

УДК 618.33-089-07:[616.31-006-007.1+616-001.8]]-085

**Д.О. Говсєєв^{1,2}, В.В. Біла^{1,2}, Є.О. Руденко²,
В.П. Єфименко², М.В. Синиця^{1,2}**

Особливості надання спеціалізованої мультидисциплінарної допомоги новонародженому з вродженою пухлиною ротової порожнини та ризиком асфіксії, діагностованою пренатально, із застосуванням фетального втручання (клінічний випадок)

¹КНП «Перинатальний центр м. Києва», Україна²Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ, Україна

Ukrainian Journal of Perinatology and Pediatrics. 2025.3(103): 176-182. doi: 10.15574/PP.2025.3(103).176182

For citation: Govsiev DO, Bila VV, Rudenko EO, Iefymenko VP, Synytsia MV. (2025). Features of providingspecialized multidisciplinary care for a newborn with congenital oral tumor and risk of asphyxia diagnosed prenatally, using fetal intervention (clinical case). Ukrainian Journal of Perinatology and Pediatrics. 3(103): 176-182. doi: 10.15574/PP.2025.3(103).176182.

Вроджена зернистоклітинна пухлина, або вроджений епуліс (зернистоклітинна міобластома, пухлина Ноймана) - рідкісне доброякісне ураження м'яких тканин у новонароджених. Здебільшого таке ураження проявляється ізольовано, рідко може бути пов'язане з вродженою відсутністю зачатка зуба в ділянці його виникнення. Оскільки це утворення є вродженим, то воно пов'язане з перинатальними ускладненнями. Розмір ураження має вирішальне значення в плануванні розродження і подальшого лікування, оскільки великі за розміром пухлини ротової порожнини можуть спричинити обструкцію дихальних шляхів у новонародженого, а труднощі при інтубації призводять до тривалого кисневого голодування, а отже, до подальших несприятливих наслідків.

Мета – описати особливості пренатального діагностування, тактики ведення вагітної, хірургічного лікування і післяопераційного спостереження новонародженого з вродженою пухлиною ротової порожнини та ризиком асфіксії; підкреслити важливість скоординованої взаємодії фахівців різних напрямів у забезпеченні оптимального результату лікування.

Наведено **клінічний випадок** надання спеціалізованої мультидисциплінарної допомоги новонародженому з вродженою пухлиною ротової порожнини і ризиком асфіксії, діагностованою пренатально з використанням EXIT-процедури (Ex utero Intrapartum Treatment – внутрішньоутробне лікування плода під час пологів). Описано надання мультидисциплінарної допомоги новонародженому з пренатально діагностованою вродженою пухлиною ротової порожнини та ризиком асфіксії; підготовку до розродження, застосування EXIT-процедури: розродження шляхом кесаревого розтину при виведенні в рану голівки плода з негайною інтубацією новонародженого на пульсуючій пуповині; подальше транспортування до відділення хірургії новонароджених та оперативне втручання з видаленням цього утворення.

Висновки. Вчасне встановлення діагнозу і застосування мультидисциплінарного підходу є основою для вироблення пацієнторієнтованої тактики ведення дитини з вродженими вадами розвитку та запорукою сприятливого прогнозу для новонародженого. Наявність великої пухлини ротової порожнини з ризиком обструкції дихальних шляхів та асфіксії потребує ретельного планування пологорозршення з можливістю застосування EXIT-процедури з негайною інтубацією трахеї на працюючій пуповині для забезпечення мінімального ризику ураження новонародженого, зменшення ймовірних подальших ускладнень.

Дослідження виконано згідно з принципами Гельсінської декларації. На проведення досліджень отримано інформовану згоду батьків дитини.

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Ключові слова: пухлина Ноймана, вроджений епуліс, EXIT-процедура, мультидисциплінарна допомога.

Features of providingspecialized multidisciplinary care for a newborn with congenital oral tumor and risk of asphyxia diagnosed prenatally, using fetal intervention (clinical case)

D.O. Govsiev^{1,2}, V.V. Bila^{1,2}, E.O. Rudenko², V.P. Iefymenko², M.V. Synytsia^{1,2}

¹Kyiv Perinatal Center, Ukraine²Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine

Congenital granular cell phase or congenital epulis (granular cell myoblastoma, Neumann's end) is a rare benign soft tissue lesion in newborns. Most often, this lesion occurs in isolation, it may not be associated with the congenital absence of the tooth germ in the area of its eruption. It is associated with perinatal complications. The size of the lesions is crucial when planning delivery and subsequent treatment, larger advantages in terms of the size of the composition of the oral cavity can cause airway obstruction in the newborn, and difficulties with intubation contribute to prolonged oxygen starvation and, accordingly, be the cause of further adverse consequences.

