

роких трансплантатов промежуточной толщины, уложенных в поперечном направлении по отношению к оси туловища вплотную друг к другу, что приводит к уменьшению потребности в корригирующих операциях у детей по мере их роста.

ЛИТЕРАТУРА

1. Евхаритская З. И., Баткин А. А.//В кн.: Ожоги.— М., 1986.

2. Казанцева Н. Д.//Особенности лечения ожогов у детей.— Л., Медицина, 1977.

3. Рудовский В., Назиловский В., Зиткевич В., Зинкевич К.//Теория и практика лечения ожогов.— М., Медицина, 1980.

4. Vaith S.//In.: Pathologie chirurgicale (Ed. I. C. Patel).— Paris: Masson Cie, 1971.

Поступила 09.07.87.

УДК 616—006.487—053.2—08—036.17

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ РЕТИНОБЛАСТОМ У ДЕТЕЙ

Л. В. Белецкая, Н. Х. Хасанова, Р. А. Шамсугдинова, Л. В. Аюпова,
М. Х. Хисматов

Кафедра глазных болезней (зав.— проф. Н. Х. Хасанова) Казанского ордена Трудового
Красного Знамени медицинского института имени С. В. Курашова

Ретинобластома — злокачественная опухоль сетчатки у детей младшего возраста. Обычно она развивается в первые два года жизни. У 25—30% больных опухоль поражает оба глаза [3]. В настоящее время доказана наследственная природа ретинобластом у 50—70% больных [2]. Опухоль быстро растет и имеет склонность к метастазированию. Метастазы в лимфатические узлы, кости черепа, мозг, ребра, грудину, позвоночник, реже во внутренние органы могут появиться уже в I или чаще во II стадии болезни [1].

Общепринято комплексное и комбинированное лечение ретинобластом. В зависимости от стадии процесса оно включает фотокоагуляцию, изотопотерапию, энуклеацию глазного яблока, экзентерацию орбиты, рентгено- и химиотерапию. Эффективность лечения ретинобластом и выживаемость детей зависят, по литературным данным, от характера поражения, стадии заболевания и объема лечения. За последние 20 лет в связи с улучшением диагностики и лечения летальность снизилась до 30—40% [3].

Нами изучены исходы лечения ретинобластом у детей спустя 3—10 лет после установления диагноза и лечения. С 1976 по 1986 г. в глазных отделениях больниц ТАССР по поводу ретинобластомы были лечены 29 детей (мальчиков — 17, девочек — 12). По возрасту дети распределялись следующим образом: до 6 месяцев было 3 ребенка, от 6 месяцев до одного года — 5, от одного года до 2 лет — 9, от 2 до 3 — 7, от 3 до 4 — 4, 6 лет — один. У 20 (69,0%) детей процесс был односторонним, у 9 (31,0%) — двусторонним.

При обращении к врачам родители жаловались на свечение зрачка у детей (69%), косоглазие (17,2%), серый зрачок (13,8%). При офтальмоскопии впервые обследованных маленькие очаги беловато-серого цвета

были обнаружены у 8 (27,6%), большие очаги с проминенцией и выраженными новообразованными сосудами — у 21 (72,4%). У 13 (44,8%) больных отмечалось повышение внутриглазного давления, у одного (3,4%) — понижение; у остальных оно было в пределах нормы. У 8 (27,6%) больных наблюдалась инъекция сосудов глазного яблока. Из 12 детей, у которых можно было проверить зрение, слепота была у 8, у остальных — остаточное зрение. В 2 случаях из 29 ретинобластомы встречались у родственников больного.

Эхографическое исследование выявило «плюс-ткань» во всех случаях. Отдаленные исходы лечения ретинобластомы были прослежены у 24 детей. Из 15 больных с односторонней ретинобластомой живыми остались 10 (66,7%) детей, у 8 из них клинически и гистологически была установлена I стадия опухоли. Лечение их заключалось в энуклеации пораженного глаза. Жив был также один ребенок после комбинированного лечения, состоявшего из экзентерации орбиты, рентгено- и химиотерапии. У него была выявлена опухоль II стадии, при гистологическом исследовании энуклеированного глаза обнаружено прорастание опухоли в зрительный нерв. Умерли 5 (33,3%) больных с односторонней ретинобластомой (у 4 была III стадия, у одного первоначально была диагностирована II стадия опухоли без прорастания в зрительный нерв, через 8 месяцев после энуклеации возник рецидив опухоли). Из 5 детей полный курс лечения (экзентерацию орбиты, химио- и рентгенотерапию) прошел один ребенок. Родители остальных детей от продолжения лечения после энуклеации отказались. Двое детей умерли, несмотря на проведение комплексного лечения. Из 9 детей с двусторонней ретинобластомой живым остался один.

