

ческого этапа, особенно с применением пластики.

РОЛЬ УЗИ В КОМПЛЕКСНОЙ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКЕ ПЕРВИЧНОГО И ВТОРИЧНОГО ПОРАЖЕНИЯ ОРБИТЫ У ДЕТЕЙ

О.В. Хозяйкина, Н.А. Кошечкина, В.Г. Поляков, Т.Л. Ушакова

НИИ ДОГ ГУ РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН, г. Москва

Злокачественные новообразования орбиты среди всех опухолей у детей составляют 1–3 %. Проанализированы результаты исследования 99 детей, наблюдавшихся в НИИ ДОГ ГУ РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН в 1990–2005 гг. с новообразованиями орбиты. Детям проведены следующие исследования: стандартная рентгенография черепа, грудной полости, ультразвуковое исследование орбит, регионарных лимфатических узлов, брюшной полости и забрюшинного пространства, рентгеновская компьютерная томография (РКТ) черепа, радиоизотопное исследование (РИД).

Злокачественные процессы в орбите выявлены у 88 % больных. Все диагнозы морфологически верифицированы. Самую многочисленную группу составили дети с рабдомиосаркомой – 70,0 %. Чаще заболевали мальчики – 59,8 %, девочки составили 40,2 %. Первичные изменения в орбите на ранних этапах диагностики по месту жительства пациентов чаще расценивали как воспалительный процесс – 57 %. Правильный диагноз злокачественного новообразования заподозрен только у 22 % детей. У большинства больных опухоль локализовалась в левой орбите (56,6 %), реже – в правой (35,3 %).

Характерными клиническими проявлениями новообразования орбиты у детей являются: экзофтальм – 73 (83,9 %) различной степени выраженности, ограничение подвижности и затруднение репозиции глазного яблока – 63 (72,4 %), птоз – 56 (64,3 %) и хемоз конъюнктивы – 54 (62,1 %). Опухоли орбиты располагаются у верхней (50,8 %) и медиальной (61,9 %) стенок со смещением

(80,9 %) и деформацией (65,1 %) глазного яблока.

Характерными УЗИ признаками опухолей орбиты являются наличие объемного новообразования солитарного строения (80,1 %), неправильной формы (76,2 %); низкой эхогенности (55,6 %), неоднородной эхоструктуры (58,7 %), с неровными (66,7 %), нечеткими (63,5 %) контурами и высокой степенью васкуляризации (64,3 %), с повышенной эхогенностью тканей, окружающих опухоль (77,8 %). Для первичных опухолей орбиты характерны локализация у верхней (56,8 %) и медиальной (65,9 %) стенки со смещением (86,5 %) и деформацией (71,2 %) глазного яблока, низкая эхогенность (61,4 %) и однородная эхоструктура (54,5 %) опухолевой ткани. Для вторичных опухолей орбиты характерны локализация в верхнечелюстных пазухах (74,3 %), клетках решетчатого лабиринта (74,3 %) и основной пазухе (62,9 %) с распространением в задние отделы глазницы (68,4 %), средняя эхогенность (68,4 %), неоднородная эхоструктура (84,2 %), нечеткие контуры (84,2 %), изменения костей черепа (94,3 %), с деструкцией медиальной (76,5 %) стенки орбиты.

УЗИ является информативным методом в выявлении опухолей орбиты у детей (чувствительность – 90,6 %, специфичность – 61,4 %, точность – 73,6 %), незначительно уступая РКТ (96,6; 64,5; 86,6 % соответственно). Ультразвуковая томография является методом выбора в диагностике, оценке эффективности лечения первичных опухолей орбиты и наблюдения в послеоперационном периоде с целью выявления возможных рецидивов. Вторичные и распространенные новообразования орбиты требуют динамического наблюдения с помощью РКТ.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ХИМИОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С НИЗКОДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫМИ ГЛИАЛЬНЫМИ ОПУХОЛЯМИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Б.В. Холодов, О.Г. Желудкова, Е.М. Тарасова, Ю.А. Петров, А.Г. Притыко

НПЦ медицинской помощи детям с пороками развития черепно-лицевой области и врожденными заболеваниями нервной системы ДЗ, г. Москва

Одной из наиболее трудных задач современной

нейроонкологии является лечение низкодифференцированных глиальных опухолей. Это обусловлено