

И. В. Фоменко, А. Л. Касаткина, Н. И. Лисина

Волгоградский государственный медицинский университет,
кафедра стоматологии детского возраста

ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ У ДЕТЕЙ, ИХ ПРОФИЛАКТИКА

УДК 616.31-018.73-006.314.03-053.2

Большое количество детей с доброкачественными опухолями челюстно-лицевой области у детей определяют актуальность этого исследования. Уделено внимание этиологии, особенностям клинического течения, лечения. Рассмотрены вопросы профилактики и ранней диагностики данной патологии у детей.

Ключевые слова: доброкачественные опухоли и опухолеподобные образования, дети, лечение, профилактика.

I. V. Fomenko, A. L. Kasatkina, N. I. Lisina

BENIGN TUMORS IN CHILDREN AND THEIR PREVENTION

A large number of children with benign tumors of the maxillofacial area determines the relevance of the study. Etiology, clinical presentations and treatment of such patients are considered in the paper. Issues of prevention and early diagnosis of this disease in children are discussed.

Key words: benign tumors, children, treatment, prevention.

Вопросы диагностики и выбора оптимального метода лечения опухолей у детей остаются актуальными в медицине. В группе больных с новообразованиями челюстно-лицевой области 25,5 % составляют дети.

Наиболее часто встречаются соединительно-тканые доброкачественные опухоли мягких тканей лица (сосудистые образования). Гемангиомы составляют от 45 до 62 % опухолей кожи и мягких тканей [3, 4]. В 78,8 % случаев локализуются в челюстно-лицевой области. Второе место по частоте обнаружения занимают новообразования костей лица. Среди новообразований тканей и органов рта преобладают новообразования эпителиальные (из покровного и зубообразовательного эпителия и эпителия слюнных желез), реже — соединительнотканые (из кровеносных сосудов), редко — нейрогенные опухоли. Доброкачественные опухоли встречаются чаще — 95 % случаев, значительно реже диагностируются злокачественные — в 5 % [1].

Многообразие вариантов развития, особенности клинической ситуации у детей обуславливают сложности диагностики, выбора тактики оптимального хирургического лечения пациентов с данной патологией.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Оценить вариабельность клинических проявлений и показания к использованию наиболее рационального метода лечения данной патологии у детей.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

Мы проанализировали структуру, особенности диагностики, течение, методы и результаты лечения отдельных нозологических форм опухолей и опухо-

левидных образований челюстно-лицевой области у детей, находящихся на амбулаторном лечении на базе Детской клинической стоматологической поликлиники № 2 и стационарном лечении в отделении челюстно-лицевой хирургии Клинической больницы № 1 Волгограда за период 2006—2011 гг.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

По данным нашего исследования, за период 2006—2011 гг. в отделении челюстно-лицевой хирургии было проведено лечение 2818 детей. Из них 237 (8,4 %) пациентов обследовано и пролечено по поводу доброкачественных опухолей и опухолевидных образований. Опухоли мягких тканей встречались в 82,7 % случаев, соответственно доброкачественные опухоли и опухолеподобные образования костей лицевого скелета наблюдались в 17,2 % случаев.

В условиях амбулаторно-поликлинической службы за указанный период проведено лечение 264 (2 %) пациентов с опухолями и опухолеподобными процессами

В клинике мы используем международную гистологическую классификацию Всемирной организации здравоохранения опухолей мягких тканей ротоглотки и слизистой полости рта.

Анализ данных позволил констатировать, что самая обширная группа — опухоли, исходящие из мягких тканей. В этой группе опухолей наиболее часто встречаются сосудистые опухоли. За указанный период было пролечено 100 детей. У большинства детей диагностирована капиллярная форма гемангиомы.

Лечение сосудистых опухолей во многих случаях представляет достаточно сложную задачу, так как часто они обладают инфильтративным ростом, могут прорасти в соседние органы, разрушая их.

