

3. Виноградова, Т. И. Фитотерапевтические аспекты и совершенствование терапии туберкулеза // Актуальные проблемы комплексной терапии больных туберкулезом в современных эпидемиологических условиях. — СПб, 1996. — С.32–34.
4. Казаринова, Н. В., Ткаченко К. Г. Лекарственные растения в лечении разных форм туберкулеза // Растительные ресурсы. — 2000. — Т.36, вып.1. — С.92–106.
5. Никонов, Г. К., Мануйлов Б. М. Основы фитотерапии. -М.: Медицина, 2005. — 520 с.
6. Мишин, В. Ю., Чуканов В. И., Васильева И. А. К проблеме оптимизации и доказательности современных режимов химиотерапии туберкулеза легких // Пробл.туберкулеза. — 2004. — №8. — С.7–12.
7. Abidov, M. T., Fisenco V. P., Sokolova G. B. et al. Therapevtic effect of a new preparation tamer it during experimental tuberculosis inflamation //Bul. Experimental'noi Biologii I Mediciny. — 2000. — Vol.129. — P.65–68.
8. De Souza M. V. Plants and fungal products with activity againts tuberculosis // Sci. Wed J. -2005. -Vol.8. -P.609–628.

## Клинико-морфологические аспекты гемангиом и лимфангиом языка у детей

Ткаченко Павел Иванович, доктор медицинских наук, профессор;  
Старченко Иван Иванович, доктор медицинских наук, профессор;

Белоконь Сергей Александрович, кандидат медицинских наук, доцент  
Маммадов Акбар, студент;  
Абдо Хашем, студент  
Украинская медицинская стоматологическая академия (г. Полтава)

Гемангиомы (ГА) и лимфангиомы (ЛА), будучи доброкачественными врожденными дисонтогенетическими образованиями, возникают в эмбриональном периоде как порок развития эндотелия пролиферирующих сосудов и проявляются, чаще всего, сразу же после рождения ребёнка или в грудном возрасте. Располагаясь в челюстно-лицевой области (ЧЛО), они зачастую приводят к эстетическим недостаткам или нарушению функции [1, 2, 3, 7, 8, 10].

Особенности топографо-анатомической локализации ГА и ЛА на языке и в области дна полости рта обуславливают наибольшие трудности в их диагностике, выборе тактических приёмов и методов лечения, ведь послеоперационный период сопровождается высокой вероятностью развития осложнений. Поэтому целью нашего исследования стало установление частоты встречаемости, изучение клинико-морфологических особенностей и определение принципов лечения гемангиом и лимфангиом языка у детей.

**Материал и методы исследования.** В ходе работы мы проанализировали данные фундаментальных научных трудов и периодических изданий касательно указанной проблематики, сопоставив их с результатами изучения историй болезни 81 ребёнка с гемангиомами и 7 с лимфангиомами мягких тканей головы и шеи в возрасте от 2 месяцев до 15 лет, находившихся на лечении с 2005 по 2014 годы в клинике кафедры детской хирургической стоматологии, которая расположена в хирургическом отделении детской городской клинической больницы г.Полтавы.

Среди пациентов мальчиков было 39 (44,3 %), а девочек 49 (55,7 %). Общесоматический и местный статус

определяли согласно классических принципов обследования детей данной категории [10].

Во всех случаях образцы послеоперационного материала отправлялись на гистологическое исследование, позволившее на препаратах, изготовленных по общепринятым методикам [4], изучить морфологическое строение ГА и ЛА языка у детей.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Согласно данным, опубликованным ранее сотрудниками нашей кафедры [11], среди доброкачественных опухолей мягких тканей ЧЛО второе место после дермоидных кист (32,6 %) занимают гемангиомы (26,0 %), а лимфангиомы такой локализации встречаются достаточно редко, составляя лишь 3,0 % от общего числа новообразований мягких тканей лица и шеи.

Согласно полученных нами статистических результатов исследования в таблице 1 представлена структура гемангиом мягких тканей головы и шеи в зависимости от локализации. Характерно, что опухоли языка встречались среди них в 2,5 % случаев. Следует отметить, что в 3 наблюдениях (3,7 %) клиническое течение ГА осложнялось изъязвлением покрывающих их тканей или возникновением периодических кровотечений.

Из 7 наблюдений лимфангиом мягких тканей головы и шеи в наших исследованиях в 2 случаях опухоли (28,57 %) локализовались в околоушно-жевательной, щёчной области и на языке, а 1 (14,29 %) располагалась в области затылка.