Aim – to demonstrate the features of prenatal diagnosis, tactics of pregnant women's management, surgical treatment and postoperative observation of a newborn with a congenital position of the oral cavity and the risk of asphyxia, as well as to emphasize the importance of coordinated interaction of specialists in various areas in ensuring the optimal treatment outcome.

A **clinical case** of providing specialized multidisciplinary care to a newborn with a congenital clinical oral cavity and the risk of asphyxia, diagnosed prenatally using the EXIT (Ex utero Intrapartum Treatment) procedure, is presented. The provision of multidisciplinary care to a newborn with a prenatally diagnosed congenital complete oral cavity and the risk of asphyxia is demonstrated. Namely, preparation for delivery, the use of the EXIT procedure: delivery by cesarean section with the removal of the fetal head into the wound with repeated intubation of the newborn on a pulsating umbilical cord. Further transportation to the neonatal surgery department and surgical intervention with the removal of this formation.

Conclusions. Timely diagnosis and a multidisciplinary approach are the basis for developing patient-oriented tactics for managing a child with congenital malformations and are the key to a favorable prognosis for the newborn. The presence of a large oral tumor with the risk of airway obstruction and asphyxia requires careful planning of delivery with the possibility of using the EXIT procedure with immediate tracheal intubation on a working umbilical cord to ensure minimal risk of damage to the newborn, and accordingly to reduce possible further complications. The research was carried out in accordance with the principles of the Helsinki Declaration. The informed consent of the patient was obtained for conducting the studies.

No conflict of interests was declared by the authors.

Keywords: Neumann's tumor, congenital epulis, EXIT procedure, multidisciplinary care.

Вроджена зернистоклітинна пухлина, або вроджений епуліс (зернистоклітинна міобластома, пухлина Ноймана) – рідкісне доброякісне ураження м'яких тканин у новонароджених. Зазвичай ця патологія виникає зі слизової оболонки ясен або з верхньощелепного чи нижньощелепного альвеолярного відростка. Походження епулісу з верхньощелепного відростка трапляється втричі частіше, ніж із нижньощелепного [5]. Також у літературних джерелах описано, що ця патологія спостерігається частіше в осіб жіночої статі від 8 до 10 разів, можливо, у патогенезі відіграє роль гормональний компонент [10]. Пухлина в такому місці може перешкоджати диханню, спричиняючи обструкцію верхніх дихальних шляхів, або викликати проблеми з природним годуванням. Уперше її описав німецький лікар-патологоанатом Нойман у 1871 р. як пухлину червоного кольору з гладкою поверхнею, яка нагадувала поліп і походила з основи ясен нижньої щелепи в новонародженої дитини. Слід зазначити, що Нойман описав цю патологію за результатами патологоанатомічного дослідження [8,13,18,23]. З розвитком медицини і перинатального діагностування стали доступними додаткові методи діагностування, що допомагають вчасно визначити даний діагноз і надати якісну своєчасну допомогу новонародженому.

Етіологія і патогенез розвитку вищезазначеної пухлини не відомі. Вроджений епуліс є винятковим за рахунок свого походження з ясен новонародженого, більш складною судинною системою, розсіяним одонтогенним епітелієм і відсутністю інтерстиціальних клітин з ангулярними тілами [3]. Імуногістохімічно епуліс може включати епітеліальні та недиференційовані мезенхімальні клітини, перицити, фібробласти, гладкі м'язи, нервові клітини і міофібробласти [22,25].

Клінічно така пухлина може мати вигляд часточкової або овоїдної пухлини, вкритої гладкою слизовою поверхнею. Попередній діагноз

встановлюють пренатально за допомогою ультразвукового дослідження (УЗД), магнітно-резонансної томографії або виявляють випадково під час огляду новонародженого після народження. Попередній діагноз підтверджують гістологічно. Диференційне діагностування великого утворення в ротовій порожнині плода або новонародженого включає дермоїдну кісту, тератому, гемангіому, лімфатичні аномалії, меланотичні або пігментні нейроектодермальні пухлини, рабдоміосаркому [23].

