

ДО ПИТАННЯ ПРО ТАК ЗВАНІ «ГЛОБУЛОМАКСИЛЯРНІ КІСТИ»

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова (м. Вінниця)

dr_shuvalov@mail.ru

Дана робота є фрагментом НДР «Розробка методів комплексного лікування хворих з патологічними процесами щелепно-лищевої ділянки різної етіології з урахуванням індивідуальних особливостей», 2014-2018 р., № державної реєстрації 0114U00020.

Вступ. Кістозні утворення щелеп є доволі поширеною патологією у клініці щелепно-лищевої хірургії. Та незважаючи на частоту виявлення даної патології, питання етіопатогенезу та диференційної діагностики кіст щелеп, а інколи і правильності їх номенклатури, є дискусійними. Значну увагу привертають до себе фісуральні кісти, як особливі мальформації, тобто кісти локалізовані в місцях ембріональних щілин.

Якщо найбільш розповсюджені серед еволюційних кіст (кісти протоки різцевого каналу) є дискусійними лише з огляду на питання їх етіопатогенезу [3,4], то так звані «глобуломаксиллярні кісти» характеризуються дискусійністю номенклатури, тобто остаточно не вирішено питання про загальну назву кіст даної локалізації. Об'єкт дискусії є актуальним серед патологоанатомів, у той час як клініцисти залишаються осторонь даного питання.

Метою дослідження є удосконалення систематизації кіст в ділянці різцевої та верхньощелепної кісток.

Об'єкт і методи дослідження. В основу даного дослідження покладено аналіз зарубіжної та вітчизняної літератури та дані власних досліджень.

Вперше опис глобуломаксиллярних кіст було проведено Thoma у 1937 році. У 1958 р. Ferenerу була описана теорія про розвиток даних кіст на місці з'єднання різцевої кістки та верхньої щелепи [5].

За дослідженнями Меренкова В.Г. можна зробити припущення щодо розвитку кіст на лінії з'єднання латерального фрагменту різцевої кістки та верхньощелепної кісток, що є проявом еволюційної вади у ділянці сполучення кісток між латеральним різцем та іклом верхньої щелепи. На противагу теорії Ferener, Sicher та Kitamura (1976) описали кістозні утворення даної локалізації як кератокісти. Christ (1970) протягом півсторіччя (1920-1969) займався вивченням особливостей етіопатогенезу, клінічної картини та діагностики глобуломаксиллярних кіст. У результаті своїх досліджень автор зробив висновок, що безліч захворювань мають схожу клінічну та рентгенологічну картини із глобуломаксиллярними кістами (міксома, геморагічна кісткова кіста та ін.). Провівши ретроспективний аналіз 27 випадків діагностованої глобуломаксиллярної кісти, автор встановив, що клінічна та рентгеноло-

гічна картина захворювання лише трьох пацієнтів відповідала діагнозу. Після перегляду гістологічного дослідження встановлено, що у двох випадках гістологічна картина була притаманна для кератокіст, а у третьому випадку – для кісти одонтогенного походження. Результати досліджень наштовхнули автора на думку про сумнівність наявності такої патології як глобуломаксиллярна кіста, що було підтримано та підтверджено іншими вченими (Zegarelli, Mervyn Shear, 2007) [5].

Теорія одонтогенного генезу глобуломаксиллярних кіст знайшла підтримку у Wysocki (1981) [2], Vedtofte та Holmstrup (1989), які, до того ж, стверджували про відповідність діагнозу «глобуломаксиллярна кіста» із клінічною та рентгенологічною картою радикальних кіст, кератокіст та інших патологій даної локалізації.

Таким чином, у даній ділянці може виникати кілька видів кіст різної етіології та гістологічної структури. Сама по собі локалізація кіст у глобуломаксиллярній ділянці не може слугувати визначальним фактором у встановленні заключного діагнозу. Так, за даними рентгендіагностики навіть залишкові дефекти верхньої щелепи при розщілинах альвеолярного відростку можуть нагадувати «глобуломаксиллярну кісту» (рис. 1).

За даними вітчизняної літератури, глобуломаксиллярні кісти є неодонтогенними дизонтогенетичними кістами, що походять із епітеліальних залишків на лінії з'єднання між медіальним носовим та верхньощелепними відростками [1], але Mervyn Shear (2007) наполягає на безпідставності вста-



Рис. 1. Розщину твердого піднебіння.

