

в полость опухоли, удаляются. Костными кусачками удаляют наружную и внутреннюю костные стенки челюсти. Края костного дефекта заглаживают фрезой, затем на костную рану накладывают смоченный в растворе фенола марлевый тампон, который через 5–6 секунд удаляют и рану протирают тампоном со спиртом. Рану заполняют йодоформным тампоном, который впоследствии, по мере заполнения ее грануляционной тканью, постепенно удаляют. Учитывая возможность возникновения перелома нижней челюсти, перед операцией 4 пациентам накладывали двучелюстные шины с зацепными петлями и межчелюстной резиновой тягой.

Подтверждением успешного щадящего метода являются наблюдения отдаленных результатов.

Пациентка К., 23 года, диагноз: «Амелобластома ветви, угла и тела нижней челюсти справа». Сопутствующих заболеваний нет.

Пациентка Ш., 64 года, диагноз: «Амелобластома нижней челюсти слева в области угла, ветви с поражением суставного отростка». Сопутствующие заболевания: ИБС, гипертоническая болезнь II степени, легкая форма сахарного диабета.

Обе пациентки от предложенной радикальной операции – резекция половины челюсти с экзартикуляцией – категорически отказались. Обим проведено оперативное вмешательство – удаление опухоли с сохранением непрерывности нижней челюсти по методу Ю.М. Григорчука. Послеоперационный период протекал без особенностей. Отдаленный результат – через 5 лет у обеих пациенток положительный.

Из 15 пациентов, оперированных по методике Ю.М. Григорчука, только у одной пациентки через 2 года после операции развился рецидив амелобластомы.

Заключение. В лечении амелобластомы челюстей принцип радикализма остается незыблемым. Однако тяжелое и обширное хирургическое вмешательство не всегда и не всем может быть показано. При взвешенном и индивидуальном подходе к пациенту не следует в ряде наблюдений пренебрегать щадящим хирургическим методом.

### *ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ*

*Соколова Н.А., Волошина Л.И., Скикевич М.Г.*

*ВГУЗ «Украинская медицинская стоматологическая академия» кафедра  
хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии с*

Введение. В структуре общей онкологической заболеваемости злокачественные опухоли челюстно-лицевой локализации составляют 2,8%, и, несмотря на то, что они относятся к визуальным формам, выявляемость пациентов на ранних стадиях заболевания крайне неудовлетворительная, запущенные ситуации составляют, в среднем, 58% [2].

Челюстно-лицевая область относится к визуальным формам злокачественных опухолей, хорошо доступна для осмотра, как врачом, так и самим пациентом. Но симптомы опухолей бывают настолько слабо выраженные, что переход хронического воспаления или деструктивного процесса в злокачественный рост часто остается незамеченным ни самим пациентом, ни врачом – специалистом [1, 2].

Основным фактором, который обуславливает успех в лечении и благоприятном прогнозе при новообразованиях челюстно-лицевой области является ранняя диагностика, эффективная профилактическая, диспансерная работа, полное клинико-инструментальное обследование пациента на этапах обращения за медицинской помощью [1].

Цель работы – улучшение качества диагностики и лечения злокачественных опухолей челюстно-лицевой области на основании анализа их заболеваемости.

Объекты и методы. Основными источниками информации об онкологических пациентах были первичные медицинские документы Полтавского областного клинического диспансера о заболеваемости злокачественными новообразованиями, экстренные извещения на всех первичных онкологических пациентов, из которых были отобраны – со злокачественными опухолями челюстно-лицевой области. Все пациенты были распределены на группы по ряду критериев: локализация процесса, стадия заболевания; демографические показатели: место проживания, возрастные, половые. Заболеваемость злокачественными новообразованиями челюстно-лицевой локализации населения Полтавской области изучалась на основании анализа полученных нами интенсивных показателей на 100 тысяч мужского и женского населения. Был проведен анализ заболеваемости злокачественными новообразованиями соответствии с Международной классификацией болезней десятого пересмотра МКБ–10 (1998).

Результаты. Заболеваемость злокачественными новообразованиями челюстно-лицевой области за 2012 год и за 9 месяцев 2013 года состави-

ла 3,4% в структуре общей онкологической заболеваемости (в 2011 году – 2,5%).

Из общего числа пациентов мужчин было в 3,3 раза больше, чем женщин. Рак губы у мужчин встречался в 3,6 раза чаще, чем у женщин; рак языка – в 8 раз, рак слизистых оболочек полости рта – в 4 раза, слюнных желез – в 3,8 раз, верхней челюсти – в 1,7 раза, а рак нижней челюсти был у женщин в 4 раза больше, чем у мужчин.