Лікування полягає в якнайшвидшому хірургічному висіченні цього утворення. Повідомляють про можливу спонтанну регресію малих утворень. Після видалення не спостерігають рецидиву [9]. Залежно від розміру утворення та ускладнень, які воно спричиняє, можливе видалення як під місцевою інфільтраційною анестезією, так і під загальним знеболюванням зі штучною вентиляцією легень (ШВЛ) [15,21]. Пухлина ротової порожнини великих розмірів становить небезпеку обструкції дихальних шляхів і асфіксії одразу після народження. Правильне планування розродження із забезпеченням прохідності дихальних шляхів новонародженого до першого вдиху є критично важливим. Шляхом вирішення цієї проблеми є застосування EXIT-процедури (EX utero intrapartum treatment) [1]. За наявності епулісу великих розмірів, що перекриває дихальні шляхи, можливе видалення одразу після народження. Це дасть змогу уникнути проблем із диханням і годуванням дитини, однак великі утворення можуть призводити до неповного формування зубного ряду в майбутньому з необхідністю гінгіво-періостеоластики [14,17]. Внутрішньоутробне лікування плода може допомогти знизити рівні захворюваності й смертності, пов'язані зі складними дихальними шляхами, забезпечуючи додатковий час для матково-плацентарного кровообігу для забезпечення прохідності дихальних шляхів. Ретельна підготовка і планування мають вирішальне значення для цієї процедури.

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК

ри. Багато різних типів вроджених вад розвитку можуть призводити до ускладнення прохідності дихальних шляхів, але немає кореляції між конкретними вадами розвитку і необхідним типом втручання на дихальних шляхах [11].

Процедуру EXIT можна вважати безпечною, якщо її проводить кваліфікована багатопрофільна команда в спеціалізованих центрах. Незважаючи на ймовірні ризики, українською важливо враховувати складні аномалії плода. Ризики для матері та плода включають кровотечу, процедурні ускладнення і неонатальну смертність, що підкреслює необхідність ретельного відбору випадків та їх експертного виконання [2, 6].

Пренатальна візуалізація цього утворення дає змогу звузити диференційне діагностування, запланувати метод і термін розродження за можливості [2,19].

Мета дослідження – навести особливості перинатального діагностування, тактики ведення вагітної, хірургічного лікування і післяопераційного спостереження новонародженого з вродженою пухлиною ротової порожнини та ризиком асфіксії, а також підкреслити важливість скоординованої взаємодії фахівців різних напрямів у забезпеченні оптимального результату лікування.

Дослідження виконано згідно з принципами Гельсінської декларації. На проведення досліджень отримано інформовану згоду батьків дитини.

Клінічний випадок

Описано клінічний випадок надання мультидисциплінарної спеціалізованої допомоги новонародженому з вродженою пухлиною ротової

порожнини, діагностованою пренатально за допомогою УЗД.

Наявність вродженої вади розвитку ротової порожнини вперше діагностовано пренатально на УЗД у 38 тижнів гестації. Вагітну госпіталізовано до КНП «Перинатальний центр м. Києва», діагноз підтверджено і вироблено подальшу тактику ведення мультидисциплінарним консилиумом за участю акушерів-гінекологів, дитячих хірургів, неонатологів-реаніматологів, дитячих щелепно-лицевих хірургів.

З анамнезу відомо: *вагітна О.*, віком 31 рік, теперішня вагітність третя, самостійна, перша вагітність закінчилася фізіологічними пологамі в доношеному терміні у 2021 р., наступна вагітність завершилася самовільним викиднем у 2023 р. Соматичний і гінекологічний анамнез вагітної не обтяжений. Перебіг теперішньої вагітності обтяжений гострою респіраторною вірусною інфекцією (ГРВІ) у I і II триместрах. Проведено комбінований перинатальний скринінг I і II триместрів – вагітну віднесено до групи низького ризику щодо хромосомної патології в плода, а також щодо вроджених вад розвитку нервової трубки плода. У жіночій консультації жінку обстежено в повному обсязі відповідно до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 9 серпня 2022 року № 1437. У 30 тижнів гестації проведено УЗД: без особливостей. У 38–39 тижнів повторно виконано УЗД: утворення в ділянці носогубного трикутника 27×13 мм із гіперехогенним обідком, має підсилену васкуляризацію. *Медичний висновок:* вагітність 38–39 тижнів; без гемодинамічних змін; утворення в ділянці носогубного трикутника; вроджена вада розвитку обличчя? Епігнатус? (рис. 1).