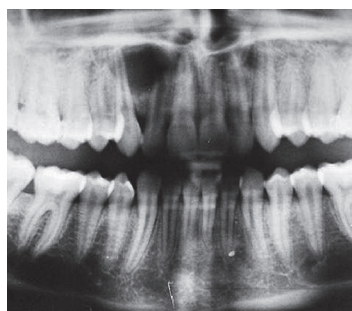


Рис. 2 А. Шаровидна форма.

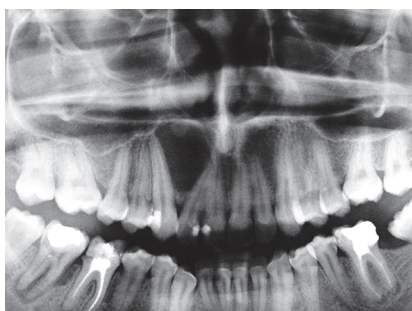


Рис. 2 В. Форма перевернутої груші.

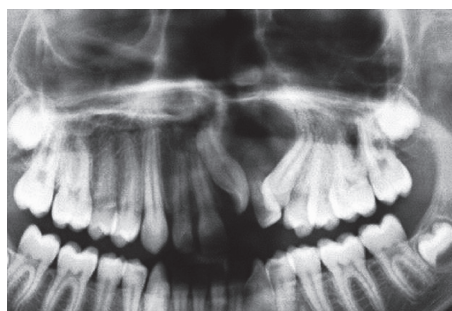


Рис. 2 С. У вигляді розщилини піднебіння.

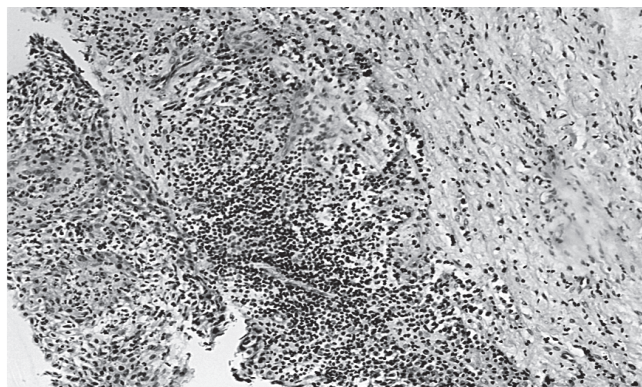
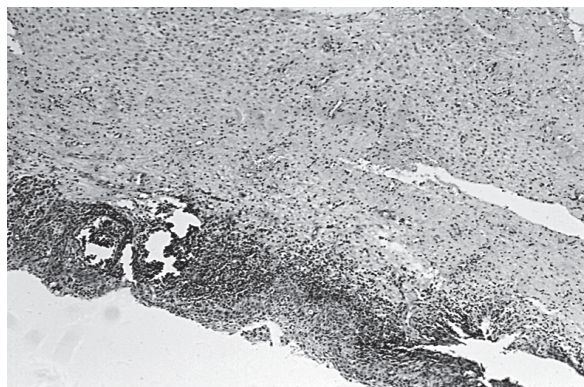


Рис. 3. Мікропрепарат-оболонка кістки глобуломаксиллярної ділянки.

новлення такого діагнозу як «глобуломаксиллярна кіста», заперечуючи існування даної нозологічної одиниці [5].

Патогенез даної патології можна пояснити наступною теорією: глобулярний та максиллярний відростки не зрощуються між собою, а ця ділянка заміщується зверху мезенхімою, і якщо ріст та тиск мезенхіми недостатній, то утворюються непротиснені ділянки-кісти.

Згідно даних рентгендіагностики, також можна встановити значну кількість варіацій форми кіст даної локалізації. Так нами виявлено, що шаровидна форма (рис. 2 А) зустрічається у 25% випадків, форма перевернутої груші (рис. 2 В) – у 62%, у вигляді внутрішньої розщилини верхньої щелепи (рис. 2 С) – у 13%.