Наибольшая заболеваемость наблюдалась при злокачественных новообразованиях слизистых оболочек полости рта, включая злокачественные опухоли слизистых оболочек щек, альвеолярных отростков, твердого и мягкого неба и дна полости рта, всего 38%. Пациентов со злокачественными опухолями языка выявлено 13,8%. Таким образом, всего пациентов со злокачественными опухолями слизистых оболочек и органов полости рта было 51,8%. На втором месте – рак губы – 26,2%, на третьем – рак больших слюнных желез – 14,6%, на четвертом – рак языка – 13,8%. Злокачественные новообразования челюстей занимают пятое место – 7,4%.

Выявление пациентов на ранних I–II стадиях составило 51%, (в 2011 году этот показатель был 58,6%). Число запущенных ситуаций – 49% (1). Наибольшее число запущенных ситуаций наблюдалось при злокачественных новообразованиях челюстей – 76%; языка – 62%; слизистых оболочек полости рта – 55,8%; слюнных желез – 39,4%.

Заключение. Таким образом, установлено, что заболеваемость злокачественными новообразованиями челюстно-лицевой области постоянно увеличивается; изменилась структура и ранговые места онкостоматологической заболеваемости: на первом месте рак слизистых оболочек полости рта, на втором месте – рак губы, на третьем – рак больших слюнных желез, на четвертом месте – рак языка. Злокачественные новообразования челюстей занимают пятое место.

Анализ причин поздней диагностики рака показывает, что она зависит, в основном, от: низкого уровня онкологической грамотности врачей – стоматологов; отсутствия или недостаточности у врачей онкологической настороженности; низкого уровня профилактической работы и некачественных профилактических осмотров населения; низкого уровня диспансеризации пациентов с предопухоловой патологией.

Все изложенное выше свидетельствует, что показатели заболеваемости и своевременной диагностики рака необходимо считать одним из основных критериев оценки деятельности стоматологической службы.

### *Литература.*

1. Соколова, Н.А. Аналіз захворюваності злоякісними новоутвореннями щелепно – лицевої ділянки населення Полтавської області за 2011 рік / Н.А. Соколова, Д.С. Аветіков // III з'їзд Української асоціації черепно - щелепно хірургів // Матеріали з'їзду. – Київ, 2013. – С. 131–134.
2. Соколова, Н.А. Роль стоматологічної служби в протидіагностичній боротьбі / Н.А. Соколова, Л.И. Волошина, М.Г. Скикевич // Актуальные вопросы стоматологии : сб. науч. тр., посвят. 95-летию со дня рождения профессора М.А. Мокиенко. – Самара : ООО «Офорт»; ГБОУ ВПО Сам ГМУ Минздрава России, 2013. – С. 208–213.

### *ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬШИХ И ГИГАНТСКИХ МЕЛАНОЦИТАРНЫХ НЕВУСОВ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ У ДЕТЕЙ*

*Степанова Ю.В., Усольцева А.С., Цыплакова М.С.*

*ФГБУ «Научно-исследовательский детский ортопедический институт им. Г.И. Турнера», клиника детской челюстно-лицевой хирургии,  
г. Санкт-Петербург, Российская Федерация*

Введение. Вопросы, которые возникают у врачей при лечении гигантских невусов, остаются нерешенными. Статистические данные показывают, что более чем у половины пациентов, обращающихся за медицинской помощью, пигментные невусы локализованы на коже лица. Невусы на лице могут быть значительной эстетической и функциональной проблемой. Наличие патологии на открытых участках лица нередко приводит к различным психологическим расстройствам, значительно снижая качество жизни пациентов. Анатомо-физиологические особенности челюстно-лицевой области создают ряд проблем при выборе хирургической тактики. Особые сложности возникают при локализации невусов вблизи жизненно-важных органов (в окологлазничной, приротовой и приносовой областях). Нет единой классификации и схемы лечения. Результаты лечения зависят от многих факторов, таких как локализация, распространенность патологического процесса, методов лечения и квалификации хирурга. Ошибки в выборе тактики хирургического лечения и их осложнения могут приводить к усугублению эстетических и функциональных нарушений.

Цель работы – выбор методов хирургического лечения в зависимости от клинической картины больших и гигантских невусов челюстно-лицевой области. Уточнить показания и сроки начала хирургического лечения. Оптимизировать тактику хирургического лечения в раннем детском возрасте.