

ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ У ДЕТЕЙ: ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ

Ткаченко П.И., Белоконь С.А., Доган З., Белоконь Ю.С.

УМСА, Полтава, Украина

Среди 160 тыс. людей, у которых ежегодно в Украине первично диагностируются злокачественные опухоли, 1,1% составляют дети. При этом в доступной литературе, к сожалению, встречаются одиночные данные касательно первичного и метастатического поражения тканей челюстно-лицевой области (ЧЛО) у детей. Распознавание и лечение онкостоматологических заболеваний у них на ранних стадиях развития до настоящего времени представляют значительные трудности, обусловленные большей многоформностью клинических проявлений опухолей, возрастными особенностями, зависимостью диагностики злокачественных новообразований от динамики роста, локализации, местных и общих изменений. Поэтому, на наш взгляд, и количество врачебных ошибок в детской практике больше, чем у взрослых.

Данная проблема приобретает общемедицинское значение с учётом того, что из-за топографо-анатомических особенностей структур головы и шеи любая патология в ЧЛО вообще является предметом диагностики и лечения специалистов различных профилей.

Нами проведено собственное исследование по определению частоты встречаемости и особенностей клинических проявлений некоторых злокачественных опухолей ЧЛО у детей.

Согласно полученным данным, 96,6% больных направлялись в нашу клинику через 3-12 месяцев после появления первых признаков заболевания, причём в 100% случаев диагноз направляющего медицинского учреждения был ошибочным.

Наиболее часто злокачественные новообразования диагностировались в возрастной группе 12-15 лет (41,4%), а среди нозологических форм чаще всего встречался лимфогрануломатоз (27,6%) и метастатическое поражение лимфатических узлов шеи (17,2%). На этапах диагностики опухолевый процесс в 66,5% случаев выявлен пункцией, а в 89,7% случаях – эксцизионной биопсией. У 10,3% пациентов с подозрением на метастатическое поражение лимфатических узлов боковой поверхности шеи пункционно не удалось получить необходимых данных о клеточной атипии и диагноз был подтверждён после их экстирпации или непосредственного удаления самой опухоли. Информативность же компьютерной

и магнитно-резонансной томографии в плане выяснения наличия патологических изменений тканей составила 100%.

Несмотря на комплексное лечение, проводимое пациентам в специализированных отделениях, 34,5% больных детей умерло на протяжении первого года от дня установления клинического диагноза, хотя встречались случаи с 5-летней и более длительной выживаемостью.

Таким образом, в клинической практике всё чаще возникает необходимость в проведении комплекса современных дополнительных методов обследования у детей с неопластическими процессами, на сегодняшний день не всегда доступных для большинства практических учреждений здравоохранения нижнего уровня. При наименьшем подозрении на наличие проявлений злокачественного роста следует обязательно привлекать к консультативной помощи врачей смежных специальностей. При этом следует помнить, что у детей некоторые злокачественные опухоли имеют эмбриональное происхождение, являясь дисонтогенетическими, и клинически могут проявляться сразу же после рождения ребёнка.

МЕТОД НАПРАВЛЕНОЇ КОМПРЕСИЙНОЇ КІСТКОВОЇ ІНТЕГРАЦІЇ З ТЕНТОВОЮ ТИТАНОВОЮ МЕМБРАНОЮ

Передков К.Я.¹, Макієвський Б.А.², Алаббуд М.¹

¹ НМУ імені О.О. Богомольця; ² клініка лікаря Макієвського

Пропонується новий метод лікування дефектів та деформацій альвеолярних паростків щелеп, заснований на ідеї щодо імплантоподібних двоконтурних гвинтів для кріплення (мал. 1, 2, 8) проф. Самуеля Лі (США), який удосконалений нами в аспекті застосування з ними тентової титанової мембрани. Цей метод вперше зроблений у Європі та Україні у групі пацієнтів з гарним клінічним ефектом.

Метод полягає у використанні тонкої тентової титанової мембрани (мал. 4, 5, 6) на фіксуючих гвинтах з наповненням утвореного об'єму кістковопластичним матеріалом (мал. 3).



Мал. 1



Мал. 2



Мал. 3