

Ключевые слова: *дети, кариес, интенсивность прироста кариеса, зубочелюстные аномалии, уровень оказания стоматологической помощи.*

O.M. Rozhko-Hunchak

Condition of Dental Health of Children Living in the Carpathian Region

Department of Prosthetic Dentistry (Head of Department – Prof. Z.R.Ozhohan)
Ivano-Frankivsk National Medical University, Ivano-Frankivsk, Ukraine

Abstract. A dental examination of 240 children living in the

Carpathian region was carried out. Age of the examined children was 6 and 12 years. Prevalence of caries process in deciduous and permanent teeth, the intensity of increase in dental caries, prevalence of dentoalveolar abnormalities in children, activity of caries process and the level of dental care for children was studied. The results of the investigation indicated that the prevalence of caries is threatening and level of providing dental care is unsatisfactory due to the WHO estimates.

Keywords: *children, caries, caries intensity growth, dentoalveolar abnormality, level of dental care.*

Надійшла 06.10.2014 року.

УДК 616.314.17-008.1

Романшишин С.С.

Динаміка клінічних показників у хворих на генералізований пародонтит II ступеня в ранні та віддалені терміни під впливом зинаксину

Івано-Франківський національний медичний університет, м. Івано-Франківськ
robogdan@mail.ru

Резюме: Важливу роль при дослідженні ефективності лікування хворих на генералізований пародонтит відіграє інструментально-індексна оцінка стану тканин пародонта, яка дозволяє в різні терміни прослідкувати динаміку застосованих методів терапії та в разі потреби скорегувати призначене лікування. Метою нашого дослідження було вивчення динаміки клінічних показників у хворих із патологією пародонта під впливом комплексного лікування з використанням препарату зинаксин у ранні та віддалені терміни. Нами обстежено 48 хворих на генералізований пародонтит II ступеня (хронічний перебіг). Проводили оцінку ступеня розвитку патологічного процесу тканин пародонта та склали уявлення про реальну картину захворювання на основі клінічного обстеження та інструментально-індексної оцінки (індексів РМА, кровоточивості, глибини пародонтальної кишені, Рамфьорда, гігієни Грін-Вермільйона, еміграції лейкоцитів та інш.). Ретельне клінічне обстеження дозволяє скласти повноцінну картину захворювання у хворих із різним ступенем перебігу та врахувати особливості диференційованого підходу до кожного пацієнта. У результаті проведених нами досліджень встановлено, що раціональні місцеві втручання в поєднанні з протизапальною терапією на основі зинаксину в хворих на генералізований пародонтит II ступеня (хронічний перебіг) призводять до зникнення клінічних ознак запального процесу в тканинах пародонта в короткий термін і запобігає виникненню рецидивів запалення, що демонструє високий терапевтичний ефект запропонованого способу лікування.

Ключові слова: *генералізований пародонтит, пародонтальні індекси, пародонтальна кишеня, зинаксин.*

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень.

На сьогоднішній день одним з основних напрямків клінічної пародонтології є пошук і застосування патогенетично-обґрунтованих лікарських засобів, які мають багатофакторну дію та впливають на різні ланки розвитку генералізованого пародонтиту [1, 4]. У ряді досліджень підтверджена роль ейкозаноїдів у патогенезі дистрофічно-запальних захворювань тканин пародонта; отримані дані про місцеві імунорегуляторні механізми продукції цих біологічно активних речовин [2, 6]. Спектр медикаментозних засобів, які, у тій чи іншій мірі, впливають на вміст цих прозапальних медіаторів, є досить значним, але у зв'язку з різним ступенем токсичності, чисельними побічними ефектами з боку організму, більшість із них не дозволяють отримати стійкого терапевтичного ефекту та забезпечити тривалої ремісії [4, 10]. Тому клінічне дослідження ефективних лікарських засобів, підбір оптимальних схем терапії генералізованого пародонтиту

тривають постійно, є актуальними та значимими для розвитку клінічної пародонтології.