Анализ данных литературных источников показал некоторые разногласия в подходах к классификации сосудистых опухолей [8]. Так, клиницисты делят ГА на капиллярные, гроздевидные, кавернозные, комбинированные и сме-

Таблица 1

## Локализация гемангиом мягких тканей головы и шеи у детей

№п/п	Анатомическая область	Количество случаев	
		абс	%
1	Шея	8	9,9
2	Волосистая часть головы	35	43,1
3	Область уха	2	2,5
4	Область носа	5	6,2
5	Верхняя губа	3	3,7
6	Нижняя губа	8	9,9
7	Другие области лица	7	8,6
8	Слизистая оболочка щек	5	6,2
9	Язык	2	2,5
10	Несколько анатомических областей	6	7,4
11	Всего	88	100

шанные [1, 2, 10], но, по мнению патоморфологов, гроздевидную форму опухоли выделять нецелесообразно [5]. Кроме того, исследователи считают, что гистологическая структура большинства гемангиом в детском возрасте представлена незрелыми капиллярными образованиями, впоследствии дифференцирующимися в другие формы ГА [3].

В свою очередь лимфангиомы большинство специалистов предпочитает делить по гистологическому строению (капиллярные, кавернозные, кистозные, смешанные), степени роста (ограниченные, диффузные, поверхностные, глубокие) и локализации [1, 2, 7, 10], невзирая на утверждения некоторых патоморфологов, что в мягких тканях ЧЛО у детей встречаются лишь капиллярные и кавернозные формы образований, причём настаивая на подавляющем преобладании последних [5].

В нашем исследовании на языке во всех случаях клинически диагностировались кавернозные гемангиомы и лимфангиомы, что в дальнейшем подтверждалось морфологическими данными.

Клиническая картина кавернозной ГА достаточно хорошо описана в доступной литературе, поэтому мы не будем подробно останавливаться на её симптоматике, лишь отметив, что опухоль представляла собой мягкое узловатое образование тёмно-красного или синюшно-багрового цвета без чётких границ (Рис. 1 а, б) с наличием «симптома наполнения» — специфического классического признака кавернозной гемангиомы. Несмотря на доброкачественный характер, во всех случаях прослеживался быстрый прогрессирующий рост ГА, что требовало незамедлительного проведения лечебных мероприятий.

Микроскопически во всех наблюдениях кавернозные гемангиомы языка состояли из тонкостенных полостей, выстланных уплощённым эндотелием, заполненных кровью и анастомозирующих между собой (Рис. 1 в), что соответствует строению кавернозных форм этих опухолей любой локализации [5].

В свою очередь кавернозные лимфангиомы языка представляли собой мягкие и безболезненные образования,

диффузно располагающиеся в его толще, приводя к деформации. Цвет слизистой оболочки над опухолью не изменялся, однако во всех случаях выявлялся «симптом зыбления», а на спинке языка наблюдались характерные для поверхностных форм ЛА одиночные или множественные мелкие пузырьки в виде росинок с прозрачным либо кроваватым содержимым — «симптом росы» (Рис. 2).

Макроскопически лимфангиомы представляли собой губчатые узлы без выраженной капсулы (Рис. 3 а), состоящие из множества заполненных прозрачной или мутной жидкостью полостей, сообщающихся между собой.

Микроскопически ЛА состояли из сильно расширенных лимфатических сосудов либо пространств, выстланных эндотелием и содержащих различное количество лимфы, лимфоцитов, а иногда и эритроцитов. В отдельных случаях в стенках пространств встречались пучки гладкомышечных волокон со скоплениями лимфоцитов, а в строме обычно определялись фиброз и признаки воспалительной инфильтрации (Рис. 3 б). Следует отметить, что подобная морфологическая картина также присуща и кавернозным лимфангиомам других локализаций [5].

Общей особенностью лимфангиом у детей исследователи считают предрасположенность к воспалению [1, 2, 10], однако нам такие случаи не встречались.

Выбор метода лечения ГА и ЛА зависит, безусловно, от нозологической формы и распространённости опухолевого процесса. При этом возможны диатермокоагуляция, склерозирующая терапия, хирургическое удаление, лазеротерапия, прошивание опухоли, системное применение гормонов и интерферона, лучевая и компрессионная терапия [1, 2, 6, 8, 9, 10].

Во всех наших наблюдениях лечение гемангиом и лимфангиом языка сводилось к их хирургическому удалению (Рис. 4, 5). Учитывая склонность кавернозной лимфангиомы к рецидивированию [1, 3, 9, 11], прооперированные дети находятся на диспансерном наблюдении.

Полученные данные позволяют сделать следующие выводы.