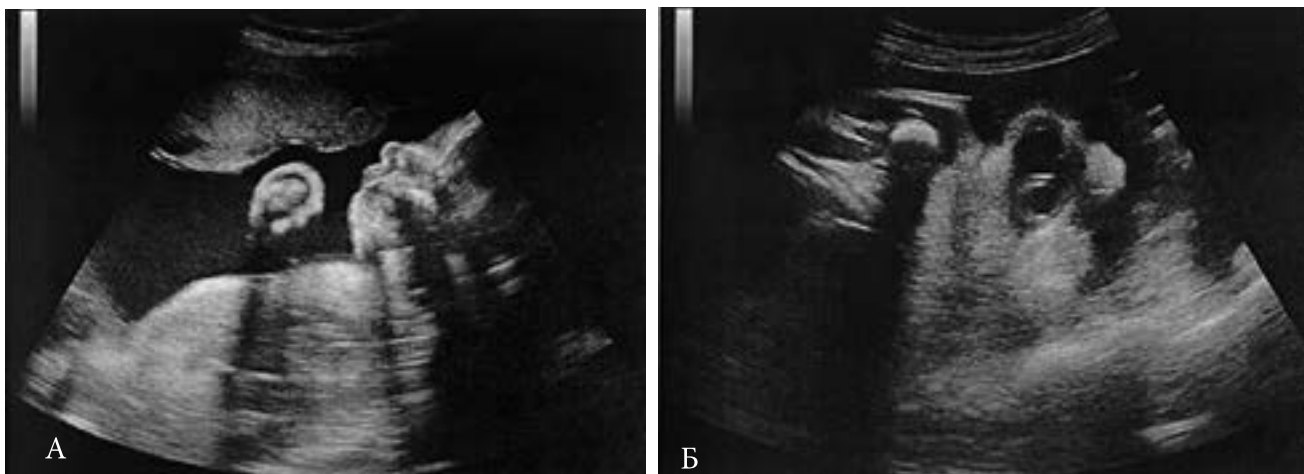


Рис 1. Ультразвукове дослідження: утворення в ділянці носогубного трикутника 27×13 мм із гіперехогенним обідком, має підсилену васкуляризацію (у прямому (А) і поперечному (Б) зрізах)

Вагітну скеровано до КНП «Перинатальний центр м. Києва» для дообстеження і визначення методу розродження й подальшого лікування новонародженого. Пацієнтку госпіталізовано і встановлено діагноз «Вагітність III. 39 тижнів 6 днів. Головне передлежання. Вроджена вада розвитку плода: епігнатус. Обтяжений перебіг вагітності: ГРВІ в I і II триместрах. Обтяжений гінекологічний анамнез: 1 самовільний викидень у 2023 р.».

Враховуючи наявність пухлини ротової порожнини великих розмірів та ймовірність обструкції верхніх дихальних шляхів, прийнято рішення на користь застосування ЕХІТ-процедури: розродження шляхом кесаревого розтину при виведенні в рану голівки плода з негайною інтубацією новонародженого на пульсуючій пуповині та готовністю хірургічної бригади до термінової трахеостомії в разі неможливості інтубації.

З метою знеболювання роділлі використано загальну аналгезію з міорелаксацією та штучною вентиляцією легень (ШВЛ). Такий вид знеболювання застосовано з метою максимального розслаблення матки, анестезії плода при проведенні ЕХІТ-процедури та запобігання передчасному відшаруванню плаценти, а отже, і перериванню кровообігу та оксигенації плода. Перед початком операції виконано УЗД для визначення розрізу на матці з метою уникнення ушкодження плаценти та підтримання фетального кровообігу під час процедури. Про-



Рис 2. Інтубація новонародженого при виведенні голівки плода з матки під час кесаревого розтину

ведено нижньо-серединну лапаротомію, корпоральний кесарів розтин із виведенням голівки в рану та негайною інтубацією новонародженого торакальним дитячим хірургом (рис. 2). Народилася жива доношена дівчинка масою тіла 2790 г, зростом 48 см, окружністю голови 31 см, окружністю грудної клітки 31 см, оцінкою за шкалою Апгар 6–7 балів.

Транспортування в транспортному кювезі з ШВЛ до відділення інтенсивної терапії новонароджених і дітей молодшого віку (рис. 3).

Надалі проведено адаптацію новонародженої та в плановому порядку виконано оперативне втручання – видалення пухлини альвеолярного відростка верхньої щелепи щелепно-лицевими хірургами при внутрішньо-



Рис 3. Переміщення новонародженого під час штучної вентиляції легень на столику з підігрівом для збереження теплового ланцюжка (А); транспортування новонародженого до відділення хірургії новонароджених у транспортному кювезі під час штучної вентиляції легень (Б)