Мета дослідження: вивчення динаміки клінічних показників у хворих із патологією пародонта під впливом комплексного лікування з використанням препарату зинаксин у ранні та віддалені терміни.

Матеріал і методи дослідження

Для встановлення діагнозу користувалися класифікацією М.Ф.Данилевського (1994 р.) [4]. Визначали інтенсивність і поширеність дистрофічно-запального процесу в тканинах пародонта, його форму, наявність пародонтальних кишень, ступінь рецесії ясен, патологічну рухомість зубів [3, 4, 5, 7].

Для визначення поширеності патологічного процесу в тканинах пародонта застосовували ряд індексів. Ступінь запалення в пародонтальних тканинах оцінювали за допомогою індексу РМА (Рama, 1960) [9]. Вивчали еміграцію лейкоцитів у ротову порожнину та кількість злушеного епітелію (проба Ясиновського) [7].

На сьогоднішній день одним із показових методів визначення важкості запального процесу вважається інтенсивність кровоточивості ясенної борозни при зондуванні. Ми використовували індекс кровоточивості за Мюлеманом (Muhlemann, 1971 в модифікації Cowell I., 1975). Цей метод є досить ефективним навіть на ранніх стадіях запальних змін у тканинах пародонта [3]. Для оцінки важкості патологічного процесу в хворих на генералізований пародонтит використовували індекс Рамфьорда (1959) [11]. З метою визначення гігієнічного статусу застосовували індекс Грін-Вермільйона (1964) [8]. Об'єктивним показником деструкції кісткової тканини альвеолярних паростків вважали ступінь рухомості зубів (за шкалою Міллера у модифікації Флезара, 1980) [3].

Контрольну групу сформували 16 хворих на генералізований пародонтит, у комплексне лікування яких входила загальноприйнята базисна терапія. До місцевої протизапальної терапії входило накладання лікувальних пародонтальних пов'язок на основі хлоргексидину та метронідазолу (використаний комплексний препарат „Метрагіл-дента”, який містить хлоргексидин у стабільній концентрації 0,25% та метронідазол 10%). Всередину призначався полівітамінно-мікроелементний комплекс „Дуовіт”. Усіх хворих навчали правилам гігієни ротової порожнини і проводили раціональний підбір засобів гігієни. До I основної групи відібрано 15 осіб, яким на тлі базисної терапії призначали проведення аплікації та інстиляції у пародонтальні кишені лікувальної композиції із використанням зинаксину. До II основної групи увійшло 17 осіб, яким на тлі базисної комплексної терапії застосовували схему лікування аналогічну для I групи, але додатково всередину призначали зинаксин по 1 капсулі 2 рази на добу впродовж 3-4 тижнів.

Хворим на генералізований пародонтит проводили індексну оцінку в динаміці: до лікування, безпосередньо після проведеного лікування, через 6 та 12 місяців після закінчення лікування.

Результати дослідження та їх обговорення

За клінічними показниками як контрольна, так і дві основні групи, які підібрані для проведення комплексної терапії генералізованого пародонтиту, є однотипними за клінічним перебігом та вираженістю ознак хронічного запалення. Встановлено, що застосування зинаксину в комплексному лікуванні хворих на генералізований пародонтит I та II основних груп, порівняно з контрольною, значно швидше призводить до нормалізації клінічної картини.

У хворих усіх груп була досягнута стабілізація дистрофічно-запального процесу в тканинах пародонта, але у контрольній групі цей процес був тривалішим. Клінічні результати лікування підтверджувались даними інструментальної та індексної оцінки тканин пародонта.

Стан тканин пародонта у хворих на генералізований пародонтит II ступеня до лікування характеризувався такими індексними показниками (табл. 1 та 2). При порівнянні середніх значень результатів інструментально-індексної оцінки до проведення лікувальних заходів достовірної різниці між показниками I, II основних та контрольної груп не виявлено.

У хворих на генералізований пародонтит усіх груп простежували динаміку змін основних індексів, які характеризують активність перебігу патологічного процесу в тканинах пародонта на етапах лікування, порівнюючи з вихідними даними та між групами.

