REFERENCES

1. Grigovich I.N. Trihobezoary zheludka.- Grigovich I.N., Pyattoev YU.T., Husu E.P. V kn.: Neprohodimost' zheludochno-kishechnogo trakta u detej/ Pod.red. YU.A.Kozlova, V.V.Podkameneva, V.A.Novozhilova M.izd.»GEOTAR-Media». 2017- 744 s. (In Russ).
2. Davidov M.I. Bezoary zheludochno- kishechnogo trakta u detej./ Davidov M.I., Sokolov YU.YU. //Pediatriya. 2010 № 2, S.60-65. (In Russ).
3. Mohammad B. Trihobezoar toshchej kishki u podrostka/ Mohammad B., Cybin A.A., Davletcarov M.A., Vajs A.V., Degtyarev L.YU., YA-kupov A.N., Kruk N.N. // Rossijskij vestnik detskoj hirurgii, anesteziologii i reanimatologii, (prilozhenie) M.2017.№ 3.- S.117-118. (In Russ).
4. Sokolov YU.YU. Sochetanie anomalij gastroduodenal'noj zony s bezoarami bol'shih razmerov / Sokolov YU.YU., Davidov M.I. // Detskaya hirurgiya 2009. № 3- S.50-51. (In Russ).
5. Sokolov YU.YU. Miniinvazivnye metody udaleniya trihobezoarov zheludka i dvenadcatiperstnoj kishki u detej / Sokolov YU.YU., Ionov O.V., Tumaen G.T. i dr. // Rossijskij vestnik detskoj hirurgii, anesteziologii i reanimatologii M.2012. №1- S.56-59. (In Russ).
6. Fullon S.C. The Surgicel management of Rapunzel syndrome: a case series and litera tune nevin / Fullon S.C., Slater B.J., Lanimen E.L. et al Brant M.L., Lopez H.E. // J.Pediatr Surg. – 2013 – vol.48 – P.830 -834
7. Mkrtycheva T.E. Trihobezor podvzdoshnoj kishki./ Mkrtycheva T.E., Salamoha A.P., SHahzad'yanc A.A., CHepurnoj G.I. // Detskaya hirurgiya 2004. №3.S.48-49. (In Russ).

УДК 617.7-001
© Коллектив авторов, 2021

П.М. Балашова[1,2], О.Е. Лудченко[2], Д.И. Беда[3],
Е.В. Козина[1], М.А. Березовская[1], А.В. Сидоренко[4]

САМОПОВРЕЖДЕНИЯ ОРГАНА ЗРЕНИЯ В ПРАКТИКЕ ОФТАЛЬМОЛОГА

[1]ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Минздрава России, г. Красноярск
[2]КГБУЗ «Красноярская краевая офтальмологическая клиническая больница имени профессора П.Г. Макарова», г. Красноярск
[3]Филиал ФГБУ «Федеральный Сибирский научно-клинический центр ФМБА России» – «Клиническая больница 42», г. Зеленогорск
[4]КГБУЗ «Краевая клиническая больница», г. Красноярск

Одними из видов самоповреждения органа зрения являются травмы глазницы, в том числе с повреждением глазного яблока, различные периорбитальные травмы. Предрасполагающими к самотравмированию факторами часто являются психические заболевания, злоупотребление наркотиками. В статье представлены два случая самоповреждения у молодых наркозависимых мужчин. Первый пациент ударил себя в глаз шариковой ручкой. Удаленное через неделю инородное тело представляло фрагмент ручки длиной 12 см и диаметром 7 мм. Нанесенная травма не оказала принципиального влияния на остроту зрения и общесоматическое состояние пациента. Ножевое орбитокраниальное саморанение, полученное вторым пострадавшим, привело к развитию субатрофии поврежденного глазного яблока и атрофии зрительного нерва парного глаза. Ведение таких пациентов требует междисциплинарных подходов.