Приводим следующие два наблюдения. У больной С. в 1977 г. в возрасте 2,5 лет была обнаружена ретинобластома III стадии с прорастанием в зрительный нерв на правом глазу и ретинобластома I стадии (очаг $= \frac{2}{3}$ диска зрительного нерва) — на левом. Произведены экзентерация правой орбиты, рентгенолучение левого глаза и химиотерапия. В возрасте 3,5 лет сделана экстракция лучевой катаракты. В 1986 г. мальчику было 9 лет, учится в школе слабовидящих. При объективном осмотре: на правом глазу — эктопротез, острота зрения левого глаза с афакической коррекцией 0,1. Периодически обостряется лучевой кератит.

У больной М. в 1981 г. в 10-месячном возрасте была диагностирована ретинобластома правого глаза I стадии. Произведена энуклеация. Гистологически прорастание опухоли в зрительный нерв не установлено. Через 14 месяцев возник рецидив опухоли правого глаза, а в левом был обнаружен очаг опухоли, равный $\frac{1}{3}$ диска зрительного нерва. От экзентерации правой орбиты, рентгено- и химиотерапии ребенка мать отказалась. За 2 месяца рецидивирующая опухоль достигла размера головки

новорожденного, занимала область щеки, имела вид бугристого образования, злобно пахнущего, периодически сопровождалась обильным кровотечением. Общее состояние ребенка было удовлетворительным. В отделении реанимации опухоль вместе с веками, надкостницей из орбиты была удалена. Обнаружилось ее прорастание в гайморову и решетчатые пазухи носа. Через 2 недели опухоль вновь заполнила всю орбиту, достигнув прежней величины. Девочка умерла через 4 месяца.

Таким образом, своевременная диагностика и энуклеация глазного яблока при I стадии односторонней ретинобластомы сохраняет жизнь всем больным. При опухолях II и III стадии необходим полный курс лечения, в противном случае летальный исход неминуем.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дымыщ Л. А. // Основы офтальмологии детского возраста. — М., Медицина, 1970.
2. Мазина В. О., Глуховская С. С. // В кн.: Материалы I Всероссийского съезда офтальмологов. — М., 1963.
3. Пачес А. И., Бровкина А. Ф., Зиангирова Г. Г. // В кн.: Клиническая онкология органа зрения. — М., Медицина, 1980.

Поступила 10.02.87.

ДК 616.314—007:616.314.17—073.173—073.75

ПОРАЖЕНИЯ КРАЕВОГО ПАРОДОНТА У ДЕТЕЙ С ЗУБОЧЕЛЮСТНЫМИ АНОМАЛИЯМИ

Н. Х. Хамитова

Кафедра стоматологии детского возраста (зав. — проф. Х. М. Сайфуллина) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института имени С. В. Курашова

Для диагностики заболеваний пародонта, оценки эффективности лечения применяются такие методы исследования, как рентгенодиагностика и реопародонтография. Особую ценность имеет рентгенодиагностика, которая позволяет объективно установить состояние костной ткани альвеолярного отростка и тела челюсти [2]. В диагностике заболеваний пародонта в детском возрасте [1, 4, 5] весьма информативна реопародонтография, так как дает возможность длительно и непрерывно регистрировать кровоток без нарушения физиологических условий исследуемого участка.

Эти распространенные диагностические методы были применены нами для оценки состояния тканей пародонта у детей с зубочелюстными аномалиями. Было проанализировано 109 рентгенограмм у 102 детей в возрасте от 10 до 14 лет. Общую рентгенологическую картину состояния костной ткани челюсти изучали по дентальным снимкам. Производили 3—4 снимка в об-

ласти центральных резцов, второго премоляра и первого моляра на обеих челюстях, что давало возможность изучать структуру костной ткани в области всех групп зубов, а не только на участках с выраженными признаками заболеваний краевого пародонта.

Для определения состояния сосудов при сочетании аномалий прикуса с заболеваниями пародонта было проведено реопародонтологическое обследование 109 детей и подростков. Всего было получено 150 реограмм, выполненных по биполярной методике. Реопародонтограммы (РПГ) были проанализированы по реографическому индексу (РИ), показателю тонуса сосудов (ПТС), индексу эластичности сосудов (ИЭ), индексу периферического сопротивления (ИПС). Контрольную группу составили 35 здоровых детей.

В процессе изучения рентгенограмм выявлено, что высота межзубных перегородок в большинстве случаев находится у эмалево-цементной границы или ниже ее на 1 мм.