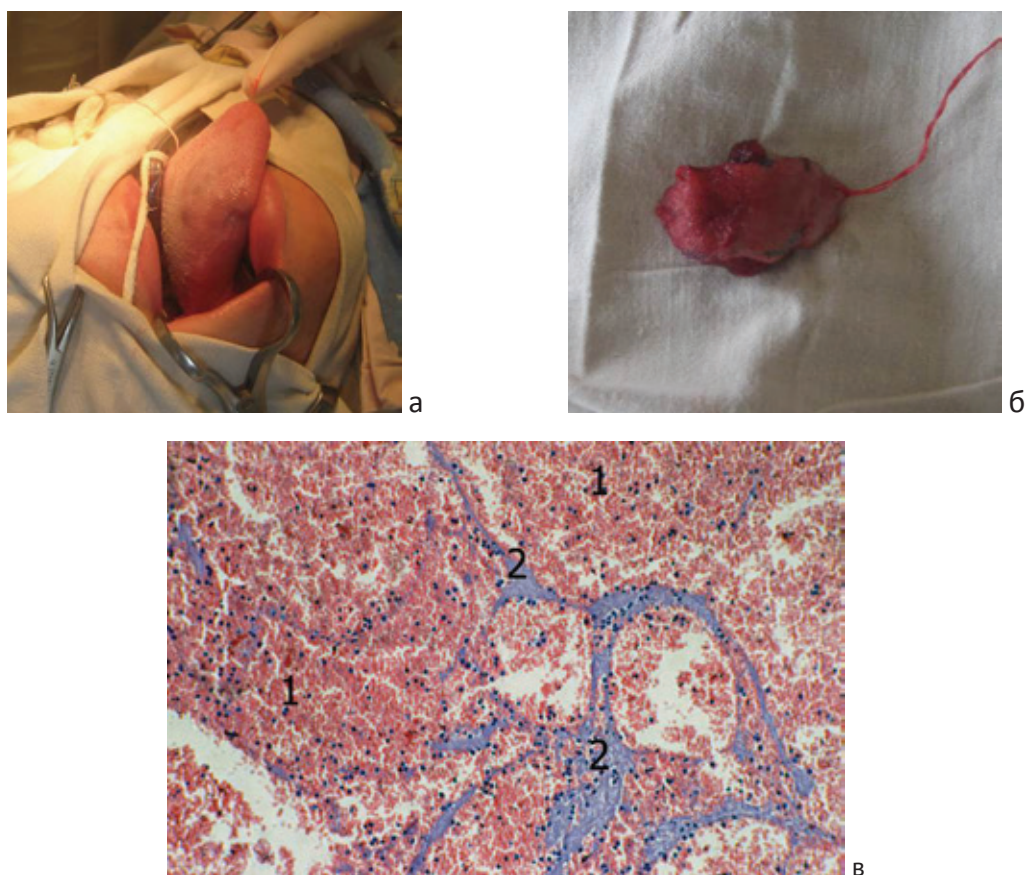


Рис. 1. Внешний вид перед началом оперативного вмешательства (а), макропрепарат (б) и микроскопическое строение (в) (окраска гематоксилин-эозином, об. 6,3х, ок. 10х) кавернозной гемангиомы языка. 1 – полости, заполненные форменными элементами крови; 2 – соединительнотканые перегородки



Рис. 2. Общий вид поверхностной кавернозной лимфангиомы языка

1. В структуре гемангиом и лимфангиом мягких тканей головы и шеи у детей эти опухоли языка составляют, соответственно, 2,5 % и 28,57 %.

2. По клинической симптоматике во всех наблюдениях гемангиомы и лимфангиомы языка у детей являлись кавернозными образованиями, что подтверждено результа-

тами морфологического исследования, выявившего сходство их строения с кавернозными формами опухолей иной анатомической локализации. Это позволяет использовать научные наработки по данному вопросу и применительно к образованиям, располагающимся непосредственно в области лица и шеи.



