

2. Казаков, К. С., Ташпулатова Ф. К. Профилактика и устранение побочных реакций и их рецидивов от противотуберкулезных химиопрепаратов у больных туберкулезом легких // Вестник Ассоциации пульмонологов Центральной Азии. — Ташкент, 1999. — Вып. 3 (№ 1–4). — с. 107–112.
3. Карачунский, М. А., Каминская Г. О., Уварова Т. Е. Переносимость интенсивной химиотерапии больными старческим туберкулезом // Пробл. туб. и бол. легких. — 2004. — № 9. — с. 25–27.
4. Колпакова, Т. А., Мутаихин Ж. Ж., Краснов В. Л. Лекарственные осложнения у больных с хроническими сопутствующими заболеваниями при разных способах введения препаратов // Материалы 8-го Российского съезда фтизиатров. - М., 2007. - с. 437
5. Ливчане, Э. Лекарственная непереносимость, методы ее диагностики и коррекция при лечении больных туберкулезом легких противотуберкулезными препаратами резервного ряда: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 2003. - с. 20.
6. Лысов, А. В., Мордык А. В., Затворницкий В. А и др. О побочных нейротоксических реакциях при химиотерапии туберкулеза и их лечение // Пробл. туб. и бол. легких. — 2006. - № 9. - с. 45–49.
7. Мишин, В. Ю., Васильева И. А., Макиева В. Г. и др. Частота, характер и диагностика побочных реакций у больных туберкулезом легких при химиотерапии основными препаратами // Пробл. туб. и бол. легких. — 2003. — № 7. — с. 24–29.
8. Мишин, В. Ю. Медикаментозные осложнения комбинированной химиотерапии туберкулеза легких // Медицинское информационное агентство. — Москва., 2007. — 245 с.
9. Чуканов, В. И., Каминская Г. О., Ливчане Э. Частота и характер побочных реакций при лечении больных туберкулезом легких противотуберкулезными препаратами резервного ряда // Пробл. туб. и бол. легких — 2004. — № 10. — с. 6–10.
10. Voloshyn, Y. Toxic-allergic reactions in patients with destructive tuberculosis and diabetes mellitus // Turkish Thoracic society 6 th Annual Congress Abstract Book. — 2006. - P. 115.

## **Фибромы челюстно-лицевой области у детей: клинико-морфологическая характеристика**

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;  
Белоконь Юлия Сергеевна, студент

Украинская медицинская стоматологическая академия (г. Полтава)

По данным литературных источников, в структуре всех новообразований человека 29% составляют доброкачественные опухоли (ДО) и опухолеподобные образования мягких тканей (МТ) лица и шеи. Велика доля их встречаемости (41,38–75,86%) в челюстно-лицевой области (ЧЛО) именно у детей с преобладанием новообразований, возникающих из производных мезенхимы. В то же время, среди онкологических заболеваний ЧЛО у детей 55–62% занимают опухоли МТ лица [1, 3, 4, 5, 9].

Особое внимание среди ДО ЧЛО, на наш взгляд, заслуживают различные виды фибром (ФБ), представляющие собой, по мнению большинства учёных, ДО из волокнистой соединительной ткани [2, 8]. Однако следует отметить, что в современных онкоморфологических классификациях ФБ практически не встречаются, а отдельными исследователями вообще трактуются как «доброкачественный реактивный процесс, возникающий в ответ на местное фиброзное или ишемическое повреждение» [7].

Несмотря на вышесказанное, среди большинства практикующих врачей хирургического профиля и патоморфологов термин «фиброма» достаточно крепко укоренился, из-за чего мы и сочли необходимым остановиться на более-менее детальной характеристике этой нозологической формы.

В данной работе мы не пытались осветить результаты каких-либо «глубоких» научных исследований, а преследовали цель сопоставить существующие точки зрения с собственными наработками касательно частоты встречаемости и клинико-морфологических особенностей фибром ЧЛО у детей.

**Материалы и методы исследования.** В ходе исследования нами проведен анализ фундаментальных научных трудов и публикаций в периодических изданиях касательно указанных вопросов.