У цілому, оцінюючи результати проведених інструмен-

тального обстеження та індексної оцінки, можна стверджувати, що підібрані схеми лікування хворих на генералізований пародонтит обох груп підібрані адекватно, про що свідчить позитивний клінічний ефект, отриманий безпосередньо після проведеного лікування. За даними обстеження встановлено, що як у контрольній, так і I та II основних групах, безпосередньо після проведеного комплексного лікування, порівняно з вихідними даними, має місце суттєве зниження ряду показників (глибини пародонтальних кишень, індексів кровоточивості, РМА, еміграції лейкоцитів, індексу Рамфьорда, індексу гігієни).

У всіх групах під час лікування спостерігалась позитивна динаміка індексу РМА, зниження важкості запалення до легкого ступеня гінгівіту (з 61,3-56,8 % до 9,7-16,9%). Але динаміка показників за своєю інтенсивністю у контрольній та основних групах була різною: у I групі після проведення професійної гігієни та за показниками індексу РМА спостерігається статистично вірогідна різниця при порівнянні отриманих даних між контрольною та I, II основними групами.

При застосуванні лікувальних пародонтальних пов'язок на основі зинаксину спостерігалось зниження індексу в 4,5 рази, порівняно з вихідним рівнем, у II групі, де хворі приймали зинаксин додатково всередину – у 6,0 разів, а у контрольній групі аналогічний показник знизився лише у 3,6 рази. Таким чином, безпосередньо після проведеного лікування спостерігалось значне зменшення індексу кровоточивості в усіх групах (у I групі – у 3,5 разів, II – у 6,3 разів, у контрольній – 2,9 рази). Однак, проводячи порівняльну оцінку між клінічними показниками I, II та контрольної груп хворих, можна виявити значні кількісні відмінності. За

Таблиця 1. Індексна та інструментальна оцінка стану пародонта хворих на генералізований пародонтит II ступеня (хронічний перебіг) на етапах лікування (M±m)

Групи	РМА (%)	Кровоточивість ясен, (бали)	Пародонтальна кишень, (мм)
До лікування			
Контрольна група (n=16)	61,3±2,28	2,6±0,03	3,7±0,04
I група (n=15)	56,8±2,05	2,6±0,04	3,8±0,05
II група (n=17)	57,7±1,32	2,5±0,04	3,8±0,04
Безпосередньо після лікування			
Контрольна група (n=16)	*16,9±0,86	*0,9±0,05	*3,3±0,04
I група (n=15)	*12,5±0,84 [#]	*0,8±0,03 [#]	*3,0±0,03 [#]
II група (n=17)	*9,7±0,64 [#] p<0,05	*0,4±0,03 [#] p<0,05	*3,0±0,04 [#]
Через 6 місяців від початку лікування			
Контрольна група (n=16)	*19,1±0,67	*1,0±0,04	*3,3±0,04
I група (n=15)	*13,6±0,76 [#]	*0,9±0,04 [#]	*3,0±0,05 [#]
II група (n=17)	*10,1±0,81 [#] p<0,05	*0,6±0,03 [#] p<0,05	*2,9±0,04 [#]
Через 12 місяців від початку лікування			
Контрольна група (n=16)	*21,6±0,85	*1,1±0,03	*3,5±0,05
I група (n=15)	*14,5±0,73 [#]	*1,0±0,04 [#]	*3,2±0,06 [#]
II група (n=17)	*11,8±1,26 [#] p<0,05	*0,8±0,03 [#] p<0,05	*3,1±0,04 [#]

Примітка: * – статистично вірогідна різниця порівняно з вихідними даними, # – статистично вірогідна різниця між основними та контрольною групами, p – статистично вірогідна різниця між I та II групами

Таблиця 2. Індексна та інструментальна оцінка стану пародонта хворих на генералізований пародонтит II ступеня (хронічний перебіг) на етапах лікування (M±m)