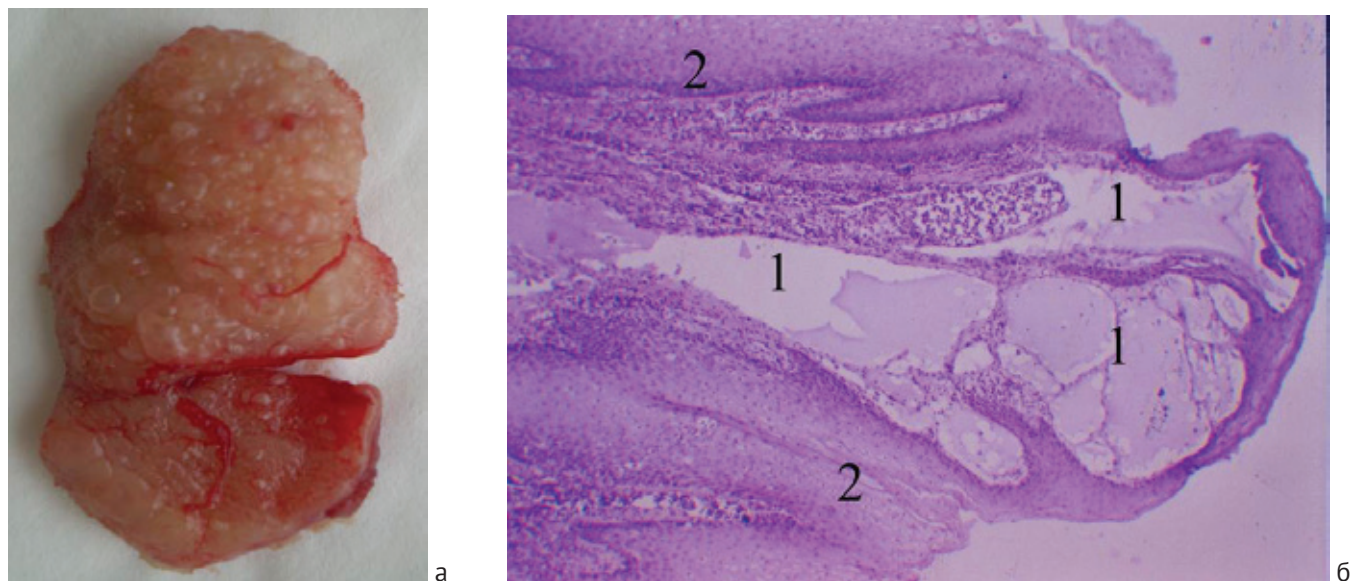


Рис. 3. Макропрепарат (а) и микроскопическое строение (б) (окраска гематоксилин-эозином, об. 3,5х; ок.10х) поверхностной кавернозной лимфангиомы языка. 1 – каверны, заполненные лимфой; 2 – покровный эпителий слизистой оболочки языка