Сотрудниками кафедры детской хирургической стоматологии (ДХС) Украинской медицинской стоматологической академии детально проанализированы 2782 истории

стационарных больных, пролеченных в хирургическом отделении (ХО) детской городской клинической больницы (ДГКБ) г. Полтавы за 10-летний период, с целью определения частоты и структуры доброкачественных новообразований ЧЛО у детей [10].

Клиническая часть исследования касается 26 пациентов в возрасте от 2 месяцев до 15 лет, находившихся на лечении по поводу фибром МТ ЧЛО в клинике кафедры ДХС на базе ХО ДГКБ г. Полтавы в указанный промежуток времени. Мальчиков было 10 (38,46%), девочек — 16 (61,54%).

Морфологические особенности фибром изучены на 26 препаратах, изготовленных из послеоперационного материала по общепринятым методикам [6].

**Результаты исследования и их обсуждение.** Согласно архивным данным, дети (чаще девочки — 55,4%) с доброкачественными новообразованиями МТ ЧЛО составили 7,4% от общего количества пациентов ХО ДГКБ г. Полтавы за указанный период.

В структуре ДО МТ лица и шеи 12,5% занимали фибромы, причём среди пациентов 7,7% были грудного, 15,4% — ясельного, 30,8% — младшего школьного и 46,1% — старшего школьного возрастов, что совпадает с данными других авторов, приводящих наибольшую частоту встречаемости такой патологии именно у детей 7–15 лет.

Исследователи отмечают, что излюбленной локализацией фибром ЧЛО являются язык, слизистая оболочка (СО) альвеолярного отростка, нёба и губ [2, 4, 9]. В наших наблюдениях в 46,2% случаях ФБ располагались на нижней губе, в 23,1% — на щеке, в 19,2% — на языке, а в 11,5% — на нёбе и альвеолярном отростке. Следует отметить, что локализация на нижней губе и щеке зачастую совпадала с линией смыкания зубов, а на языке они чаще встречались на кончике.

Пациенты и их родители всегда констатировали медленный безболезненный рост визуально определяемой опухоли. При объективном исследовании ФБ представляли собой безболезненные, шаровидные, с чёткими гра-

ницами и на широком основании телесно-сероватого цвета образования мягко-эластической консистенции, смещающиеся вместе со слизистой оболочкой и прилежащими тканями (Рис. 1).

По данным литературы [5, 8], иногда обнаруживаются так называемые симметричные фибромы, способные малигнизироваться, однако мы их не встречали.

В наших наблюдениях в 15,4% от всех случаев ДО ЧЛО у детей клинический диагноз не совпадал с результатами последующего патоморфологического исследования. Интересно, что, несмотря на довольно типичную симптоматику, в 15,6% из них это касалось ФБ.

Морфологически типичные фибромы представлены зрелой соединительной тканью с преобладанием клеточных элементов (мягкие ФБ) или фибриллярного компонента (плотные ФБ). Их клетки имели вытянутую веретенообразную форму и светлое овальное ядро, характерные для фибробластов и фиброцитов. Иногда в плотной ФБ коллагеновые волокна вуалировали клеточную цитоплазму, из-за чего при микроскопическом исследовании чётко визуализировались только удлинённые ядра с конденсированным хроматином.

Отметим, что в наших наблюдениях непосредственно на языке встречались лишь мягкие ФБ (Рис. 2).

Всем пациентам проводилось хирургическое лечение, по объёму соизмеримое с нозологической формой, с учётом размеров и локализации образования (Рис. 3).

Отдельного внимания среди фибром ЧЛО заслуживает *внутрикостная фиброма* (ВКФБ), развивающаяся из надкостницы и, по мнению специалистов, встречающаяся крайне редко (1% среди ДО и опухолеподобных образований челюстей) [2, 5]. По данным литературы, зачастую она возникает у детей и молодых людей (чаще у женщин), локализуясь, в основном, на нижней челюсти [4, 8, 9].

В своей клинической практике мы также сталкивались лишь с единичными случаями ВКФБ, что не позволило занять какую-либо осмысленную позицию по поводу этой нозологической формы.