Планирование лечения гемангиом требует индивидуального подхода к выбору способа, зависит от размеров опухоли, скорости роста, локализации процесса, возраста, общего состояния. Описано более 50 методов лечения данной патологии, оно может быть консервативным и хирургическим. Отмечена высокая эффективность криодеструкции при капиллярных формах гемангиом. Склерозирующую терапию целесообразно применять у детей при небольших кавернозных гемангиомах и венозных дисплазиях [2].

Плоскоклеточная папиллома относится к опухолям, развивающимся из многослойного плоского эпителия. В нашем исследовании — встречалась в 16,3 % случаев и занимала второе место, по частоте встречаемости, после сосудистых образований. Диагностика папилломы, как правило, не представляет сложности. Выбор места лечения пациента (стационар или поликлиника) обусловлен возрастом ребенка и планируемым методом обезболивания. Выполняется электрокоагуляция либо иссечение с ушиванием раны.

Из группы опухолей неясного и спорного генеза 2 ребенка было прооперировано по поводу врожденной миобластомы.

Среди опухолей костей за указанный период в условиях стационара на лечении находилось 5 детей: по поводу остеобластокластомы верхней челюсти 3 пациента и нижней челюсти 2 пациента. У 3 детей проведено лечение фиброзной дисплазии, одонтомы — у 4 пациентов.

Лечение по поводу радикулярных кист верхней и нижней челюсти проведено у 29 детей, находящихся на стационарном лечении. Радикулярные кисты от постоянных зубов наиболее часто локализовались в области центральных или боковых резцов, практически все дети отмечали в анамнезе травму. При выборе метода оперативного вмешательства учитывали локализацию, объем поражения, стадию процесса. В большинстве случаев проводились традиционные методики цистэктомия и цистотомия.

В условиях амбулаторно-поликлинической службы количество прооперированных детей по поводу одонтомы значительно выше 22 в год, а также большой процент пролеченных пациентов по по-

воду фолликулярной и радикулярной кисты — 25—30 детей в год.

Таким образом, следует сказать, что детская онкостоматология существенно отличается от онкологии взрослых.

Опухоли у детей имеют свои характерные особенности происхождения, морфологической структуры, клинических проявлений, лечения. В ряде случаев диагностика опухолей челюстно-лицевой области у детей проводится с большим опозданием, так как первые симптомы заболевания остаются незамеченными.

Независимо от того, к какому специалисту обратился ребенок (терапевт-стоматолог, ортодонт), его обследование должно быть тщательным, с целью поиска возможного проявления признаков новообразования. Активное внедрение в последние годы в клиническую практику ультразвукового исследования, компьютерной томографии, магнитно-лазерной томографии значительно расширили возможности диагностики. Важным является момент скорейшего направления ребенка в специализированное учреждение и отказ от периода «наблюдения», особенно про гемангиомах.

Неблагоприятные исходы зависят от неправильной и поздней диагностики, что объясняется слабой онкологической настороженностью детских стоматологов и педиатров, недостаточной изученностью большинства новообразований челюстно-лицевой области у детей.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, остается актуальным вопрос своевременности и правильности диагностики опухолей и опухолеподобных процессов у детей, а также выбора тактики оперативного вмешательства с целью уменьшения числа рецидивов и осложнений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Колесов А. А., Воробьев Ю. И., Каспарова Н. Н. Новообразования мягких тканей и костей лица у детей и подростков. — М.: Медицина, 1989. — С. 224—235.
2. Персин Л. С., Елизарова В. М., Дьякова С. В. Стоматология детского возраста. — М.: Медицина, 2006.
3. Рогинский В. В., Надточий А. Г., Григорян А. С. и др. // Стоматология. — 2011. — Т. 90, № 4. — С. 71—76.
4. Харьков Л. В., Яковенко Л. Н., Чехова И. Л. Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия детского возраста. — М., 2005.