



время эти ткани не являются дистопированными. Закладка железистого эпителия у человека происходит вместе с зубной пластинкой на протяжении первых трех месяцев эмбрионального развития, после чего происходит его инволюция. У ряда животных данный эпителий составляет основу ядовитых желез, связанных с зубами. И, по нашему мнению, в приведенных нами клинических случаях, клетки остаточного железистого эпителия могут служить основой для развития железисто-одонтогенных кист и аденокарцином челюстей.

Выводы.

1. В постнатальном периоде клетки остаточного железистого эпителия являются причиной развития железисто-одонтогенных кист, аденокистозных карцином и центральных мукоэпидермоидных карцином челюстей.
2. Диагностика сиало-одонтогенных новообразований, показания к объёму хирургического вмешательства и тактика лечения при выявлении злокачественных опухолей не разработаны, и нуждаются в дальнейшем изучении.

ЧАСТОТА, СТРУКТУРА И ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ЧЕЛЮСТНО- ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ У ДЕТЕЙ

П.И.Ткаченко, С.А.Белоконь, Л.В.Бура, Ю.С.Белоконь, И.С.Беляев
**ВГУЗ Украины “Украинская медицинская стоматологическая
академия”**

Невыразительность симптомов и “стёртость” клинических проявлений злокачественных новообразований на их начальных стадиях развития, несвоевременное обращение больных за помощью на фоне недостаточной информированности медицинских работников по этому разделу медицины и отсутствие у них онкологической настороженности приводят к тому, что значительная часть пациентов поступает на лечение с запущенными формами.

По статистическим данным, среди 160 тыс. людей, у которых ежегодно в Украине первично диагностируются злокачественные опухоли (ЗО), 1,1% составляют дети. При этом в доступной литературе, к сожалению, встречаются одиночные данные касательно первичного и метастатического поражения тканей ЧЛЮ у детей. Распознавание и лечение онкостоматологических заболеваний у них на ранних стадиях развития до настоящего времени представляют значительные трудности, обусловленные 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 ЧЛЮ вообще является предметом диагностики и лечения специалистов различных профилей (стоматологов, челюстно-лицевых хирургов, оториноларингологов, окулистов, дерматологов, невропатологов и др.).

Методы исследования. Нами проанализирована структура ЗО ЧЛЮ как первичного поражения, так и метастатического характера у 29 детей, находившихся под нашим наблюдением в клинике кафедры детской хирургической стоматологии за 15 лет. Возраст больных колебался от 2 месяцев до 15 лет. Для их обследования применяли общеклинические методы, компьютерную и магнитно-резонансную томографию. Во всех случаях по показаниям проводили пункционную и эксцизионную биопсию с последующей верификацией биоптатов.

Результаты исследования и их обсуждение. Согласно полученным данным, 28 (96,6%) из 29 больных были направлены в клинику через 3-12 месяцев после появления первых признаков заболевания и обращения за медицинской помощью, причём в 100% случаев диагноз направляющего



медичного закладу був помилковим, і встановлювали його в більшості випадків уже на III-IV стадіях розвитку захворювань.

В Таблиці 1 представлена вікова структура захворюваності дітей 30 ЧЛО, з якої видно, що найбільш часто злоякісні новоутворення діагностувалися в віковій групі 12-15 років (12 випадків (41,4%)).

Таблиця 1

Частота зустрічальності злоякісних новоутворень ЧЛО у дітей в залежності від віку

	Вікові групи				
	грудна (1 міс-1 рік)	ясельна (1-3 роки)	дошкільна (3-7 років)	младша шкільна (7-12 років)	старша шкільна (12-15 років)
Кількість спостережень	2 (6,9%)	2 (6,9%)	6 (20,7%)	7 (24,1%)	12 (41,4%)

Серед нозологічних форм злоякісних новоутворень частіше всього зустрічався лімфогрануломатоз (27,6%) і метастатичне ураження лімфатичних вузлів шиї (17,2%). Однаково часто (по 13,8%) діагностувалися злоякісний гістіоцитоз і лімфобластома. На рабдомиосаркому і саркому Юінга приходилося по 6,9%, а 13,8% випадків становили інші первинні або метастатичні ураження щелеп при локалізації лімфосаркоми в брюшній порожнині і аденокарциному піднижньощелепної слинної залози.

На етапах діагностики атипичні клітини в 66,5% випадків виявлені пункцією, а в 89,7% випадках морфологічна верифікація діагнозу здійснена після ексцизійної біопсії. У 10,3% пацієнтів з підозрою на метастатичне ураження лімфатичних вузлів бокової поверхні

шеї пункційно 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%.

К большому сожалению, не смотря 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.

Выводы. 1. Пик заболеваемости злокачественными новообразованиями ЧЛО у детей приходится на возраст 12-15 лет, чаще всего поражаются лимфатические узлы (как первично, так и метастатически). В клинической практике всё чаще возникает необходимость в проведении комплекса современных, более информативных дополнительных методов обследования у детей с неопластическими процессами, которые, к большому сожалению, на сегодняшний день остаются не всегда доступными для большинства практических учреждений здравоохранения нижнего уровня.

2. При наименьшем подозрении на наличие проявлений злокачественного роста следует более широко использовать забор биоптатов для предварительной верификации опухолей, обязательно привлекать к консультативной помощи врачей смежных специальностей, что позволяет принять наиболее рациональное решение в каждом конкретном случае.

3. Следует помнить, что у детей некоторые ЗО ЧЛО имеют эмбриональное происхождение, являясь дисонтогенетическими, и клинически могут проявляться сразу же после рождения ребёнка, особенно при локализации в области корня языка.