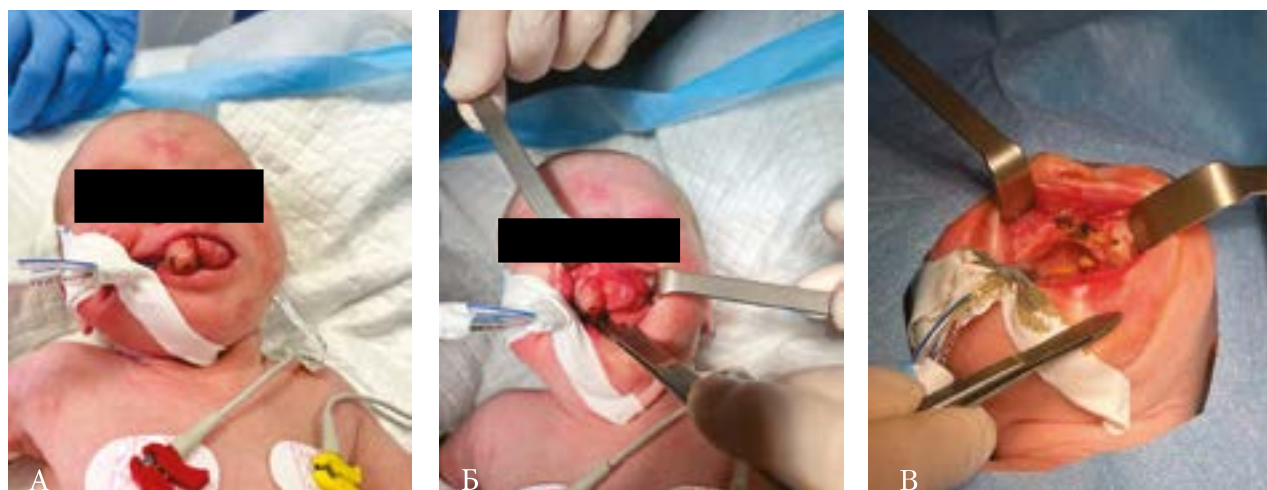


Рис 4. Хірургічний етап лікування вродженої вади розвитку плода – висічення епулісу з коагуляцією ранового ложа: А – загальний вигляд утворення до операції; Б – у ході операції висічення утворення; В – вигляд верхньої щелепи після видалення утворення

венній аналгезії і ШВЛ. Додатково застосовано місцеву інфільтративну аналгезію (рис. 4).

Пухлину відправлено на патогістологічне дослідження. Результат гістологічного дослідження: наявний матеріал являє собою вузол пухлини, що складається з пластів і гнізд великих полігональних та округлих клітин із добре візуалізованою клітинною мембраною, еозинофільною зернистою цитоплазмою і переважно ексцентрично розташованими ядрами від маленьких щільних до великих везикулярних із помітними ядерцями; пухлинний вузол вкритий атрофічним епітелієм без ознак псевдоєпітеліоматозної гіперплазії, з паракератозом та осередком десквамації з підепітеліальною

гранулоцитарною інфільтрацією. Встановлено діагноз «Вроджений епуліс новонародженого» (ICD-10: K06.8) (рис. 5).

Післяпологовий період породіллі – без особливостей. Післяопераційний період новонародженого – без ускладнень. Дитина розпочала грудне вигодовування вже на 2-гу добу після оперативного втручання. На 7-му добу після операції новонароджену виписали додому в задовільному стані.

Клінічний перебіг вродженого епулісу не зрозумілий, але в більшості випадків описаний як доброякісне утворення, що не росте після народження. З точки зору етіопатогенезу висунуті припущення, що до розвитку епу-