Групи	Індекс Рамфьорда, бали	Індекс гігієни (бали)	Еміграція лейкоцитів (кл/хв/мл)
До лікування			
Контрольна група (n=16)	4,9±0,03	2,6±0,04	386,7±5,12
I група (n=15)	4,9±0,05	2,6±0,05	381,5±6,47
II група (n=17)	4,9±0,04	2,4±0,03	392,1±5,79
Безпосередньо після лікування			
Контрольна група (n=16)	*4,6±0,06	*0,7±0,06	*186,4±6,39
I група (n=15)	*4,5±0,05	*0,7±0,03	*159,4±5,12 [#]
II група (n=17)	*4,5±0,07	*0,6±0,04	*152,5±6,43 [#]
Через 6 місяців від початку лікування			
Контрольна група (n=16)	*4,6±0,04	*0,8±0,05	*191,4±7,13
I група (n=15)	*4,5±0,06 [#]	*0,8±0,03	*158,4±6,27 [#]
II група (n=17)	*4,4±0,05 [#]	*0,7±0,04 [#]	*146,2±5,82 [#]
Через 12 місяців від початку лікування			
Контрольна група (n=16)	*4,6±0,05	*0,9±0,07	*241,8±7,2
I група (n=15)	*4,5±0,06 [#]	*0,9±0,06	*215,7±8,4 [#]
II група (n=17)	*4,5±0,04 [#]	*0,8±0,04	*192,2±6,8 [#] p<0,05

Примітка: * – статистично вірогідна різниця порівняно з вихідними даними, # – статистично вірогідна різниця між основними та контрольною групами, p – статистично вірогідна різниця між I та II групами

результатами нашого дослідження має місце достовірне зниження показників індексу кровоточивості у пацієнтів двох основних груп, порівняно з контрольною. А при порівнянні результатів між I та II групами виявлена статистично вірогідна різниця за показниками цього індексу.

Індекс РМА та кровоточивості знаходяться у прямій залежності від стану гігієни порожнини рота, її підтримки на належному рівні під час курсу призначеної терапії. До проведення лікувальних заходів стан гігієни ротової порожнини у пацієнтів усіх груп оцінювався як „незадовільний”. Безпосередньо після проведеного лікування показники індексу ОНІ-S у I (0,7 бала), II (0,6 бала) основних та контрольній (0,6 бала) групах значно знизилися. Безпосередньо після проведеного лікування спостерігалась позитивна динаміка і за показниками глибини пародонтальних кишень. У контрольній та у I групах глибина пародонтальних кишень зменшилася в межах 0,4 мм, у II – в межах 0,8 мм. При аналізі даних виявлена статистично вірогідна різниця за показниками глибини пародонтальних кишень у I та II групах, порівняно з контрольною. У результаті проведеного комплексного лікування простежувалось також зниження індексу Рамфьорда.

При аналізі даних показників еміграції лейкоцитів, можна відзначити їх достовірне зниження, які безпосередньо після проведеного лікування становили у контрольній групі $179,6 \pm 8,34$ (кл/хв/мл), у I – $149,4 \pm 5,12$ (кл/хв/мл), у II – $141,5 \pm 7,63$ (кл/хв/мл), тобто знизилися у 1,7; 2,0; 2,1 рази відповідно. При порівнянні результатів спостерігалась статистично достовірною різниця даних еміграції лейкоцитів у I, II групах, порівняно з контрольною.

Отримані результати свідчать про виражену протизапальну дію зинаксину в комплексному лікуванні генералізованого пародонтиту з використанням лікувальних пародонтальних пов'язок та додатково всередину в ранні терміни після лікування.

Через 6 місяців після проведеної комплексної терапії спостерігалась стабілізація стану пародонта як у контрольній, так і двох основних групах. У пацієнтів, яким призначався зинаксин (I, II групи), виявлені кращі результати, порівняно із контролем. Достовірне зниження виявлено за показниками індексів РМА, кровоточивості, глибини пародонтальних кишень, індексу Рамфьорда та еміграції лейкоцитів у хворих основних груп, порівняно з контрольною. А при порівнянні результатів між I та II групами, виявлена статистично вірогідна різниця за показниками індексів РМА та кровоточивості.