Ключевые слова: глаз, травма орбиты, краниоорбитальная травма, самоповреждение, самоповреждающее поведение, самоповреждение глаз, наркозависимость, шизофрения.

P.M. Balashova, O.E. Ludchenko, D.I. Beda,
E.V. Kozina, M.A. Berezovskaya, A.V. Sidorenko

SELF- INFLICTED EYE INJURY IN OPHTHALMOLOGIST'S PRACTICE

The types of self-inflicted eye injuries involve eye socket injuries, including damage to the eyeball and various periorbital injuries. Predisposing factors to self-inflicted injury are often mental illness and drug abuse. The article presents two cases of self-inflicted injury in young drug addicted men. The first patient hit himself in the eye with a ballpoint pen. The foreign body removed a week later represented a fragment of a pen 12 cm long and 7 mm in diameter. The injury did not have a fundamental effect on the visual acuity and the general somatic state of the patient. Knife orbitocranial self-inflicted injury, received by the second victim, led to the development of subatrophy of the damaged eyeball, atrophy of the optic nerve of the paired eye. The management of these patients requires a multidisciplinary approach.

Key words: eye, orbital trauma, cranio-orbital trauma, self-inflicted injury, self-injurious behavior, self-inflicted eye injury, drug addiction, schizophrenia.

Глазной травматизм подразделяется на бытовой, детский, спортивный, военный, криминогенный и травматизм при экстремальных ситуациях [1]. При этом крайне редко упоминается такой вид глазной травмы как самоповреждение.

Несмотря на отсутствие единой интерпретации данного термина чаще под «самоповреждением» понимают умышленное причинение вреда своему здоровью без намерения умереть, встречающееся в основном при психотических расстройствах и как осложнение стереотипий при выраженных формах умственной отсталости [2]. По данным J.G. Gunderson et al. самоповреждения составляют до 9% в отделениях неотложной помощи и до 20% в психиатрических клиниках [3].

Применительно к тяжелым травмам органа зрения наиболее часто описывают случаи аутоэнуклеации (АЭ), под которой понимают редкую форму членовредительства, обычно связанную с психическими расстройствами,

такими как шизофрения, психоз, вызванный употреблением психоактивных, в том числе наркотических веществ, и с биполярным расстройством [4-8]. Психиатрические теории патогенеза АЭ включают сексуальные и религиозные иллюзии, символизм, вину и замещение. Считается, что такие пациенты подвержены высокому риску дальнейших самоповреждений [4,8,9].

Клинические проявления АЭ разнообразны. H.M. Castro et al. наблюдали эмфизему орбит, экзофтальм, обширные раны конъюнктивы, оторванные экстраокулярные мышцы, внутриглазные кровоизлияния [6]. M. Shah с соавт. указывают на разрывы век, отрыв зрительного нерва, внутричерепные кровоизлияния [7].

Описываемый вид членовредительства чаще бывает односторонним, хотя имеются данные о двусторонних попытках АЭ [6,7,10].

К другим самоповреждениям органа зрения относят различные травмы глазных яблок, вспомогательного аппарата глаза, орбиты, орбито-краниальные и краниоорбитальные повреждения, нередко сопровождающиеся внедрением инородных тел и пр.

Описано самотравмирование обоих глаз заостренной проволочной вешалкой для одежды 32-летним пациентом, страдающим параноидной шизофренией. Проведение витреоретинального вмешательства позволило сохранить у пострадавшего достаточно высокие зрительные функции [11].

J.C. Riedl с соавт. представили случай длительно существующего, не поддающегося интенсивной антибактериальной терапии абсцесса века, являющегося результатом периодических самоповреждений века бритвенным лезвием. Ими же продемонстрированы интраоперационные находки в виде крупных перфораций склеры и роговицы с ущемлением радужки у пациентов с пограничными расстройствами личности [12].