а



б

Рис. 1. Общий вид фибром нижней губы (а) и щеки (б)

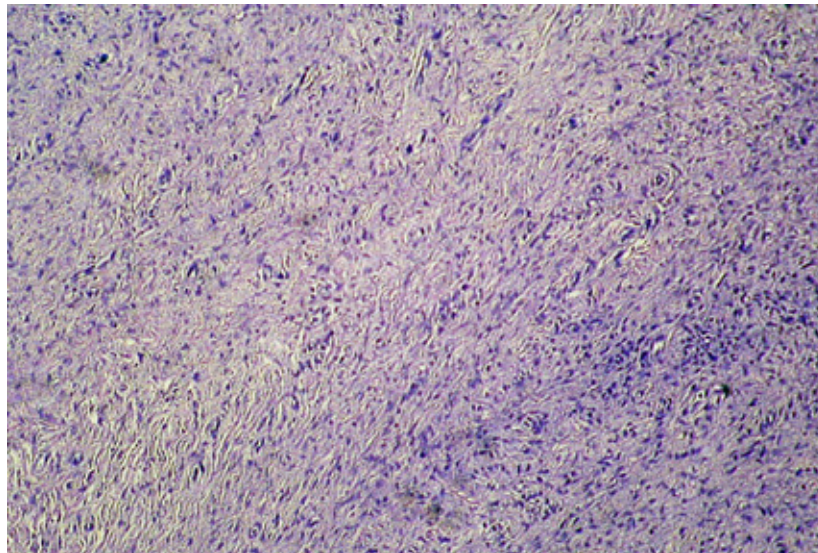


Рис. 2. Микроскопическое строение мягкой фибромы. Окраска гематоксилин-эозином. Об. 10х, ок. 10х

