

лучены при одновременном использовании нескольких процедур.

В результате проводимого реабилитационного лечения 55,6% детей в течение года не болели, еще 41,7 % перенесли за год наблюдения 1–2 ОРВИ в легкой форме без осложнений, хотя большинство из них относились к группе частоболеющих. Отмечено 6 случаев осложненного течения ОРВИ в виде синусита (2), отита (2), бронхита (2). Повторных случаев пневмонии не было. Количество осложнений у детей, не проходивших реабилитационное лечение, было много выше (табл. 3).

Качество течения периода реконвалесценции после перенесенной острой пневмонии определялось сроками начала проведения реабилитационных мероприятий, их одновременной комплексностью и короткими интервалами между первым и вторым курсами реабилитации. Наилучшие результаты отмечены у детей, получивших 2 и более курсов лечения за год.

Таблица 3. Заболеваемость детей-реконвалесцентов пневмонией

Заболеваемость ОРВИ	2004 г.	2005 г.	2006 г.
Не болели	36-46,2%	52-67,3%	60-55,6%
1–2 раза	29-37,2%	23-29,5%	45-41,7%
3 и более раз	13-16,6%	3-3,8%	3-2,8%
Осложненные формы	15	9	6
Повторные пневмонии	2	0	0

Таким образом, процент эффективности реабилитационного лечения детей после перенесенной пневмонии составил в 2006 году 97,3%, что много выше по сравнению с предыдущими годами.

Кератокисты челюстей и их связь с сопутствующей патологией у детей и подростков

Ю.А. Родионова, Г.Ю. Трибунов, *Н.В. Черниговская, *С.А. Ульянов, *Т.А. Тутуева, Л.Е. Кременецкая
ФГУ «Поликлиника консультативно-диагностическая» УД Президента РФ, *МГМСУ

Международная гистологическая классификация опухолей (МГКО) в 2005 году перенесла кератокисты (КК) в разряд опухолей и рекомендовала термин — кератокистозная одонтогенная опухоль (КСОТ), так как он лучше отражает неопластическую природу опухоли. КСОТ является пороком развития зубообразовательного эпителия, ее источником могут стать образования, известные под названием железы Serres. Это скопления эпителиальных клеток, оставшиеся под поверхностью десны в виде белесоватых пятнышек и не рассосавшиеся после рождения [4]. Развивается КСОТ в зубосодержащих участках челюсти или позади третьего моляра нижней челюсти с распространением на ветвь [5]. Опухоль обладает агрессивным поведением, способна разрушать окружающие ткани, часто рецидивирует и, по данным литературы, может озлокачиваться [6]. Учитывая скудную клиническую симптоматику, эти кистозные образования у детей диагностируются несколько реже, на поздних стадиях развития, либо они обнаруживаются случайно при рентгенологическом обследовании. Очень часто кератокисты диагностируются как воспалительные радикулярные кисты. Все это приводит к диагностическим ошибкам, неправильно выбранной тактике лечения и, как следствие, — к рецидиву заболевания.

В ФГУ «Поликлиника консультативно-диагностическая» с 1990 года на лечении находилось 37 детей с кератокистами (КК) челюстей: 18 девочек и 19 мальчиков. Была установлена частота и возраст проявления КК, этапы диагностики, дифференциальной диагностики, вид лечения. Жалобы, послужившие причиной обращения в лечебные учреждения, у большинства больных были на деформацию челюстных костей в области локализации образования. У 2 больных КК были обнаружены случайно при рентгенологическом обследовании, проведенном по ортодонтическим показаниям. Воспаление КСОТ послужило причиной

госпитализации в клинику 2 больных, и у одного пациента образование выявлено в процессе обследования при затрудненном прорезывании зуба 28. Эти пациенты направлялись на кафедру детской хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии МГМСУ, где им оказывалась квалифицированная помощь в условиях стационара.