L.N. Kanu et al. сообщили о «немотивированном» введении через пальпебральную конъюнктиву в верхнее веко и в глазницу скоб, скрепок и других небольших отрезков металлической проволоки. При этом ни в одном из 12 случаев не было выявлено признаков инфицирования, кровоизлияний, ограничения подвижности глазных яблок, признаков повреждения зрительного нерва и глаза в целом [13]. Помещение в орбиту нескольких инородных тел 26-летней женщиной с тяжелым эмоционально неустойчивым расстройством личности не потребовало какого-либо хирургического вмешательства ввиду сохраняющихся высоких зрительных функций и ареактивного нахождения инородных тел в глазнице [14].

Двадцатилетняя пациентка, страдающая шизофренией, под воздействием императивных (инструктирующих) галлюцинаций вручную вставила карандаши в обе глазницы с целью «прикрепления век». Инородные тела прошли через зрительные каналы в кавернозные синусы и далее в височные доли мозга. Глазные яблоки, сонные артерии и другие крупные сосуды повреждены не были. В ходе офтальмологического обследования диагностирован синдром вершины орбиты. Инородные тела удалены. Последующее лечение у психиатра к какой-либо положительной динамике со стороны органа зрения не привело [15].

В отечественной литературе упоминания о самоповреждениях органа зрения единичны, в нашей практике встречаются редко, представляем два клинических случая.

Больной Ж. 30 лет, пациент реабилитационного центра для наркозависимых, был доставлен в кабинет неотложной офтальмологической помощи сотрудниками данного учреждения. При обращении предъявлял жалобы на снижение остроты зрения, умеренное бинокулярное двоение, покраснение, отек век и слизистой оболочки правого глаза (рис. 1).

Рис. 1. Хемоз конъюнктивы правого глаза на момент обращения

При сборе анамнеза установлено, что за неделю до обращения пострадавший ткнул себе шариковой ручкой в правый глаз с целью самовредительства. Отсутствие грубых внешних повреждений, обнаружение у пациента обломков ручки позволили сотрудникам центра в день травмы сделать заключение о ее несерьезности. Нарастание клинической картины в течение последующих дней побудило к обращению за медицинской помощью.

На момент офтальмологического обследования острота зрения правого глаза 0,3 (-) $3,0^{Д}$=0,7; острота зрения левого глаза – 1,0. При осмотре правого глаза определялись: умеренный отек век, ограничение подвижности глазного яблока книзу и кнутри, затруднение его репозиции; хемоз конъюнктивы, адаптированная рана конъюнктивы 7-8 мм в нижне-внутреннем квадранте, незначительное

количество слизисто-гнойного отделяемого из конъюнктивальной полости; точечные дефекты переднего эпителия роговицы в нижнем сегменте; остальные структуры глазного яблока не изменены. В левом глазу патологических изменений не выявлено.

По данным стандартного рентгенографического исследования (оборудованием для томографии медицинская организация не оснащена) целостность костных структур орбит сохранена. По результатам ультразвукового исследования правой орбиты глазное яблоко деформировано, в нижнем сегменте глазницы не исключается ретробульбарная гематома.

На основании клинической картины, анамнестических данных, результатов дополнительного обследования заподозрено проникающее ранение правой орбиты с инородным телом.

На фоне интенсивной антибактериальной и неспецифической противовоспалительной терапии проведена ревизия правой орбиты. В ходе операционного вмешательства извлечен фрагмент пластмассовой шариковой ручки длиной 12 см и диаметром 7 мм (рис. 2).

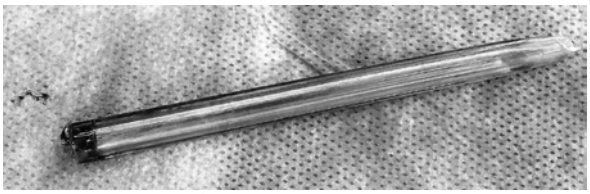

Рис. 2. Извлеченный фрагмент пластмассовой шариковой ручки

Учитывая размеры удаленного инородного тела, не позволяющие исключить изолированное повреждении орбиты, пациент переведен в многопрофильный стационар для дальнейшего наблюдения офтальмологом и дообследования, с целью возможного лечения у невролога и нейрохирурга.