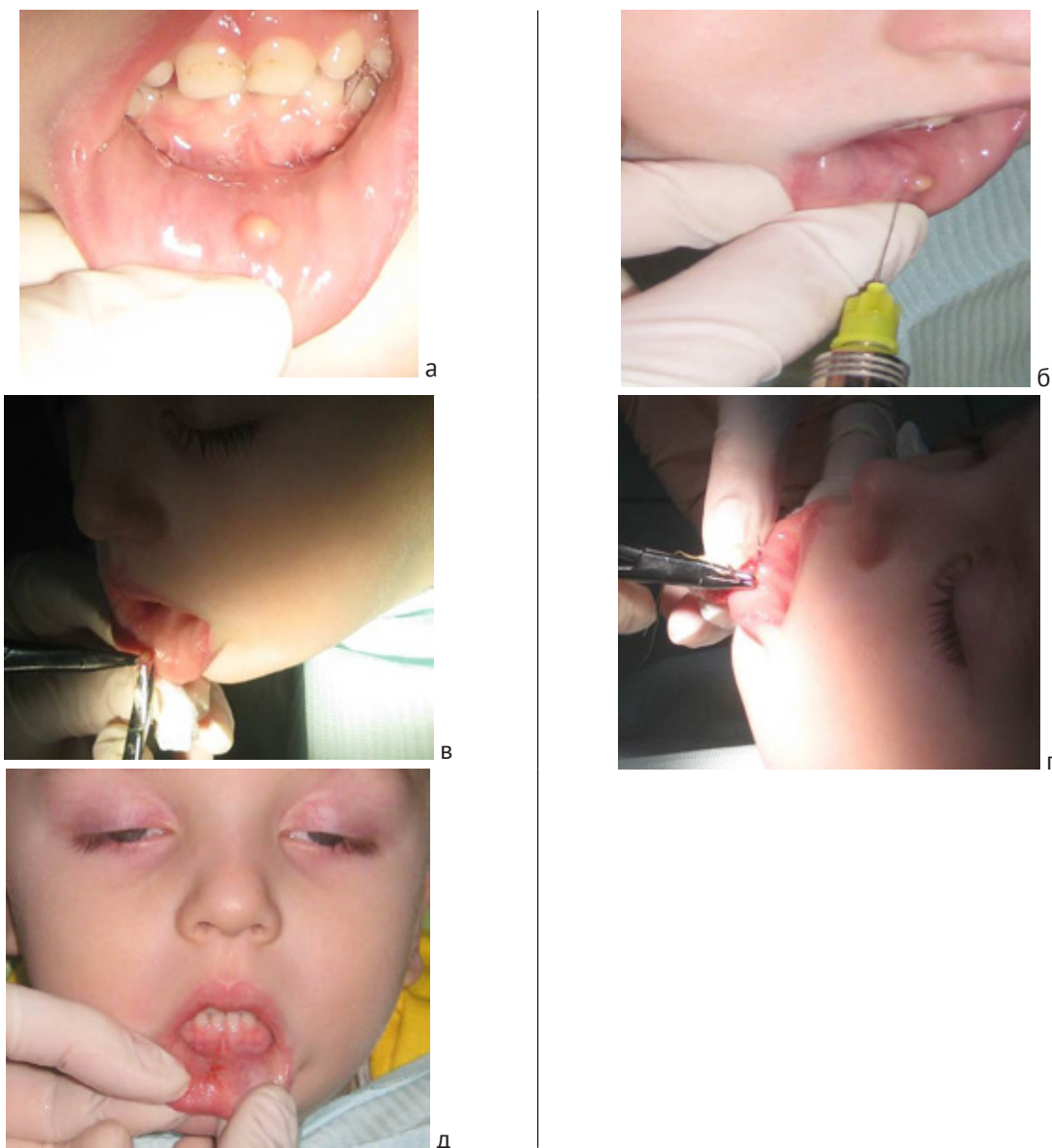


Рис. 3. Общий вид фибромы нижней губы у ребёнка и этапы хирургического лечения

В этиопатогенезе ВКФБ исследователи отводят ведущее значение постоянному раздражению фибробластов, в результате чего надкостница продуцирует неполноценную костную ткань, успевающую сформироваться в костные разрастания с хаотической костной структурой, напоминающей «оленьи рога» [7].

Пациенты наблюдают медленный и, в основном, бессимптомный рост опухоли, оттесняющий кнаружи надкостницу, что, при достижении фибромой больших размеров, деформирует челюсть. Иногда может появляться ноющая боль.

Пальпаторно ВКФБ — плотное, безболезненное образование с гладкой поверхностью и чёткими границами, а при инфицировании со стороны зубов с осложнённым

кариесом, клиническая картина напоминает хронический остеомиелит челюстей.

Рентгенологически (Рис. 4) ВКФБ напоминает кистозное образование: участок разрежения костной ткани округлой формы с относительно чёткими контурами, ограниченный истончённым слоем кости без периостальной реакции. Внутри очага могут наблюдаться петрификаты.

Беря во внимание представленные выше особенности клинико-рентгенологической картины ВКФБ, становится понятным, что окончательный диагноз устанавливается только после патогистологического исследования удалённого образования (Рис. 5).

Лечение ВКФБ хирургическое, сопровождающееся тщательным кюретажем патологического очага.



Рис. 4. Рентгенологическая картина ВКФБ нижней челюсти в области 44 и 45 зубов

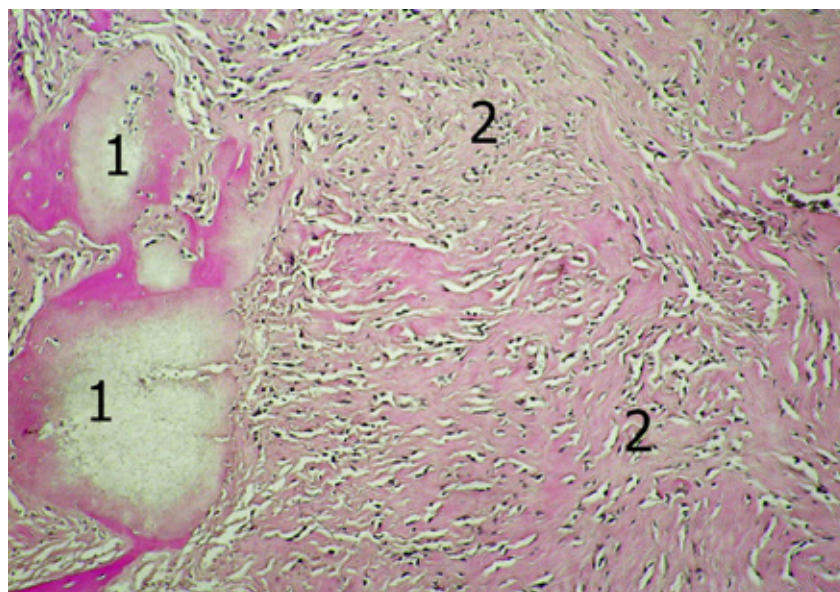


Рис. 5. Микроскопическое строение внутрикостной фибромы. Окраска по Ван-Гизону. Об. 10х, ок. 10х.  
1 — хаотические костные структуры; 2 — фиброзная ткань

Представленный материал позволяет сделать следующие выводы.