Через 12 місяців від початку лікування за всіма індексними показниками спостерігалось деяке погіршення стану тканин пародонта (див. табл. 3). Але при порівнянні результатів між групами (контрольною та основними) спостерігається вірогідна різниця за показниками індексів РМА, кровоточивості, глибини пародонтальних кишень, індексу Рамфьорда та еміграції лейкоцитів, а між I та II групами – за даними індексів РМА, кровоточивості та еміграції лейкоцитів.

Отже, аналіз отриманих даних дозволяє дійти висновку про позитивний протизапальний та протирецидивний ефект при місцевому і загальному застосуванні зинаксину як у ранні, так і у віддалені терміни лікування хворих на генералізований пародонтит II ступеня.

Таблиця 3. Частота рецидивів запалення тканин пародонта хворих на генералізований пародонтит II ступеня у різні терміни від початку лікування (M \pm m)

Групи	Терміни від початку лікування (в міс.)		
	6	12	Всього, в %
Контрольна група (n=16)	n=4	n=6	62,5
I група (n=15)	n=1	n=3	26,6
II група (n=17)	n=1	n=3	23,5

Висновки

1. Проведена клінічна та індексно-інструментальна оцінка ефективності запропонованого методу лікування хворих на генералізований пародонтит II ступеня показала, що раціональні місцеві втручання в поєднанні з протизапальною терапією з використанням зинаксину, призводять до зникнення клінічних ознак запального процесу в пародонті в короткий термін та подовжує терміни ремісії.

2. Аналіз отриманих даних дозволяє дійти висновку про протирецидивний ефект при місцевому і загальному застосуванні зинаксину як у ранні, так і у віддалені терміни.

Перспективи подальших досліджень

Отримані клінічні результати та дані інструментально-індексної оцінки відкривають перспективи для подальших лабораторних досліджень динаміки вмісту біологічно активних речовин та медіаторів запалення (цитокінів, ейкозаноїдів) під впливом зинаксину.

Література

1. Борисенко, А.В. Взаимосвязь микрофлоры пародонтальных карманов с течением генерализованного пародонтита у больных язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки / А.В. Борисенко, Ю.Г. Коленко, О.В. Линовицкая // Современная стоматология. – 2002. – № 1. – С. 39-42.
2. Болезни пародонта / А.С. Григорьян [та ін.]. – М: МИА, 2004. – 289 С.
3. Вишняк, Г.Н. Генерализованные заболевания пародонта (пародонтоз, пародонтит) / Г.Н. Вишняк. – К.: Здоров'я, 1999. – 216с.
4. Данилевский, Н.Ф., Заболевания пародонта / Н.Ф. Данилевский, А.В. Борисенко. – К.: Здоров'я, 2000. – 464 с.
5. Канкян, А.П., Болезни пародонта. Новые подходы в этиологии, патогенезе, диагностике, профилактике и лечении / А.П. Канкян, В.К. Леонтьев. – Ереван: Тигран Мед, 1998. – 360 с.
6. Мюллер, Ханс-Петер. Пародонтология / Мюллер Ханс-Петер. – Львів: ГалДент, 2004. – 256 с.
7. Диагностика стоматологических заболеваний / В.И. Яковлева [та ін.]. – Мн.: Высшая Школа, 1986. – 207с.
8. Green J.C., The Simplified oral hygiene index / J.C. Green, J.R. Vermillion // J. Am. Dent. Assoc. 1964; 68: 7.
9. Parma C. Periodontopathies / C. Parma. – Leipzig, Barth, 1960. – 195 p.
10. Purucker P. Microbiology of Periodontitis. Antibacterial Therapy of Periodontitis / P. Purucker // Quintessence. - 1993; - 1: -P. 14-23.
11. Ramfjord S.P. Induces for prevalence and incidence of periodontal disease / S.P. Ramfjord // J. Periodontal. 1959. - 30. - P. 51.

Романишин С.С.