Важливим етапом для встановлення остаточного діагнозу є гістологічне дослідження. На основі проведеної гістологічної діагностики встановлено, що у 80% кісти даної локалізації характеризуються наявністю стінки утвореної фіброзною тканиною, яка покрита багат шаровим плоским епітелієм з явищами поліморфноядерної лейкоцитарної інфільтрації та інтраепітеліальних мікроабсцесів (рис. 3).

У 20% випадків гістологічна картина патології відповідала іншим нозологічним одиницям (епідермальна, радикарна кіста, кератокіста.)

Проведені дослідження свідчать про те, що це група кіст даної ділянки (рис. 4), а не одна нозологічна одиниця.

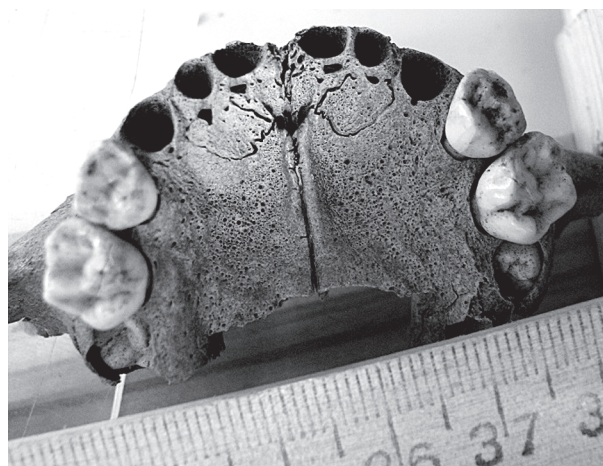


Рис. 4.

Фото верхньої щелепи дитини (за Меренковим В.Г., Романовим Н.А.)
Між латеральним фрагментом різцевої кістки та верхньощелепною кісткою можуть виникати різні кістозні утворення та пухлини, а саме:
1) одонтогенні кератокісти;
2) кальцифікуюча одонтогенна кіста;
3) адамантінома;
4) міксома;
5) епідермальна кіста.

У даному стику відростків можуть виникати різні патологічні порожнинні утворення, що у деяких випадках є проявом еволюційної патології. Тому ми пропонуємо називати їх «кісти різцево-іклової ділянки», «премаксиллярно-максиллярними кістами», чи «кістами глобуломаксиллярної ділянки».

Отже, альтернативним вирішенням даної дискусії є узагальнення кіст, що виникають у премаксиллярно-максиллярній ділянці у діагнозі «кісти глобуломаксиллярної ділянки».

Висновки

1. Рентгенологічно кісти глобуломаксиллярної ділянки доцільно поділити на 3 види за формою: шаровидна, форма перевернутої груші та у вигляді розщілини верхньої щелепи.

2. За гістологічною картиною кістозних та пухлинних утворень у даній ділянці можна виділити 5 нозологічних форм.

3. З метою уникнення дискусії про правильність номенклатури «глобуломаксиллярних кіст» доцільно їх об'єднати у групу кіст глобуломаксиллярної ділянки.

Перспективою подальших досліджень буде удосконалення систематизації кіст в ділянці різцевої та верхньощелепної кісток.

Література

1. Солнцев А.А. Кисты челюстно-лицевой области и шеи / А.А. Солнцев, В.С. Колесов. – К.: Здоров'я, 1982. – 140 с.
2. Daley T.D. Relative incidence of odontogenic tumors and oral and jaw cysts in a Canadian population / T.D. Daley, G.P. Wysocki, G.A. Pringle // Oral Surg. Oral Med. Oral Pathology. – 1994. – 77 (3). P. 276-280.
3. Hedin M. Surgical treatment of nasopalatine duct cysts: a followup study / M. Hedin, A. Klamfeldt, G. Persson // Int J Oral Surg. – 1978 – 7 (5). – P. 427-433.
4. Killey H.C. An analysis of 471 benign cystic lesions of the jaws / H.C. Killey, L.W. Kay // Int. Surg. – 1966. – 46 (6). P. 540-545.
5. Shear M. Cysts of the oral and maxillofacial regions / M. Shear, P. Speight. – Iowa: Blackwell Munksgaard, 2007. – 228 p.

УДК 616.31-006.2

ДО ПИТАННЯ ПРО ТАК ЗВАНІ «ГЛОБУЛОМАКСИЛЯРНІ КІСТИ»

Шувалов С. М., Попик Г. І.