1. В структуре ДО МТ лица и шеи у детей 12,5% составляют фибромы, чаще встречаясь у пациентов младшего и старшего школьных возрастов (7–15 лет).
2. Несовпадение клинического и патоморфологиче-

ского диагнозов при фибромах ЧЛО у детей составляет 15,6% случаев.

3. В клинической практике следует помнить и о возможности развития редко встречающейся одонтогенной (внутрикостной) фибромы, по своей клинико-рентгенологической картине имитирующей кистозное образование челюстей.

#### Литература:

1. Белоконь, С. А. Гемангиомы мягких тканей челюстно-лицевой области у детей: клинко-морфологическая характеристика/С. А. Белоконь // Журнал Гродненского государственного медицинского университета. — 2014. — № 4 (48). — с. 98–102.
2. Бернадский, Ю. И. Основы челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии/Ю. И. Бернадский — М.: Медицинская литература, 2000. — 404 с.
3. Дитяча хірургічна стоматологія. Практичні заняття (Частини I-III). Методичні рекомендації/П. І. Ткаченко, О. В. Гуржій, С. О. Білоконь та співавт. — Полтава, 2005. — 140 с.
4. Зеленский, В. А. Детская хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия/В. А. Зеленский, Ф. С. Мухорамов — Москва, 2008. — 206 с.
5. 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.
6. Маланчук, В. А. Эпидемиология заболеваний челюстно-лицевой области за период 1985–2011 гг./В. А. Маланчук, О. Л. Циленко, Д. М. Черногорский, З. В. Кмединская/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. 5–7.
7. Меркулов, А. Б. Курс патогистологической техники/А. Б. Меркулов — Л.: Медицина, 1969. — 237 с.
8. Пальцев, М. А. Патологическая анатомия/М. А. Пальцев, Н. М. Аничков — М.: Медицина, 2001. — 525 с.
9. Тимофеев, А. А. Челюстно-лицевая хирургия/А. А. Тимофеев — К., 2010. — 574 с.
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.

## Рассеянный склероз, беременность и роды

Шарова Ирина Викторовна, врач-невролог  
МБУЗ ГКБСМП № 10 (г. Воронеж)

Куташов Вячеслав Анатольевич, доктор медицинских наук, профессор  
Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко

**Р**ассеянный склероз (РС) — достаточно широко распространенное дизиммунное заболевание ЦНС, которое поражает в основном лиц молодого возраста и почти с неизбежностью приводит, на определенной стадии своего развития, к инвалидизации. Эта болезнь хроническая, в большинстве случаев прогрессирующая, непредсказуемая в течении и в настоящее время неизлечимая. В последние годы отмечается рост показателей заболеваемости РС, что связано не только с усовершенствованием методов диагностики, но и с абсолютным ростом числа заболевших. Расширяются и возрастные рамки данного заболевания (чаще 20–40, однако описаны случаи начала заболевания в возрасте от 10 до 55 лет). Выключение в связи с инвалидизацией большого числа трудоспо-

собных людей из активной жизни, большие расходы на диагностику, лечение, реабилитацию и социальную помощь делают проблему РС социально и экономически значимой.

Обращает на себя внимание значительная и неравномерная распространенность заболевания на Земле. Зонами высокого риска по заболеваемости РС (более 100 больных на 100000 жителей) являются скандинавские страны и государства Центральной Европы, Канада. В России, странах южной Европы, Австралии и США это заболевание встречается с частотой от 30 до 100 случаев на 100000 жителей. Женщины болеют чаще, чем мужчины, представители белой расы — чаще, чем черной.

История изучения РС насчитывает более 100 лет, и, хотя в последние годы в понимании болезни были сде-