Больной К., 28 лет, находясь в состоянии острого психотического расстройства вследствие приема наркотических препаратов (синтетических каннабиноидов), на почве ссоры с родственниками нанес себе ножевые ранения в область глаз. При обращении за медицинской помощью (через час после травмы) дезориентирован в месте и времени, не критичен. На момент первичного осмотра активных жалоб не предъявлял. По результатам мультиспиральной компьютерной томографии выявлены данные о переломах верхней и медиальной стенок левой глазницы; гемосинус слева (лобной, верхнечелюстной пазух, передних клеток решетчатой кости), определена значительная деформация левого глазного яблока; визуализированы признаки плащевидной гематомы левой лобно-теменно-височной области с прорывом в желудочковую систему (в IV и передний рог правого бокового желудочка): сглаженность субарахноидального пространства слева; в левой лобной области раневой канал шириной до 0,5 см с участками повышенной плотности (за счет крови) в нем (рис. 3 а-в).

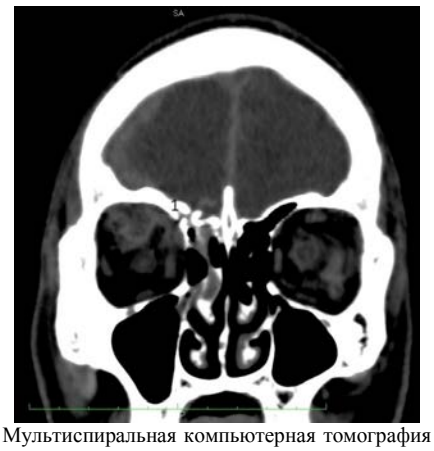

Рис. 3а. Мультиспиральная компьютерная томография пациента К, 28 лет. 1 –перелом верхней стенки левой орбиты

Рис. 3б. Мультиспиральная компьютерная томография пациента К, 28 лет. 1 – деформация левого глазного яблока; 2 – раневой канал в веществе головного мозга

Рис. 3в. Мультиспиральная компьютерная томография пациента К, 28 лет. 1– раневой канал в веществе головного мозга: 2-3 – геморрагическое содержимое в желудочках головного мозга

В офтальмологическом статусе (через сутки после травмы): острота зрения правого глаза равна нулю, левого – светоощущение с правильной проекцией; выраженный отек, гематомы параорбитальной области и век, геморрагическое отделяемое из конъюнктивальной полости обоих глаз. На левом глазу

рана конъюнктивы и склеры протяженностью до 30 мм с 6 до 10 часов, в ней выпавшие внутренние оболочки; роговица мутная, другие отделы глаза не визуализируются. Движения парного глаза значительно ограничены; тотальный геморрагический хемоз конъюнктивы, затрудняющий осмотр склеры, в нижневнутреннем квадранте рана конъюнктивы до 15 мм; роговица, передняя камера, радужка не изменены, зрачок правильной формы, расширен, фотореакция отсутствует; хрусталик и стекловидное тело прозрачные, глазное дно без патологических изменений; внутриглазное давление в пределах нормы.

В связи с отсутствием компрессии на вещество головного мозга и нарушений ликвородинамики пострадавшему проводилась интенсивная консервативная терапия в условиях отделения нейрореанимации. Через неделю после ранения произведены: первичная микрохирургическая обработка склерального ранения левого глаза, ревизия склеры, первичная микрохирургическая обработка раны конъюнктивы правого глаза. В последующем у пациента развились субатрофия левого глазного яблока и атрофия зрительного нерва правого глаза, обусловившие двусторонний амавроз.