Динамика клинических показателей у больных с генерализованным пародонтитом II степени в ранние и отдаленные сроки под влиянием зинаксина

Ивано-Франковский Национальный медицинский университет, г. Ивано-Франковск

robogdan@mail.ru

Резюме: Важную роль в исследовании эффективности лечения больных с генерализованным пародонтитом играет инструментально-индексная оценка состояния тканей пародонта, которая позволяет в разные термны проследить динамику применяемых методов терапии и, при необходимости, отрегулировать назначенное лечение. Целью нашего исследования было изучение динамики клинических показателей у пациентов с патологией пародонта под влиянием комплексного лечения с использованием препарата зинаксин в ранние и отдаленные сроки. Нами обследовано 48 пациентов с генерализованным пародонтитом II степени (хроническое течение). Проведена оценка степени развития патологического процесса в тканях пародонта и составлено представление о реальной картине заболевания на основе клинического обследования и инструментально-индексной оценки (индексов РМА, кровоточивости, глубины пародонтального кармана, Рамфьорда, гигиены Грин-Вермилльона, эмиграции лейкоцитов и др.). Детальное клиническое исследование позволяет составить полноценную картину заболевания у пациентов с разной степенью тяжести течения пародонтита и учесть особенности дифференцированного подхода к каждому больному. В результате проведенных нами исследований установлено, что рациональные местные

манипуляції в поєднанні з протизапальною терапією на основі зинаксину у хворих з генералізованим пародонтитом II ступеня (хронічне течення) призводять до зникнення клінічних ознак запального процесу в тканинах пародонта в короткі терміни і запобігають рецидиву запалення, що говорить про високу терапевтичну ефективність запропонованого способу лікування.

Ключові слова: генералізований пародонтит, пародонтальні індекси, пародонтальний карман, зинаксин.

S.S. Romanyshyn

Dynamics of Clinical Data in Patients Suffering from Stage 2 Generalized Periodontitis at Early and Remote Periods under the Influence of Zinaxin

Ivano-Frankivsk National Medical University, Ivano-Frankivsk, Ukraine

robogdan@mail.ru

Abstract. Instrumental-index assessment of periodontal tissue state is of great importance in the study of treatment efficacy in patients with generalized periodontitis. It enables to trace the dynamics of therapy methods used at different periods and if necessary to correct the administered treatment. Our investigation was aimed at the study

of the dynamics of clinical data in patients with the periodontium pathology under the influence of Zinaxin being a component of combination therapy at early and remote periods. We examined 48 patients with stage 2 generalized periodontitis (chronic course). We assessed the degree of the development of the periodontal tissue pathological process and researched into the aspect of the disease performing thorough clinical examination and instrumental-index assessment (PMA index, bleeding index, periodontal pocket depth index, Ramfjord index, Greene-Vermillion oral hygiene index, leukocyte emigration index, etc). Thorough clinical examination helps to arrive at a comprehensive picture of the disease in patients with different degree of course and consider features of a patient-specific approach. We ascertained that balanced topical interventions combined with the anti-inflammatory Zinaxin-based therapy in patients with stage 2 generalized periodontitis (chronic course) contributed to the disappearance of the inflammatory process clinical features in the periodontal tissues over a short period of time and prevented the disease recurrence demonstrating a positive therapeutic effect of the suggested treatment.

Keywords: generalized periodontitis, periodontal indices, periodontal pocket, Zinaxin.

Надійшла 02.06.2014 року.

УДК 616.718; 6/6-0737; 616-006

Федик О.М., Федик А.Р., Ленчук Т.Л., Мацькевич В.М.

Променева діагностика злоякісних пухлин стопи

Кафедра радіології та радіаційної медицини (зав. каф. – проф. Рижик В.М.)

Івано-Франківського національного медичного університету

Резюме. Метою роботи було вивчення і узагальнення клініко-рентгенологічних особливостей злоякісних пухлин стопи із вибором раціонального використання методик променевої діагностики.