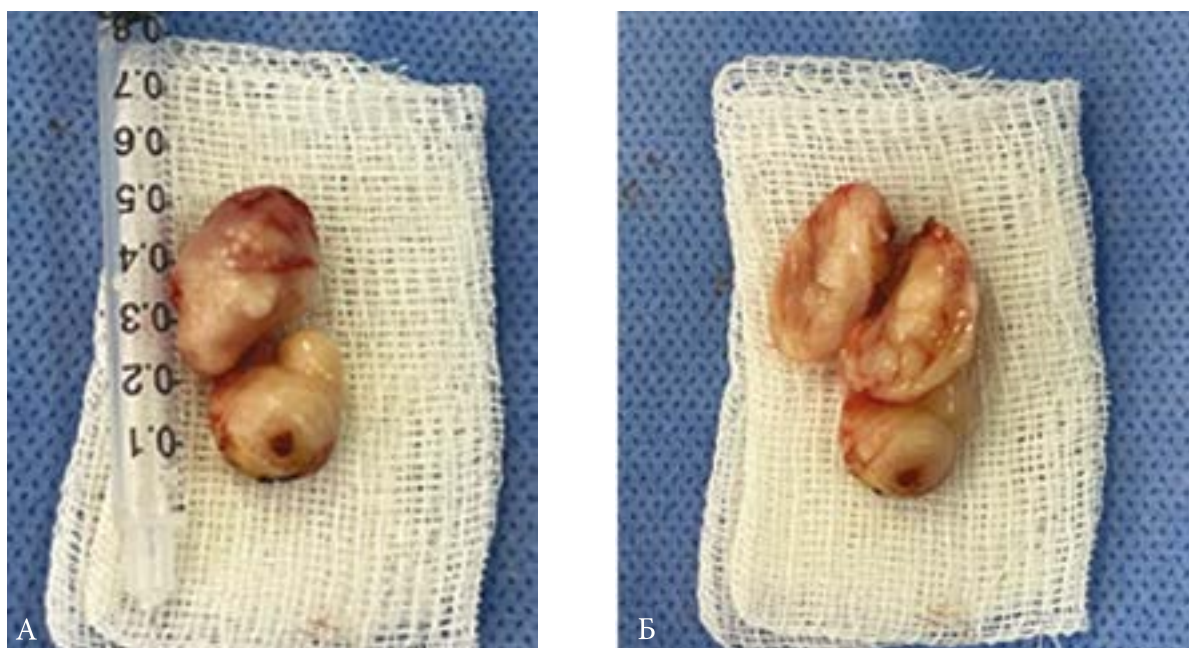


Рис 5. Макропрепарат видаленого епулісу: А – загальний вигляд; Б – на розрізі

лісу може призводити травма внаслідок смоктання пальця внутрішньоутробно, але доказів цьому мало. Сучасна теорія виникнення полягає в реактивному ураженні. Здебільшого епуліс проявляється ізольовано, однак може бути пов'язаний з іншими утвореннями (як наприклад, із нейрофіброматозом, поперечною лицевою щилиною), рідко – з відсутністю зачатка зуба в ділянці виникнення. Найпоширенішим пренатальним ускладненням, пов'язаним із вродженим епулісом, є утруднене ковтання навколоплідних вод, тоді як після народження це може бути пов'язане з гіпоплазією різців, гіпоплазією середньої частини обличчя, труднощами з годуванням та обструкцією дихання.

Нами наведено варіант надання допомоги мультидисциплінарною командою новонародженому з вродженою пухлиною ротової порожнини і ризиком асфіксії.

У літературі описано такі випадки як доволі рідкісні. Тактика ведення і спосіб надання допомоги залежать від розмірів утворення й можливих ризиків для новонародженого. А.М. Xavier та співавт. у 2022 р. описано надання допомоги новонародженій з одиночним екзофітним ураженням у верхньощелепному альвеолярному відростку у віці 35 днів після народження, гістологічно підтверджено діагноз вродженого зернистоклітинного епулісу [24].

А. Singh та співавт. (2022) описано випадок оперативного втручання з приводу вродженого епулісу за 5 годин після пологів [20].

Випадок множинного ураження новонародженого наведено J. Gan та співавт. (2022), особливістю було лікування такого ураження різними підходами в одного пацієнта, зокрема, видалення утворень із нижньої щелепи, які перешкоджали грудному вигодовуванню, і спостереження за утвореннями на верхній щелепі, що не мали клінічних симптомів. Авторами засвідчено спонтанну регресію епулісу за 6 місяців спостереження без ознак рецидиву [12].

У випадках великих розмірів утворення, як описано в наведеному нами клінічному випадку, оперативне лікування може мати ряд труднощів, а стабілізація стану новонародженого залежить від вчасності забезпечення прохідності дихальних шляхів. У таких випадках на допомогу приходить можливість інтубації новонародженого при збереженому фетальному кровообігу – EXIT-процедура. Метою та-

кої процедури є поліпшення здатності новонародженого до успішного переходу й адаптації до позаутробного життя, тим самим знижуючи рівні перинатальної захворюваності і смертності. Для проведення цієї процедури важливе значення має анестезіологічне забезпечення кесаревого розтину, зокрема, адекватне розслаблення матки, підтримання артеріального тиску матері та анестезія плода [4].

Постає питання, чи не має ця процедура перинатальних наслідків для породіллі.

М. Domínguez-Moreno та співавт. (2023) проведено дослідження, у якому не виявлено суттєвих відмінностей щодо материнських ускладнень у пацієнток, яким проведено EXIT-процедуру, порівняно зі звичайним плановим кесаревим розтином [7].