Таким образом, приведенные случаи подтверждают данные:

- о наркозависимости как об одном из основных фоновых состояний, ассоциированных с аутоагрессивным поведением и самоповреждениями;
- о высокой степени тяжести и/или казуистичности травм, при которых естественной точкой входа ранящего агента является орбита (особенно при их преобразовании в орбитокраниальные повреждения);
- об отсроченной или поздней обработках нанесенных ран, что в ряде случаев может снижать перспективы сохранения зрительных функций;
- о необходимости своевременного использования максимально информативных методов лучевой диагностики для определения оптимальной тактики ведения больных и профилактики потенциально опасных для их жизни осложнений.

Учитывая, что треть пациентов с аутоповреждениями глаз способна демонстрировать другие типы самоповреждающего поведения после первых эпизодов самотравмирования [4], обязательно необходимы консультация и наблюдение специалистов по психическому здоровью. Ведение таких пациентов требует междисциплинарных, мультимодальных усилий с участием медицинских специалистов, пациентов, членов семьи и персонала.

Сведения об авторах статьи:

Балашова Полина Михайловна – ассистент кафедры офтальмологии с курсом ПО им. проф. М.А. Дмитриева ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России. Адрес: 660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, 1. E-mail: doctor-polly@mail.ru.

Лудченко Ольга Евгеньевна – заведующий приемным отделением КГБУЗ «Красноярская краевая офтальмологическая клиническая больница имени профессора П.Г. Макарова». Адрес: 660022, Красноярск, ул. Никитина, 1в. E-mail: ludchenko_o_e@oculare.ru.

Беда Дарья Ильинична – врач-офтальмолог Филиала ФГБУ «Федеральный Сибирский научно-клинический центр ФМБА России» – «Клиническая больница 42». Адрес: 663690, г. Зеленогорск, Красноярский край, ул. Комсомольская, 23г. E-mail: dashapo@rambler.ru.

Козина Елена Владимировна – д.м.н., доцент, завкафедрой офтальмологии с курсом ПО им. проф. М.А. Дмитриева ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России. Адрес: 660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, 1. E-mail: el.kozina@yandex.ru.

Березовская Марина Альбертовна – д.м.н., доцент, завкафедрой психиатрии и наркологии с курсом ПО ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России. Адрес: 660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, 1.

Сидоренко Андрей Владимирович – врач-рентгенолог КГБУЗ «Краевая клиническая больница». Адрес: 660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, 3А. E-mail: sidorenko3@mail.ru.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гундорова, Р.А. Современная офтальмотравматология / Р.А. Гундорова, А.В. Степанов, Н.Ф. Курбанова. – М.: Медицина, 2007. – 256 с.
2. Зинчук, М.С. Несуицидальное самоповреждающее поведение при психических расстройствах непсихотического уровня: эпидемиология, социальные и клинические факторы риска / М.С. Зинчук, А.С. Аведисова, А.Б. Гехт // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2019. – Т.119, №3. – С.108-119. DOI: 10.17116/jnevro2019119031108
3. Gunderson, J.G. Working With Patients Who Self-injure / J.G. Gunderson, L.W. Choi-Kain // JAMA Psychiatry. – 2019. – Vol. 76, № 9. – P. 976–977. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2019.1241
4. Kennedy, B.L. Self-inflicted eye injuries: case presentations and a literature review / B.L. Kennedy, T.B. Feldmann // Hosp. Community Psychiatry. – 1994. – Vol. 45, № 5. – P. 470–474. DOI: 10.1176/ps.45.5.470
5. Large, M.M. Self-enucleation: forget Freud and Oedipus, it's all about untreated psychosis / M.M. Large, O.B. Nielssen // Br. J. Ophthalmol. – 2012. – Vol. 96, № 8. – P. 1056–1057. DOI: 10.1136/bjophthalmol-2012-301531
6. Case of Attempted Bilateral Self-Enucleation in a Patient with Bipolar Disorder / H.M. Castro [et al.] // Ment. Illn. – 2017. – Vol. 9, № 1. – P. 20–22. DOI: 10.4081/mi.2017.7141
7. Self-inflicted enucleations: Clinical features of seven cases / M. Shah [et al.] // Orbit. – 2017. – Vol. 36, № 3. – P. 154–158. DOI: 10.1080/01676830.2017.1279670
8. Self-enucleation of the right eye by a 38-year-old woman diagnosed with schizoaffective disorder: a case report / N. Chechko [et al.] // BMC Psychiatry. – 2020. – Vol. 20, № 1. – P. 563. DOI: 10.1186/s12888-020-02974-6
9. Patton, N. Self-inflicted eye injuries: a review / N. Patton // Eye. – 2004. – Vol. 18, № 9. – P. 867–872. DOI: 10.1038/sj.eye.6701365