Матеріали і методи. Проаналізовані результати променевої діагностики 18 хворих віком від 5 до 64 років із злоякісними пухлинами стопи. Достовірно частіше уражаються губчаті кістки стопи. У всіх хворих діагноз злоякісної пухлини підтверджувався морфологічно. При підозрі на наявність злоякісних пухлин стопи, обстеження хворого починалось із рентгенографії в прямій, боковій косій проекції; додаткові рентгенологічні методи (первинно збільшена рентгенографія, повздовжня томографія) було правом вибору із наступним використанням комп'ютерної томографії. Комп'ютерна томографія є одним із найбільш інформативних та ефективних методів діагностики і оцінки поширення пухлинного процесу.

Результати дослідження та їх обговорення. Остеогенна саркома діагностована у 1,80% випадків (4хворих), ретикулосаркома – 1,35% випадків (3хв.), хондросаркома – 1,35% випадків (3 хворих), м'єлома – 1,35% (3 хворих), метастатичне ураження – 0,90% випадків (2 хворих).

Висновки. Злоякісні пухлини стопи характеризуються швидким, інтенсивним ростом з вираженим больовим синдромом і протікають з перевагою лізису кістки. Деструкція має тенденцію до швидкого поширення. Часто руйнує кірковий шар з проростанням в м'які тканини. Злоякісна реакція окістя малоактивна. Рутинні методи діагностики дають змогу запідозрити патологічний процес в кістці, а додаткові методи використовуються для більш детальної оцінки структури та поширення пухлинного процесу за межі кістки.

Ключові слова: кістки, стопа, злоякісні пухлини, рентгенологічні методи діагностики.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень.

Діагностика злоякісних пухлин стопи складна. Доволі часто виникає ряд неузгодженостей в оцінці процесу [4,6]. Це пояснюється рідкістю локалізації патологічних змін в гомілково-ступневому суглобі та стопі, проблемою раннього виявлення і недостатньо систематизованими клініко-радіо-

логічними проявами захворювання, трудностю диференціації їх доброякісного та злоякісного росту [7,12]. Сьогодні діагностичні помилки при первинному зверненні пацієнта досягають 60-90% [2,5,8]. Ці питання вимагають подальшого вивчення і уточнення ранніх ознак їх прояву з урахуванням не тільки конвекційних, але й сучасних методів променевої діагностики (КТ, МРТ, СКТ, УЗД).

Пухлини стопи недостатньо висвітлені в літературі з двох причин: мала кількість їх виявлення, а окремі випадки діагностованих пухлин не описуються в професійних журналах.

За даними літератури із усіх злоякісних пухлин опорно-рухового апарату 0,7% випадків припадає на стопу. Серед хворих із злоякісними пухлинами стопи найчастіше виявляються: ретикулосаркома - 1,74%, хондросаркома – 1,54%, остеогенна саркома – 0,28% [1,3,11].

Пухлини стопи є проблемою для радіолога через нечасту локалізацію їх в стопі, а також через різну і не завжди об'єктивну інтерпретацію їхньої рентгенологічної картини.

Метою роботи була необхідність вивчити, узагальнити і систематизувати клініко-рентгенологічну особливість розвитку та перебігу різних форм злоякісного пухлинного ураження стопи на регіонарному рівні. Запропонувати схему раціонального використання методик променевої діагностики.

Матеріал і методи дослідження

Робота базується на результатах клінічного, рентгенологічного, лабораторного дослідження 220 пацієнтів віком від 5 до 64 років. Більшість хворих були віком до 35 років. Під нашим спостереженням знаходилось 18 хворих із злоякісними пухлинами, що локалізувались в стопі. Серед обстежених було 11 чоловіків і 7 жінок. Кількісна вікова характеристика хворих наведена в таблиці 1.

Всі пацієнти були обстежені клінічно. Вивчався анамнез захворювання, уточнювалась динаміка розвитку процесу. При об'єктивному огляді вивчалась форма стопи і гомілково-ступневого суглобу, деформація окремих його відділів, стан м'яких тканин, пульсація судин, температура шкіри. Оцінювались рухи в