Резюме. У статті наведені дані, що описують дискусійність питання етіопатогенезу та номенклатури кіст глобуломаксиллярної ділянки. Встановлено, що у даній ділянці виникає значна кількість різних кістозних та пухлинних утворень. Рентгенологічно кісти даної локалізації поділено на три групи за ознакою форми: шаровидна, у формі перевернутої груші, у вигляді розщілини. Згідно гістологічних досліджень кіст та пухлинних утворень можна виділити п'ять нозологічних форм, що виникають у премаксиллярно-максиллярній ділянці. На основі проведених досліджень та аналізу літератури запропоновано об'єднати кістозні утворення даної локалізації під назвою кісти глобуломаксиллярної ділянки.

Ключові слова: глобуломаксиллярна кіста, премаксиллярно-максиллярна ділянка.

УДК 616.31-006.2

К ВОПРОСУ О ТАК НАЗЫВАЕМЫХ «ГЛОБУЛОМАКСИЛЯРНЫХ КИСТАХ»

Шувалов С. М., Попик А. И.

Резюме. В статье приведены данные, описывающие дискуссионность вопроса этиопатогенеза и номенклатуры кист глобуломаксиллярной области. Установлено, что в данной области возникает значительное количество разных кистозных и опухолевых образований. Рентгенологически кисты данной локализации разделены на три группы за признаком формы: шаровидная, в форме перевернутой груши, в виде расщелины. При использовании гистологических исследований кист и опухолевых образований возможно выделить пять нозологических форм, что возникают в премаксиллярно-максиллярной области. На основе проведенных исследований и анализа литературы предложено объединить кистозные образования данной локализации под названием кисты глобуломаксиллярной области.

Ключевые слова: глобуломаксиллярная киста, премаксиллярно-максиллярная область.

UDC 616.31-006.2

TO THE QUESTION ABOUT SO-CALLED «GLOBULOMAXILLARY CYSTS»

Shuvalov S. M., Popyk H. I.

Abstract. Article presents data describing discussion of the question about pathogenesis and nomenclature of the cysts of globulomaxillary region.

Formation of jaw` cysts is quite common pathology in maxillo-facial surgery clinic. Despite the incidence of this disease, the question about pathogenesis and differential diagnosis of jaw` cysts and sometimes their nomenclature accuracy is controversial. Special attention is attracted to fissural cysts as special malformations, cysts that are located in areas of embryonic cracks.

«Globulomaxillary cysts» are characterized by availability of discussion about nomenclature, the issue of the common name of the cysts of this localization is not fully resolved.

First description about globulomaxillary cysts was written by Thoma in 1937. In 1958 Ferency described the theory of the development of these cysts at the junction of incisive and maxillary bones. According to the national literature, globulomaxillary cysts are non-odontogenic, dysontogenic cysts originating from epithelial remnants on the line connection between the medial nasal and maxillary processes, but Mervyn Shear (2007) insists on invalidity of such diagnosis as «globulomaxillary cyst» denying the existence of this nosology unit.

The pathogenesis of this disease can be explained by the following theory: globular and maxillary processes do not merge with each other, and this part is replaced by mesenchyme and if growth and pressure of mesenchyme is insufficient then will form not pushed sites-cysts.

According to X-ray, we can also reveal a large number of variations of the cysts` form. So we found that the circular shape occurs in 25% of cases, the shape of inverted pear – 62%, the form of cleft palate – 13%.

An important step to establish a definitive diagnosis is histological examination. On the basis of histological diagnosis was revealed that 80% of the cysts located in premaxilla-maxillary region are characterized by walls formed by fibrous tissue, which is covered by stratified squamous epithelium with symptoms of polymorphonuclear infiltration and intraepithelial microabscesses. In 20% of cases histological picture of cysts was consistent with other nosological units (epidermal, radicular cysts, keratocyst).

Our studies indicate that this is a group of cysts of the globulomaxillary region but not a nosological unit. In this junction of processes can form different pathological cavity formations, which in some cases is a manifestation of evolutionary pathology. Therefore, we propose to call them «cysts of globulomaxillary region».

Keywords: globulomaxillary cyst, premaxilla-maxillary region.

Рецензент – проф. Аветіков Д. С.

Стаття надійшла 20.03.2016 року