В клинике больным проводилось стандартное обследование, включающее в себя клиническое, рентгенологическое и лабораторные исследования. Практически у всех больных при внешнем осмотре выявлено нарушение конфигурации лица за счёт появления незначительной припухлости в области образования. Со стороны полости рта определялась умеренная сглаженность переходной складки за счёт выбухания кортикальной пластинки. В некоторых случаях определялась её податливость. Слизистая оболочка в цвете не изменена. Болезненность при пальпации отмечена только у больных с признаками воспаления кисты.

Подвижность зубов, расположенных в проекции образования, была отмечена у 4 больных. Первичная адентия центральных зубов выявлена у 3 пациентов.

При рентгенологическом обследовании челюстных костей КК представляли собой очаги деструкции костной ткани неправильной, округлой формы, с чёткими границами, ровными контурами. При локализации кисты на верхней челюсти в отдельных случаях отмечена некоторая фестончатость нижней границы образования, что связано с особенностями локализации бухт верхнечелюстной пазухи. Кисты этой локализации в той или иной степени оттесняли дно верхнечелюстной пазухи. У всех больных выявлено резкое несоответствие рентгенологической картины и клинического проявления образования. Обширная киста, занимающая часть тела, угол и всю ветвь челюсти, лишь незначительно деформировала переднюю кортикальную пластинку, т.е. КК имеют тенденцию к преимущественному росту в губчатом

веществе, вдоль нижнечелюстной кости. У 3 детей наблюдалось полное разрушение кортикальной пластинки.

КК, локализующиеся в дистальных отделах нижней челюсти, отесняли зачатки зубов 36, 37, 38, 46, 47 и 48 дистально, и визуально некоторые из них проецировались в полости кисты. Только на нижней челюсти КК были у 22 детей, на верхней — у 5 человек (только мальчики), поликистоз верхней и нижней челюстей — у 10 детей.

При изучении характера сопутствующей патологии у пациентов было выяснено, что у 21 человека наблюдалось: увеличение щитовидной железы, нарушение толерантности к углеводам, церебрастенический синдром, пролапс митрального клапана, хронический пиелонефрит, гастродуоденит, сколиоз, ожирение, вегетососудистая дистония, артериальная гипертензия, тугоухость, ротация почек, перенатальная энцефалопатия, гидроцефальный синдром, прогматизм, микроцефалия, врожденная полная расщелина на губы, альвеолярного отростка, твердого и мягкого неба справа и скрытая расщелина верхней губы слева и др.

По данным литературных источников, КСОТ часто сочетаются с определенными наследственными синдромами. Нами проведена медико-генетическая консультация 17 пациентам. При этом поставлен диагноз синдром Горлина-Гольца — 14 чел., синдром Марфана — 1 чел., синдром Нунан — 2 чел. К лечению таких пациентов необходимо подходить комплексно и как можно раньше. Им необходимо обследование у других врачей (уролог, эндокринолог, кардиолог, нефролог, гинеколог и т.д.) и постоянное динамическое наблюдение (рис. 1, 2, 3, 4).

Особое внимание следует уделять пациентам с первичным диагнозом — воспалительная околокорневая киста, так

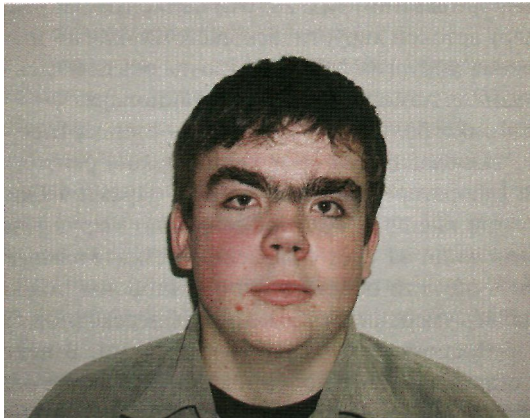


Рис. 1. Внешний вид пациента В.П., 16 лет, с синдромом Горлина-Гольца. Отмечается гипертрихоз в области переносицы, на спинке носа, укорочение верхней трети лица за счет снижения линии роста волос. Синдром сопровождается множественными базально-клеточными невусами. Кроме того у этого пациента отмечается воронкообразная грудная клетка, гипертелоризм, сопутствующая патология - ренальная артериальная гипертензия.