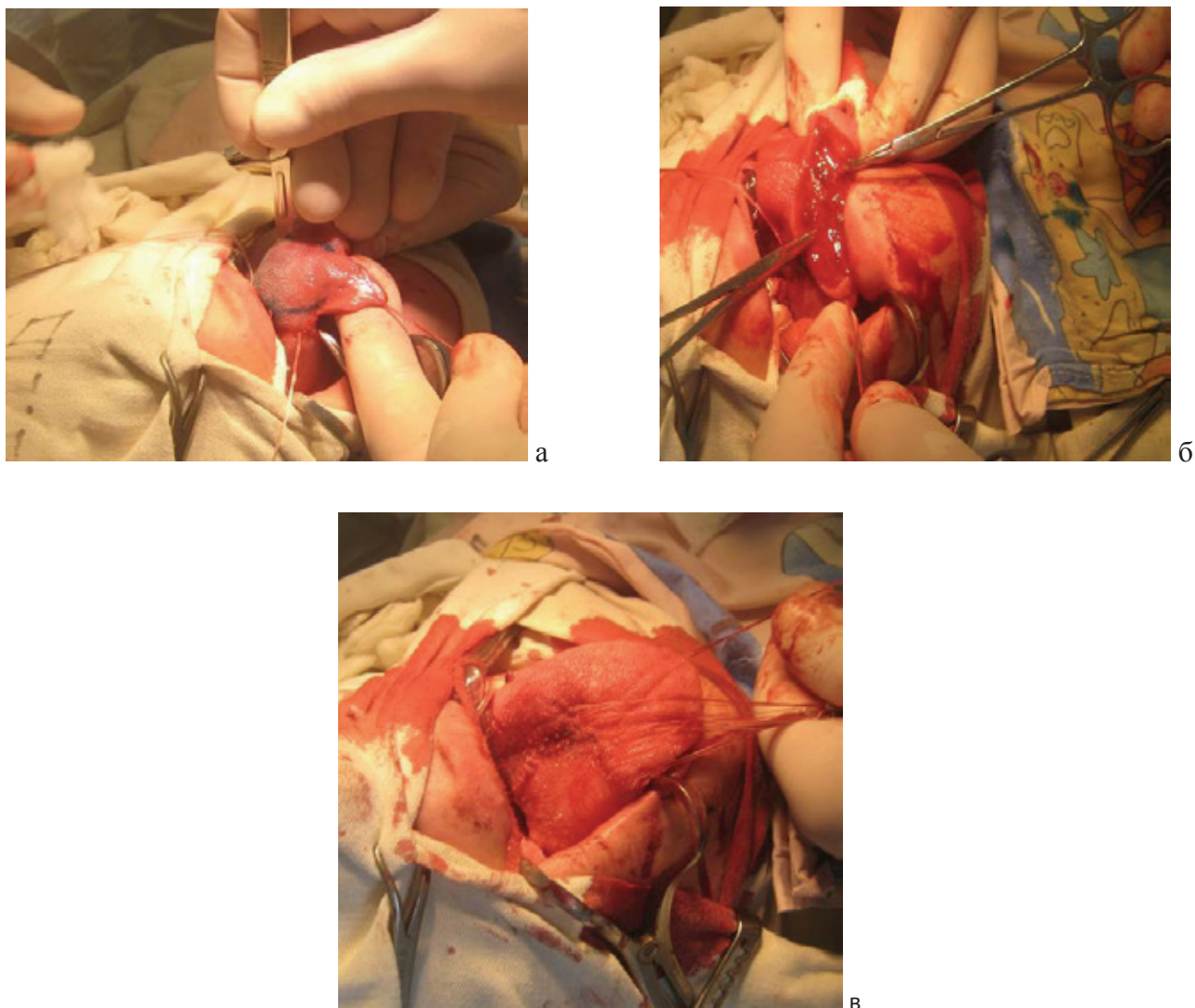


Рис. 4. Этапы хирургического удаления кавернозной гемангиомы языка



Рис. 5. Вид послеоперационной раны после удаления поверхностной кавернозной лимфангиомы языка

#### Литература:

1. Бернадский, Ю. И. Основы челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии / Ю. И. Бернадский — М.: Медицинская литература, 2000. — 404 с.
2. Зеленский, В. А. Детская хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия / В. А. Зеленский, Ф. С. Мухорамов — Москва, 2008. — 206 с.
3. Колесов, А. А. Новообразования мягких тканей и костей лица у детей и подростков / А. А. Колесов, Ю. И. Воробьев, Н. Н. Каспарова — М.: Медицина, 1989. — 302 с.
4. Меркулов, А. Б. Курс патогистологической техники / А. Б. Меркулов — Л.: Медицина, 1969. — 237 с.
5. Пальцев, М. А. Патологическая анатомия / М. А. Пальцев, Н. М. Аничков — М.: Медицина, 2001. — 525 с.
6. Тетруева, Н. А. Тактика лечения гемангиом челюстно-лицевой области у детей. Применение пропранолола в качестве первой линии терапии гемангиом сложных локализаций / Н. А. Тетруева, А. В. Тимошенко, Д. В. Лучинский // Нові технології в хірургічній стоматології і щелепно-лицевій хірургії // Матеріали науково-практичної конференції, присвяченої 100-річчю з дня народження професора Г.І.Семенченка. — Одеса, 2014. — с. 21–27.
7. Ткаченко, П. И. Лимфангиомы челюстно-лицевой локализации у детей: статистика и диагностический алгоритм / П. И. Ткаченко, Е. В. Гуржий, С. А. Белоконь // Матеріали III (X) з'їзду Асоціації стоматологів України. — Полтава, 2008. — с. 337.
8. Ткаченко, П. И. Сосудистые опухоли мягких тканей челюстно-лицевой области у детей / П. И. Ткаченко, И. И. Старченко, С. А. Белоконь, Е. В. Гуржий — СтоматологИнфо. — 2014. — №7–8. — с. 36–42.
9. Харьков, Л. В. Диагностика та лікування гемангіом щелепно-лицеві ділянки у дітей / Л. В. Харьков, Л. М. Яковенко, Кисельова Н. В. / Нові технології в хірургічній стоматології і щелепно-лицевій хірургії // Матеріали науково-практичної конференції, присвяченої 100-річчю з дня народження професора Г.І.Семенченка. — Одеса, 2014. — с. 17–19.
10. Харьков, Л. В. Хірургічна стоматологія дитячого віку / Л. В. Харьков, Л. М. Яковенко, І.А.Чехова — К.: Книга-плюс, 2003. — 480 с.
11. Шешукова, Я. П. Структура та частота доброякісних новоутворень м'яких тканин обличчя, щелепних кісток у дітей і дорослих / Я. П. Шешукова. — Український стоматологічний альманах. — 2013. — №3. — с. 46–49.