

8,55±1,1) 12 — в 87,5% (РМА — 12,3±1,1), 13 — в 82,1% (РМА — 7,0±0,9), 14 — в 79,5% (РМА — 5,2±1,2) и 15 лет — в 62,4% (РМА — 5,8±0,6).

Наибольший процент гингивитов и их интенсивность отмечены нами у детей в 12-летнем возрасте. Различие в распространенности хронических гингивитов среди мальчиков и девочек составило 0,6% и было статистически недостоверным. Не выявлено статистически достоверной разницы и в их интенсивности у девочек и мальчиков: РМА у девочек был равен 6,7±0,7 у мальчиков — 6,6±0,6 (P>0,05).

Проведенное ранее обследование 912 детей и подростков (возраст — от 6 до 15 лет), страдавших различными хроническими соматическими заболеваниями и находившихся на лечении в стационарах, показало несколько большую распространенность патологии пародонта — 68,3% (P<0,05). Однако она была достаточно варибельной: при хроническом пиелонефрите — у 79,7% (209 чел.), при хронических заболеваниях желудочно-кишечного тракта — у 61,0% (112), при различных аллергических заболеваниях — у 44,9% (328), при инсулинзависимом сахарном диабете — у 86,2% (187), при сочетаниях соматических заболеваний — у 81,7% (76).

Различной была у них и интенсивность заболеваний пародонта. Начальные признаки поражений пародонта (кровоточивость при зондировании десневой бороздки у больных с хронической соматической патологией) выявлялись почти в 2 раза чаще, чем у здоровых детей. Глубина поражений пародонта также отличалась, особенно при сахарном диабете, — частота хронического пародонтита достигала 28,7% (P<0,01).

При обследовании школьников было установлено, что большинство детей посредственно или плохо ухаживают за полостью рта. По данным опроса, из 947 обследованных 224 человека чистят зубы регулярно, 608 — нерегулярно, совсем этим не занимаются — 115. Однако лишь у 24 школьников, чистивших зубы регулярно, значение индекса гигиены полости рта находилось в пределах ОНЖ-S = 1,0—2,0. Это свидетельствует о том, что данные опроса не отражают действительное состояние гигиены полости рта.

Проведенные нами исследования подтвердили широкое распространение хронических воспалительных заболеваний пародонта у детей школьного возраста.

УДК 616. 13 — 031. 63 — 002. 2 — 07. 035. 7 : 616. 36—006. 04—033. 2

Н.Ю. Савушкина, Т.А. Фатыхова (Казань). Случай ошибочной диагностики рака печени с метастазами у больной системным васкулитом

В группе злокачественных поражений печени по частоте встречаемости метастатическое поражение стоит на первом месте. Оно отличается выраженным разнообразием эхографической картины. Однако не всегда яркая картина очагового поражения соответствует истинному метастатическому поражению. Представленное наблюдение может служить примером такой ситуации.

Больная Г., 34 лет, поступила в отделение неврологии РКБ 01.10.1996 г. по поводу поперечно-реберного артроза на среднешейном и грудном отделах с типичными неврологическими жалобами на онемение левой половины головы и подмышечной области слева, шум в ушах, парестезии.

В плановом порядке больной сделано УЗИ брюшной полости: в проекции II сегмента печени обнаружено неоднородное гипозоногенное образование (диаметр — 23 мм), в проекции I сегмента — такое же образование (диаметр — 22 мм), в других сегментах — несколько подобных образований (максимальный диаметр — 20 мм).

Заключение: эхографические признаки множественных метастазов печени.

Лапароскопия от 24.10.1996 г. показала следующую картину. В брюшной полости жидкости нет. Видимая брюшина без изменений. Печень несколько увеличена. В левой доле печени имеются два видимых метастатических белесых очага размером 0,5 и 1,0 см. По краю IV сегмента расположен канцероматозный очаг с плотной белесой капсулой, впадением в центре и неровными краями; к нему подпаян сальник (размеры — приблизительно 3—4 см).

Заключение: первичный рак печени с метастазами.

Через дополнительный прокол произведены щипковая биопсия и цитология. Рекомендована консультация онколога для решения вопроса о возможности оперативного лечения.

Компьютерная томография от 29.10.1996 г.: в VII сегменте определяется объемное образование неоднородной структуры, плотностью 45 ед.Н с зонами пониженной плотности 26 ед.Н (зонами распада) неправильной формы с отчетливыми контурами (размеры — 49, 32, 30 мм). Контраст накапливается по периферии слабо — 57 ед.Н.

Подобный очаг с зонами распада меньших размеров определяется во II сегменте. Небольшие очаги — в IV и V сегментах. Желчный пузырь имеет вытянутую форму с перетяжкой в области шейки, содержимое негомогенное, стенки утолщены. Лимфоузлы ворот печени не увеличены.

Заключение: по данным РКТ, образование представляет первичный рак печени с метастазами. Необходимо дифференцировать со вторичными метастазами печени.

Гистологический анализ: участки некроза ткани печени с развитием склероза очагов лимфоидной инфильтрации; жировая дистрофия гепатоцитов.

Заключительный клинический диагноз: системный васкулит, активность I—II ст. с поражением печени, щитовидной железы (вторичный тиреоидит), двенадцатиперстной кишки (симптоматическая язва), астеноневротическое состояние.

На фоне гормональной терапии клинические симптомы значительно уменьшились. При повторном УЗИ печени в мае 1997 г. выявлены редкие очаговые изменения в паренхиме печени, в июле — паренхима печени была практически однородной.

В настоящее время больная находится на диспансерном наблюдении у терапевтов с обязательным повторным УЗИ-обследованием. Доза преднизолона снижена с 6 до 2 таблеток.

В дифференциальной диагностике метастатического рака печени особое внимание уделяется не только выявлению признаков локального изменения структуры и экзогенности паренхимы печени и их выраженности, но и получению убедительных данных в пользу того, что нарушение структуры паренхимы связано с солидным или кистозно-солидным злокачественным поражением печени. Кроме того, необходимо дифференцировать выявленные изменения и эхографическую картину при некоторых доброкачественных очаговых и диффузных поражениях печени, как в описанном нами случае.