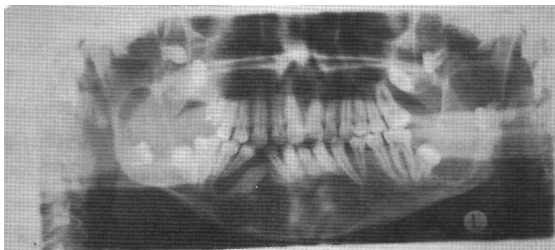


Рис. 2. Ортопантомограмма данного пациента. Поликератоктоз челюстей.

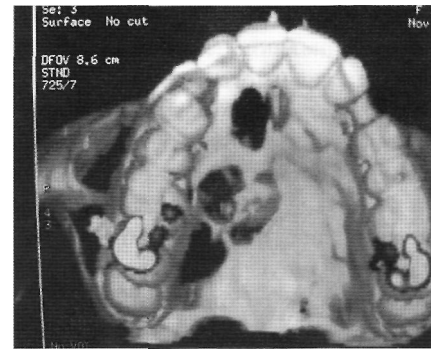


Рис. 3. КТ показывает локализацию участков перфорации кортикальной пластинки. КТ пациента Г., 15 лет.



Рис. 4. Оболочка КСОТ охватывает зачаток зуба 1.3, симулируя фолликулярную кисту. Гистология №411-21 от 01.02.2007 пациента Г., 15 лет.

как часто при гистологическом исследовании материала обнаруживается кератокиста.

Четырём больным производилось удаление образования по типу цистотомии. У остальных — цистэктомии. На верхней челюсти чаще всего проводилось вмешательство — цистэктомия с радикальной синусотомией. Все операции проводились под эндотрахеальным наркозом.

У 7 человек при распространении кисты на тело, угол и ветвь челюсти, подход осуществляли из поднижнечелюстной области. У остальных детей операции осуществлялись внутриротовым подходом.

Удалялась полностью толстая соединительнотканная оболочка образования, относительно свободно отделяющаяся от кости. Несколько сложнее удалялась оболочка в области корней зубов, контактирующих с полостью. Корни зубов предварительно пломбировались и проводили их резекцию.

Полость кисты чаще всего была выполнена мутной желтоватой жидкостью. У больных, в анамнезе которых отмечались воспаления, определялся гнойный экссудат.

При гистологическом исследовании оболочка КК представлена фиброволокнистой тканью, внутренняя поверхность выстлана многослойным плоским эпителием с паракератозом. При воспалении КК в стенке образования определяется хроническое продуктивное воспаление и эпителиальная выстилка местами приобретает уплощённый вид, местами с явлениями гиперплазии и с утратой классических черт эпителиальной выстилки.

Рецидивы заболевания были выявлены у четырёх больных. Это были больные с поликератоктозом верхней и

нижней челюстей. При этом у двух больных отмечен рецидив КК верхней и нижней челюстей дважды.

На нижней челюсти рецидивы отмечены после проведения операций по типу цистотомии, при этом не проводилось удаления зубов, расположенных в проекции кисты или резекции их корней.

При локализации КК на верхней челюсти рецидивы отмечены после более радикальных операций — цистэктомии с радикальной синусотомией.

Рецидивы возникали через 8—12 месяцев после проведения первичных операций и потребовали проведения повторных вмешательств. Есть данные, что ороговевающий эпителий КСОТ способен образовывать выросты в глубь фиброзной капсулы и даже в окружающую костную ткань. Это создает определенные трудности полного удаления образования [2].

В некоторых исследованиях [3] сообщается об особой сложности диагностики одиночно расположенных КК верхней челюсти и одонтогенных воспалительных кист в боковом отделе верхней челюсти. Необходимо ввести сбор семейного анамнеза, ввести дополнительные цитологические исследования детям при подозрении на проявление одиночной КК в боковом отделе верхней челюсти. В исследованиях А.С. Мурадяна (2002) сообщается о 3 наблюдениях, когда клинически и рентгенологически был поставлен диагноз: одонтогенная воспалительная киста. Только после морфологического исследования диагноз был верифицирован.