Найважливіше значення в тактиці ведення новонароджених із вродженими аномаліями полягає у вчасному встановленні діагнозу, зокрема, у перинатальному діагностуванні за допомогою сонографічної візуалізації або магнітно-резонансної томографії. Подальше лікування залежить від розмірів утворення і викликаних ним клінічних симптомів. Хоча вроджений епуліс вважають доброякісним утворенням зі здатністю до спонтанної регресії після пологів, однак він здатен призводити до утруднень дихання аж до повної обструкції дихальних шляхів, труднощів із вигодовуванням, із порушенням розвитку зубів і косметичного дефекту. Вчасне встановлення діагнозу і лікування підготовленою командою спеціалістів дає змогу звести ризики для новонародженого до мінімуму.

Висновки

Вчасне встановлення діагнозу і застосування мультидисциплінарного підходу є основою для вироблення пацієнторієнтованої тактики ведення дитини з вродженими вадами розвитку, а також запорукою сприятливого прогнозу для новонародженого. Наявність великої пухлини ротової порожнини з ризиком обструкції дихальних шляхів та асфіксії потребує ретельного планування пологорозрішення з можливістю застосування EXIT-процедури з негайною інтубацією трахеї на працюючій пуповині для забезпечення мінімального ризику ураження новонародженого, а отже, для зменшення ймовірних подальших ускладнень.

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

References/Література

1. Abraham RJ, Sau A, Maxwell D. (2010, Jan). A review of the EXIT (Ex utero Intrapartum Treatment) procedure. *J Obstet Gynaecol.* 30(1): 1-5. doi: 10.3109/01443610903281656.
2. Andrewartha K, Grivell RM. (2022, May 13). Perioperative pharmacological interventions for fetal immobilisation during fetal surgery and invasive procedures. *Cochrane Database Syst Rev.* 5(5): CD011068. doi: 10.1002/14651858.CD011068.pub2.
3. Bork M, Hoede N, Korting GW, Burgdorf WH, Young SK. (1996). *Diseases of the oral mucosa and the lips.* Philadelphia, PA: WB Saunders: 293.
4. Caldeira A, Pacheco J, Fernandes S, Lança F. (2020, Jan-Feb). The multidisciplinary challenge of anesthesia for ex utero intrapartum treatment: a case report. *Braz J Anesthesiol.* 70(1): 59-62. doi: 10.1016/j.bjan.2019.12.010.
5. Chami RG, Wang HS. (1986). Large congenital epulis of newborn. *J Pediatr Surg.* 21(11): 929-930. doi: 10.1016/s0022-3468(86)80091-4.
6. Diawtipsukon S, Moradokkasem W, Chansrinoyom N, Nuntnarumit P. (2025, May). Cesarean section with operation on placental support as an adapted EXIT procedure for fetal thyroid goiter: A case report and literature review. *Int J Gynaecol Obstet.* 169(2): 474-484. doi: 10.1002/ijgo.16060.
7. Domínguez-Moreno M, Chimenea Á, García-Díaz L, Antiñolo G. (2023, Dec 2). Maternal and obstetric outcomes after Ex-Utero Intrapartum Treatment (EXIT): a single center experience. *BMC Pregnancy Childbirth.* 23(1): 831. doi: 10.1186/s12884-023-06129-9.
8. Eghbalian F, Monsef A. (2009, Mar). Congenital epulis in the newborn, review of the literature and a case report. *J Pediatr Hematol Oncol.* 31(3): 198-199. doi: 10.1097/MPH.0b013e-31818ab2f7.
9. Eppley BL, Sadove AM, Campbell A. (1991). Obstructive congenital epulis in a newborn. *Ann Plast Surg.* 27: 152-155. doi: 10.1097/0000637-199108000-00010.
10. Fuhr AH, Krogh PH. (1972). Congenital epulis of the newborn: centennial review of the literature and a report of case. *J Oral Surg.* 30(1): 30-35.
11. Gaffuri M, Raffaelli G, Bullesos Garcia EE, Perugino G, Cassardo O, Persico N et al. (2025, Jul 17). The Ex-utero intrapartum treatment procedure: a narrative review. *Front Pediatr.* 13: 1601963. doi: 10.3389/fped.2025.1601963.
12. Gan J, Shi C, Liu S, Tian X, Wang X, Ma X, Gao P. (2021, May). Multiple congenital granular cell tumours of the maxilla and mandible: a rare case report and review of the literature. *Transl Pediatr.* 10(5): 1386-1392. doi: 10.21037/tp-21-32.
13. Guven S, Kaymakci A, Bugday MS, Yilmaz M. (2009, May). Congenital granular cell tumor. *J Craniofac Surg.* 20(3): 976-977. doi: 10.1097/SCS.0b013e3181a2e1e5.
14. Kumar P, Kim HH, Zahtz GD, Valderrama E, Steele AM. (2002). Obstructive congenital epulis: prenatal diagnosis and perinatal management. *Laryngoscope.* 112(11): 1935-1939. doi: 10.1097/00005537-200211000-00005.
15. Lapid O, Shaco-Levy R, Krieger Y, Kachko L, Sagi A. (2001, Feb). Congenital epulis. *Pediatrics.* 107(2): E22. doi: 10.1542/peds.107.2.e22. PMID: 11158496.
16. Mohammad S, Olutoye OA. (2020, Mar). Airway management for neonates requiring ex utero intrapartum treatment (EXIT). *Paediatr Anaesth.* 30(3): 248-256. doi: 10.1111/pan.13818.
17. Narasimhan K, Arneja JS, Rabah R. (2007). Treatment of congenital epulis (granular cell tumour) with excision and gingivoperiosteoplasty. *Can J Plast Surg.* 15(4): 215-218. doi: 10.1177/229255030701500411.
18. Neumann E, Elin Fall von. (1871). Congenital Epulis. *Arch Heilk.* (12): 189.
19. Roy S, Sinsky A, William B, Desilets V, Patenaude YG. (2003). Congenital epulis: prenatal imaging with MRI and ultrasound. *Pediatr. Radiol.* 33: 800-803.
20. Singh A, Ghosh S, Yadav AK, Panthee A. (2022, Mar 13). Congenital granular cell tumor: Report of a case with literature review and differential diagnosis. *Clin Case Rep.* 10(3): e05580. doi: 10.1002/ccr3.5580.
21. Taylor P, McGuire, Petrus PG. (2006). Congenital Epulis: A Surprise in the Neonate. *J Can Dent Assoc.* 72(8): 747-750.
22. Vered M, Dobriyan A, Buchner A. (2009). Congenital granular cell epulis presents an immunohistochemical profile that distinguishes it from the granular cell tumor of the adult. *Virchows Arch.* 454: 303-310. doi: 10.1007/s00428-009-0733-y.
23. Vinay KN, Anjulo LA, Nitin P, Neha KV, Dhara D. (2017, Mar). Neumann's Tumor: A Case Report. *Ethiop J Health Sci.* 27(2): 189-192. doi: 10.4314/ejhs.v27i2.11.
24. Xavier AM, Janardhanan M, Veeraraghavan R, Varma BR. (2022, Jan 4). Congenital granular cell epulis: a rare paediatric tumour of newborn. *BMJ Case Rep.* 15(1): e244326. doi: 10.1136/bcr-2021-244326.
25. Yuwanati M, Mhaske S, Mhaske A. (2015, Apr 1). Congenital granular cell tumor - a rare entity. *J Neonatal Surg.* 4(2): 17.