10. Oedipism: An unusual case of auto-enucleation including mechanism of avulsion [Electronic resource] / L. Okafor [et al.] // Eur. J. Ophthalmol. – 2020. – URL: https://sci-hub.do/10.1177/1120672120972028 (date of access: 25.12.2020). DOI: 10.1177/1120672120972028
11. Ocular self-mutilation / C.D. Witherspoon [et al.] // Ann. Ophthalmol. – 1989. – Vol. 21, № 7. – P. 255-7, 259.
12. Self-inflicted eye injury / J.C. Riedl [et al.] // Ophthalmologe. – 2019. – Vol. 116, № 4. – P. 372–375. DOI: 10.1007/s00347-018-0740-y
13. Self-insertion of foreign bodies into the orbit and periocular tissue / L.N. Kanu [et al.] // Orbit. – 2019. – Vol. 38, № 6. – P. 486–491. DOI: 10.1080/01676830.2018.1556705
14. Self-Inserted Intraorbital Foreign Bodies / A. Rubinstein [et al.] // Ophthalmic. Plast. Reconstr. Surg. – 2005 – Vol. 21, № 2. – P. 156–157. DOI: 10.1097/01.iop.0000156093.83033.a0
15. Bababeygy, S.R. Bilateral oedipism / S.R. Bababeygy, A.A. Sadun // Ophthalmic. Plast. Reconstr. Surg. – 2013. – Vol. 29. № 1. – P. 11–12. DOI: 10.1097/IOP.0b013e31825678a7

REFERENCES

1. Gundorova R.A., Stepanov A.V., Kurbanova N.F. Sovremennaya oftal'motravmatologiya (Modern ophthalmotraumatology). Moscow: Meditsina, 2007. 256 s. (In Russ.).
2. Zinchuk M.S., Avedisova A.S., Guekht A.B. Nonsuicidal self-injury behavior in non-psychotic disorders: epidemiology, social and clinical risk factors. Korsakov journal of neurology and psychiatry. 2019;119(3):108–119. (In Russ.) DOI: 10.17116/jnevro2019119031108.
3. Gunderson J.G., Choi-Kain L.W. Working With Patients Who Self-injure. JAMA Psychiatry. 2019;76(9):976-977. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2019.1241
4. Kennedy B.L., Feldmann T.B. Self-inflicted eye injuries: case presentations and a literature review. Hosp. Community Psychiatry. 1994;45(5):470-474. DOI: 10.1176/ps.45.5.470
5. Large M.M., Nielssen O.B. Self-enucleation: forget Freud and Oedipus, it's all about untreated psychosis. Br. J. Ophthalmol. 2012;96(8):1056-7. DOI: 10.1136/bjophthalmol-2012-301531
6. Castro H.M., Alvarez J., Bota R.G. [et al.] A Case of Attempted Bilateral Self-Enucleation in a Patient with Bipolar Disorder. Ment. Illn. 2017;9(1):7141. DOI: 10.4081/mi.2017.7141
7. Shah M., Sun L., Elmann S. [et al.]. Self-inflicted enucleations: Clinical features of seven cases. Orbit. 2017;36(3):154-158. DOI: 10.1080/01676830.2017.1279670
8. Chechko N., Stormanns E., Podoll K. [et al.]. Self-enucleation of the right eye by a 38-year-old woman diagnosed with schizoaffective disorder: a case report. BMC Psychiatry. 2020;20(1):563. DOI: 10.1186/s12888-020-02974-6
9. Patton N. Self-inflicted eye injuries: a review. Eye (Lond). 2004;18(9):867-872. DOI: 10.1038/sj.eye.6701365
10. Okafor L., Choudry A., Mudhar H.S. [et al.]. Oedipism: An unusual case of auto-enucleation including mechanism of avulsion. Eur. J. Ophthalmol. 2020:1120672120972028. DOI: 10.1177/1120672120972028
11. Witherspoon C.D., Feist F.W., Morris R.E. [et al.]. Ocular self-mutilation. Ann. Ophthalmol. 1989;21(7):255-7, 259.
12. Riedl J.C., Gericke A., Engelmann J. [et al.]. Selbstverletzung am Auge [Self-inflicted eye injury]. Ophthalmologe. 2019;116(4):372-375. (in German). DOI: 10.1007/s00347-018-0740-y
13. Kanu L.N., Liu C.Y., Oh D.J. [et al.]. Self-insertion of foreign bodies into the orbit and periocular tissue. Orbit. 2019;38(6):486-491. DOI: 10.1080/01676830.2018.1556705
14. Rubinstein A., Riddell C.E., Kafil-Hussain N. [et al.]. Self-inserted intraorbital foreign bodies. Ophthalmic Plast. Reconstr. Surg. 2005;21(2):156-157. DOI: 10.1097/01.iop.0000156093.83033.a0
15. Bababeygy S.R., Sadun A.A. Bilateral oedipism. Ophthalmic.Plast. Reconstr. Surg. 2013;29(1):e11-2. DOI: 10.1097/IOP.0b013e31825678a7