В.В. Рогинский (2002) считает, что предположение о КК должно возникать при выявлении следующих особенностей:

1. Множественность поражений.
2. Большие размеры.
3. Локализация в области угла и ветви нижней челюсти с распространением по длиннику, без выраженного вздутия.
4. Склонность проникать в мышечковый и венечный отросток нижней челюсти.
5. Рецидив после перенесенной операции, наличие признаков синдрома Горлина.

Выводы

Сходство клинического проявления и рентгенологических данных новообразований требует проведения морфологического исследования и установления диагноза комплексом клинико-рентгенологических и морфологических данных. При верификации опухоли необходимо дополнительно использовать томографию, компьютерную томографию, магнитно-ядерную резонансную томографию, проводить цитологическую и инцизионную биопсию. Основой ранней диагностики опухолей челюстно-лицевой области у детей должна быть онкологическая настороженность на поликлиническом уровне. Способность КК челюстных костей у детей и подростков к рецидивированию, а также описываемые в литературе случаи озлокачествления требуют более радикального подхода к лечению данных образований, а также длительного послеоперационного наблюдения в режиме диспансеризации. Данная статья показывает необходимость комплексного подхода в лечении больных с данной патологией.

Литература

1. Рогинский В.В. Доброкачественные опухоли, опухолевидные процессы и гиперпластические процессы лицевого скелета у детей. Дис.... д-ра мед. наук. — М., 1980.
2. Рогинский В.В., Лапшин С.Д., Рабухина Н.А., Налапко В.И. Одонтогенные кератокисты у детей и подростков. Московский центр детской челюстно-лицевой хирургии 10 лет: результаты, итоги, выводы. — М.: Детстомиздат, 2002.
3. Мурадян А.С. Клиника, диагностика и лечение одонтогенных воспалительных кист верхней челюсти у детей и подростков: Дисс.... канд. мед. наук. — М., 2002.
4. Ясвоин Г., Воробьев В. Анатомия, гистология, эмбриология полости рта и зубов. Биомедгиз, М.-л, 1936.
5. Donoff R.B. // J. Oral Surg. - 1972. - Vol. 30. - P. 879-884.
6. Dolphine Oda // J. Cont. Dent. Pract. - 2000. - № 2.
7. Brannon K.B. // J. Oral Surg. - 1977 - Vol. 43. - P. 233-255.

Место менингиом головного мозга в структуре церебральных опухолей

А.В. Язвенко

ФГУ "Учебно-научный медицинский центр" УД Президента РФ

В настоящее время тема опухолевых заболеваний является актуальной, поскольку во всем мире наблюдается прогрессивный рост онкологической заболеваемости, в том числе и опухолей головного мозга.

Опухоли головного мозга (ОГМ) — сравнительно редкие заболевания. По данным ряда авторов и по статистике ВОЗ, их частота составляет от 4,5 до 15 на 100 000 населения [2, 3, 4, 5, 6]. Наибольшая частота опухолей головного мозга отмечается в развитых странах, что, однако, может быть обусловлено более эффективной диагностикой. Риск развития опухолей возрастает после 30 лет, а после 75 лет заболеваемость уменьшается. Возможной причиной этого служит недостаточная диагностика данной патологии у пожилых [5].

Опухоли оболочечно-сосудистого ряда — менингиомы — наблюдаются примерно в 11—36% от всех интракраниальных новообразований, прочно занимая 2-е место среди всех ОГМ, уступая по частоте лишь опухолям нейроэктодермального ряда [2, 8, 13]. Ежегодная заболеваемость ими колеблется от 6 до 9,5 случая на 100 000 населения [2, 13].

По данным большинства авторов, менингиомы наиболее часто встречаются в возрасте 30—60 лет, наиболее редко — до полового созревания (2% от всех менингиом) и после 75 лет, почти не наблюдаются у лиц до 20 лет. Некоторыми авторами отмечаются два возрастных пика: с 50 до 60 лет и с 70 до 80 лет [8].

Считается, что в более позднем возрасте заболеваемость начинает снижаться, хотя есть мнение, что менингиомы в