Відомості про авторів:

Говсєєв Дмитро Олександрович – д.мед.н., проф., зав. каф. акушерства та гінекології № 1 НМУ ім. О.О. Богомольця; директор КНП «Перинатальний центр м. Києва». Адреса: м. Київ, просп. Лобановського, 2; тел.: +38 (044) 270-31-74. <https://orcid.org/0000-0001-9669-0218>.

Біла Вікторія Володимирівна – к.мед.н., доц., зав. каф. акушерства, гінекології та неонатології ІПО НМУ ім. О.О. Богомольця; медичний директор КНП «Перинатальний центр м. Києва». Адреса: м. Київ, просп. Лобановського, 2; тел.: +38 (044) 270-31-74. <https://orcid.org/0000-0002-3139-2313>.

Руденко Євген Олегович – д.мед.н., проф., проф. каф. дитячої хірургії НМУ ім. О.О. Богомольця. Адреса: м. Київ, вул. Предславинська, 9. <https://orcid.org/0000-0002-7532-1517>.

Єфименко Владислав Петрович – к.мед.н., доц., зав. каф. хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії дитячого віку НМУ ім. О.О. Богомольця. Адреса: м. Київ, вул. Підвисоцького 46; тел.: +38 (044) 234-92-76. <https://orcid.org/0000-0001-9926-8901>.

Синиця Марія Володимирівна – ст. лаборант каф. акушерства та гінекології № 1 НМУ ім. О.О. Богомольця; лікар акушер-гінеколог КНП «Перинатальний центр м. Києва». Адреса: м. Київ, вул. Предславинська, 9. <https://orcid.org/0009-0003-2948-0909>.

Стаття надійшла до редакції 10.04.2025 р.; прийнята до друку 15.09.2025 р.