УДК 617.53-002.36
А.М. Сулейманов, С.В. Щекин, М.Б. Убайдуллаев, 2021

А.М. Сулейманов[1], С.В. Щекин[1], М.Б. Убайдуллаев[2]

БОЛЕЗНЬ КАСТЛЕМАНА В КЛИНИКЕ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ

[1]ГБУЗ РБ «Городская клиническая больница № 21», г. Уфа
[2]ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Уфа

В статье приводится описание случая проявления болезни Кастлемана (БК) в челюстно-лицевой области у женщины в возрасте 51 года. Опухолевидное образование боковой поверхности шеи справа без существенных беспокойств увеличивалось в течение 18 лет. Гистологическое исследование удаленного новообразования в результате хирургической операции выявило редкую патологию – ангиофолликулярную гиперплазию лимфоузла.

Ангиофолликуллярную гиперплазию лимфатических узлов впервые описал Бенджамин Кастлеман (B. Castleman) в 1954 г., обнаружив у пациента солитарную медиастинальную гиперплазию лимфоузлов [4].

По мнению Егоровой Е.К. [1] болезнь Кастлемана необходимо подразделять на локальную и генерализованную (мультицентрическую). Локальная болезнь Кастлемана имеет три морфологических варианта: гиалино-васкулярный, плазмоклеточный и смешанно-клеточный. По ее данным гиалино-васкулярный вариант встречается у 48,7% пациентов, плазмоклеточный – у 23,7%, а смешанно-клеточный – у 27,6% пациентов.

Проявление болезни Кастлемана на лице или шее является поводом для онкологической настороженности.

Ключевые слова: болезнь Кастлемана, ангиофолликуллярная гиперплазия лимфатических узлов, магнитно-резонансная томография (МРТ).

A.M. Suleimanov, S.V. Shchekin, M.B. Ubaidullaev

CASTLEMAN DISEASE IN THE CLINIC OF MAXILLOFACIAL SURGERY

The article describes a case of Castleman disease in the maxillofacial region in a woman aged 51 years. A tumor-like formation of the lateral surface of the right neck without significant anxiety grew over 18 years. A histological examination of a distant neoplasm after a surgical operation made it possible to diagnose a rare pathology- angiofollicular hyperplasia of the lymph node.