сформованих фолікулів, а в поодиноких випадках визначалися й структури, що нагадували фолікули щитоподібної залози.

Дермоїдні кісти – утворення дизонтогенетичної природи, що зустрічаються там, де при формуванні ембріону відбувається злиття шкірних покривів та зростання ембріональних порожнин і щілин в результаті відщеплення частинок зародкової ектодерми й занурення їх у підлежачу тканину, тобто найчастіше це перенісся, зовнішній та внутрішній кути орбіти, надбрівна ділянка, порожнина рота [1, 2, 3, 7].

Згідно даних П.І.Ткаченко і Я.П.Шешукової (2013), що співпадає зі спостереженнями інших науковців, ДК складають 32,6% в структурі ДН МТОШ у дітей, найчастіше зустрічаючись у пацієнтів грудного (26,4%), дошкільного (23,5%) та молодшого шкільного (23,5%) віку.

При об'єктивному обстеженні ДК у всіх випадках мали вигляд безболісного, м'яко-еластичного, круглого, не спаяного з навколишніми тканинами утворення, шкіра або слизова оболонка над яким в кольорі не змінені (рис. 3). При локалізації в ділянці кореня носа або зовнішнього краю орбіти кіста інтимно поєднувалася з окістям.

Батьки пацієнтів визначали, що ріст ДК був досить повільним. При цьому зазначимо, що дермоїди порожнини рота росли в бік дна ротової порожнини або в бік ший, чи одночасно в обох напрямках, однак ніколи не розміщувалися нижче рівня під'язикової кістки. Лише у 1 випадку (4,8%) ДК запалювалася, що супроводжувалося приєднанням симптоматики гострого запального процесу. Мікроскопічно дермоїдні кісти мали сполучнотканинну стінку, вистелену багат шаровим плоским епітелієм, що зрговіває і за морфологічними ознаками є подібним до епідермісу шкіри. Зазвичай стінка кісти вміщувала придатки шкіри – волосяні фолікули та сальні й потові залози, через що в порожнині ДК постійно виявлялися сало, волосся, злущений епітелій і кристали холестерину (рис. 4). Епідермоїдні кісти також мають дизонтогенетичне походження, розвиваючись із епітелія, що відшнуровався та змістився в глибину тканин при змиканні зябрових дуг [9, 15, 16, 18]. В наших спостереженнях ЕК, повільно збільшуючись, зустрічалися лише в порожнині рота, найчастіше локалізуючись у передньому відділі під'язикової ділянки. Клінічно нагадуючи ДК, ЕК мали значно менші розміри, а вміст пунктату, на відміну від ДК, був представлений злущеними епітеліальними клітинами і кристалами холестерину.



Рис. 3. Загальний вигляд дермоїдних кіст у дітей в ділянці внутрішнього кута орбіти (а) та на кінчику язика (б).

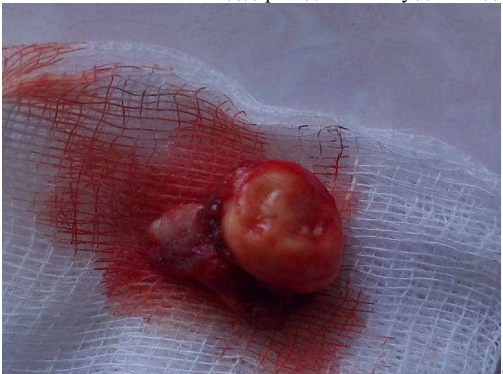


Рис. 4. Макропрепарат (а) та кашоподібний вміст (б) дермоїдної кісти

Мікроскопічні дослідження показали, що стінка ЕК мала сполучнотканинну капсулу, товщина якої була досить варіабельною залежно від розмірів утворення, термінів існування, наявності в анамнезі запалень, віку пацієнта та низки індивідуальних особливостей.



Рис. 5. Загальний вигляд рани після цистектомії з приводу бокової кісти шиї у дитини, представленої на Рис. 1

Внутрішня поверхня капсули була вистелена багатошаровим плоским епітелієм, за будовою подібним до епідермісу шкіри: спостерігалися всі шари, а в порожнині кісти визначалися рогові маси. Однак товщина епітеліальної вистилки зазвичай була значно меншою за товщину власне епідерміса шкіри через зменшення числа рядів мальпігійового шару і розмірів кожної окремої клітини. Всім пацієнтам із КМТ ЩЛД було проведено екстирпацію утворень. Не зупиняючись на раніше описаних особливостях лікування СКШ, зазначимо, що екстирпація БКШ мала деякі складнощі через тісний контакт їх оболонки із судинно-нервовим пучком шиї, зокрема яремною веною (рис. 5).

Висновок

Кісти м'яких тканин ЩЛД у дітей в переважній більшості мають дизонтогенетичне походження, зустрічаючись у всіх вікових періодах. Залежно від нозологічної форми, вони мають своєрідну клініко-морфологічну картину, потребуючи виваженого обстеження та комплексного лікування із залученням лікарів суміжних спеціальностей з метою попередження діагностичних помилок, рецидивів захворювання і обов'язковою верифікацією новоутворення.

Перспективи подальших досліджень. Наведений матеріал може стати підґрунтям для подальших поглиблених науково-практичних досліджень по вивченню клініко-морфологічних особливостей різних видів кіст м'яких тканин ЩЛД в залежності від ембріональних джерел їх розвитку.

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. Мухорамов // – 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. Ключихин А. Л. Кистозные образования шеи / А. Л. Ключихин, Г.И. Марков, А.Е. Кашманов [и др.] // Вестник оториноларингологии. – 2003. – №5. – С. 63-64.
5. Киселев А. С. Бранхиогенные кисты и свищи лица и шеи / А. С. Киселев, А. Р. Пажетнев // Российская оториноларингология. – 2007. – №5. – С. 91-95.
6. Меркулов А. Б. Курс патогистологической техники / А.Б. Меркулов // – Л.: Медицина, -1969. – 237 с.
7. Маланчук В. О. Доброякісні пухлини та пухлиноподібні ураження щелепно-лицевої ділянки та шиї / В.О. Маланчук, А.В. Кончак // – К.: Видавничий дім "Асканія", -2008. – 320 с.
8. Старченко І. І. Морфологічна характеристика щито-язикової і зобно-глоткової проток як можливих джерел розвитку кіст шиї / І.І. Старченко, П.І. Ткаченко, С.О. Білоконь / Global scientific unity 2014 // The european scientific and practical congress vol. 2. – Prague (Czech republic), - 2014. – С. 77-78.
9. Тимофеев А. А. Челюстно-лицевая хирургия / А.А.Тимофеев // – К., -2010. – 574 с.
10. Ткаченко П. І. Серединні кісти та нориці / П. І. Ткаченко, І. І. Старченко, С. О. Білоконь [та ін.] // – СтоматологИнфо. -2013. – № 12. – С. 47-50.
11. Ткаченко П. І. Кісти щелепно-лицевої ділянки (клініко-морфологічні аспекти) / П.І. Ткаченко, І.І. Старченко, С.О. Білоконь [та ін.] // – Полтава, -2013. – 103 с.
12. Ткаченко П. И. Источники развития, клинико-морфологическая характеристика и принципы лечения срединных кист шеи / П.И. Ткаченко, И.И. Старченко, С.А. Белоконов [и др.] // – Журнал Гродненского государственного медицинского университета. – 2014. – № 2 (46). – С. 61-66.
13. Ткаченко П. І. Про походження та морфологічні відмінності щито-язичної і зобно-глоткової проток як анатомічних утворень, що можуть стати джерелом розвитку кіст шиї / П.І. Ткаченко, І.І. Старченко, С.О. Білоконь // – Вісник проблем біології і медицини. – 2014. – Вип. 2. Т. 2 – С. 179-182.
14. Ткаченко П. І. Ембріологічні передумови виникнення кіст шиї / П. І. Ткаченко, І. І. Старченко, С. О. Білоконь [та ін.] // – Інновації в стоматології. – 2014. – № 3. – С. 177-178.
15. Харьков Л. В. Хирургическая стоматология детского века / Л. В. Харьков, Л. М. Яковенко, І. А. Чехова // – К.: Книга-плюс, -2003. – 480 с.
16. Черствой Е. Д. Опухоли и опухолеподобные процессы у детей / Е.Д. Черствой, Г.И. Кравцовой, А.В. Фурманчук // – Минск: Аскар, -2002. – 400 с.
17. Шешукова Я. П. Структура та частота доброякісних новоутворень м'яких тканин обличчя, щелепних кісток у дітей і дорослих / Я.П. Шешукова // – Український стоматологічний альманах. – 2013. – № 3. – С. 46-49.
18. Turetschek K. Case report: epidermoid cyst of the floor of the mouth: diagnostic imaging by sonography, computed tomography and magnetic resonance imaging / K. Turetschek, H. Hospodka, E. Steiner // Br. J. Radiol. – 1995. – Vol. 68, № 806. – P. 205-207.

Реферати**КИСТЫ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ И ШЕИ У ДЕТЕЙ**

Ткаченко П. И., Белоконов С. А., Старченко И. И., Гуржий Е. В., Белоконов Н. П., Литвин А. О.

Кисты мягких тканей челюстно-лицевой области у детей в подавляющем большинстве случаев имеют дизонтогенетическое происхождение, наиболее часто клинически себя проявляя в первые годы жизни или же в подростковом возрасте. В зависимости от нозологической формы, они имеют своеобразную клинико-морфологическую картину, требуя тщательного обследования и комплексного лечения с привлечением врачей смежных специальностей для предупреждения диагностических ошибок и рецидивов заболевания. Представленный материал может стать основанием для дальнейших углублённых научно-практических исследований по изучению клинико-морфологических особенностей различных видов кист мягких тканей челюстно-лицевой области в зависимости от эмбриональных источников их развития.

Ключевые слова: дети, кисты мягких тканей, челюстно-лицевая область.

Статья надійшла 16.05.2016 р.

SOFT TISSUE CYSTS IN CHILDREN'S MAXILLOFACIAL AREA AND NECK

Tkachenko P. I., Belokon S. A., Starchenko I. I., Gurzhiy E. V., Belokon N., Litvin A. O.

Microscopic studies have shown that the wall of epidermoid cysts had a small connective tissue capsule, the thickness of which was quite variable depending on the size of the formation, terms of existence, occurrence of inflammation in the medical history, the patient's age and a number of individual features. The internal surface of the capsule was lined with multilayer pavement epithelium, structurally resembling the epidermis of the skin: i.e., all the layers were observed, and in the cavity of the cysts keratinous masses were detected. However, the thickness of the epithelial lining was usually considerably less than the thickness of the original epidermis of the skin due to reducing of number of series of Malpighian layer and the sizes of each cell. All patients with soft tissue cysts in the maxillofacial area underwent extirpation of the formations.

Keywords: children, soft tissue cysts, maxillofacial area.

Рецензент Аветіков Д.С.