

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.] // Ophthalmologie. – 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. Bababegy, S.R. Bilateral oedipism / S.R. Bababegy, 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]. Ophthalmologie. 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. Bababegy 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<sup>1</sup>, С.В. Щекин<sup>1</sup>, М.Б. Убайдуллаев<sup>2</sup>

## БОЛЕЗНЬ КАСТЛЕМАНА В КЛИНИКЕ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ

<sup>1</sup>ГБУЗ РБ «Городская клиническая больница № 21», г. Уфа

<sup>2</sup>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.

Ангиофолликулярную 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, плазмноклеточный и смешанно-клеточный. По ее данным гиалино-васкулярный вариант встречается у 48,7% пациентов, плазмноклеточный – 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, ангиофолликулярная 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.

Angiofollicular lymph node hyperplasia was first described by Benjamin Castleman in 1954, when solitary mediastinal lymph node hyperplasia was discovered in a patient [3].

E.K. Egorova claims that Castleman disease must be divided into local and generalized (multicentric) [1]. With local Castleman disease, 3 morphological variants should be distinguished: hyaline-vascular, plasma-cellular and mixed-cellular. According to her, hyaline-vascular variant is found in 48,7% of patients, plasma-cellular – in 23,7% and mixed-cellular – in 27,6%.

Manifestation of Castleman disease on the face or neck is a red flag for cancer alert.

**Key words:** Castleman disease, angiofollicular lymph node hyperplasia, magnetic resonance imaging.

Впервые ангиофолликулярная гиперплазия лимфатических узлов описана Бенджамином Кастлеманом (B. Castleman) в 1954г., при обнаружении у пациента солитарной медиастинальной гиперплазии лимфоузлов [3]. Часто она не сопровождается системными проявлениями.

A.R. Keller с соавт. (1972 г.) классифицировали два гистологических варианта болезни: гиалино-вазкулярный, встречающийся в 91% случаев, и плазмноклеточный вариант. По данным авторов в 70% случаев локализация опухоли была обнаружена в грудной клетке, в 15% случаев опухоль локализовалась в миндалинах, лимфоидной ткани носоглотки и языка, в 11% – в забрюшинном пространстве, в 4% случаев в периферических лимфатических узлах. Гиалино-вазкулярный тип лимфомы В встречается в 90% случаев, локализуется на шее и одинаково часто встречается у лиц обоего пола [2].

Собранная нами информации о патологии позволила в настоящее время выделить три морфологических варианта болезни Кастлемана: гиалино-вазкулярный, плазмноклеточный и смешанно-клеточный [1]. По данным Е.К. Егоровой гиалино-вазкулярный вариант встречается у 48,7% пациентов, плазмноклеточный – у 23,7% и смешанно-клеточный – у 27,6% пациентов. Болезнь Кастлемана подразделяют на локальную и генерализованную (мультицентрическую). Совсем недавно был описан «подвариант» генерализованной болезни Кастлемана, известный как плазмобластный вариант болезни Кастлемана, протекающий наиболее агрессивно. Впервые он был описан у группы пациентов, у которых заболевание сопровождалось наличием РОEMS-синдрома. Последующее исследование показало, что данный вариант связан с герпес вирусом 8 типа (HHV8) и развитием плазмобластной лимфомы [1].

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

#### **Клинический случай:**

Больная Г., 51 лет (медицинская карта №1874380) госпитализирована в отделение челюстно-лицевой хирургии ГБУЗ РБ ГКБ № 21 г. Уфы 21.12.2018 г. с диагнозом боковая киста шеи справа.

Пациентка предъявляла жалобы на дискомфорт в правой боковой поверхности шеи из-за наличия опухолевидного образования, который появился около 18 лет назад. Новообразование в течение длительного времени развивалось медленно и не беспокоило, но три недели назад появились болезненные ощущения в области шеи.

Общее состояние на момент осмотра удовлетворительное. Сознание ясное. Положение тела активное. Кожные покровы физиологической окраски. Тоны сердца ритмичные, АД 130/80 мм рт. ст., ЧСС – 60/мин.

Местный статус: лицо симметричное. Кожа лица физиологической окраски. Слизистая оболочка полости рта светло-розовая, влажная. Нёбные миндалины не увеличены. На боковой поверхности шеи справа, впереди кивательной мышцы на уровне ее верхней трети определяется опухолевидное округлое образование размером 3,0×4,0см, неспаянное с окружающими тканями, цвет кожи над ним не изменен, кожа собирается в складку.

В предоперационном периоде проведены исследования:

ОАК от 28.11.2018 эритроциты –  $4,44 \times 10^{12}$ /л, Нв – 126г/л, тромбоциты –  $281 \times 10^9$ /л; лейкоциты –  $5,9 \times 10^9$ /л, СОЭ – 16 мм/ч; лейкоформула: эозинофилы – 4%, сегментоядерные – 57%, лимфоциты – 33%, моноциты – 6%.

Биохимический анализ крови от 28.11.2018 г. Общий белок – 71 г/л; билирубин общий – 5,0мкмоль/л, холестерин – 4,7 ммоль/л, креатинин – 73 мкмоль/л; АЛТ – 10 ед/л, АСТ – 12ед/л, СРБ – 25 г/л.

Анализ мочи от 28.11.2018г.: уд. вес 1020; белок – отр.; реакция кислая.

ЭКГ от 29.11.2018 г.: синусовый ритм, 60 уд/мин; ЭОС горизонтальная.

Магнитно-резонансная томография (МРТ) головы и шеи от 01.06.2018 г.: по заднему контуру правой поднижнечелюстной слюнной железы определяется внеорганное объемное образование – гиперплазированный лимфоузел с четкими ровными контурами с неоднородной структурой, с капсулой, отесняющей железу кпереди, неинвазирующей ее, размерами 50×25×40 мм.

На представленных сонограммах от 09.02.2007 г. в толще правой поднижнечелюст-

ной слюнной железы определяются гипозоногенные образования диаметром 13 мм, 14 мм и 14мм с четкими, ровными контурами с утолщенными стенками, однородной структуры.

Данные ультразвукового исследования (УЗИ) области шеи от 15.04.2010 г.: в поднижнечелюстной области справа визуализируется группа лимфоузлов 41×21мм; 24×9мм; 18×11мм гипозоногенной структуры.

Ультразвуковое исследование шеи от 30.05.2016г. показало увеличение правой поднижнечелюстной слюнной железы до 56×20×21 мм с неоднородной внутренней эхоструктурой с гипозоногенными участками. На основе клиничко-лабораторно-инструментальных данных выставлен предварительный диагноз боковая киста шеи справа.

Под эндотрахеальным наркозом 24.12.2018 г. произведено удаление новообразования после рассечения подкожной мышцы шеи. Макропрепарат представлял собой опухолевидное солидное образование овальной формы с гладкой поверхностью размерами 5,0×3,5см. На разрезе: однородная ткань коричневого цвета. Макропрепарат направлен на гистологическое исследование. На рану были наложены капроновые швы.

В послеоперационном периоде: течение гладкое, заживление кожи первичным натяжением. Швы сняты на седьмые сутки.

Гистологическое заключение №56702-09 от 28.12.2018 г.: ангиофолликулярная гиперплазия лимфоузла (см. рисунок). Обнаруживается сохранение структуры лимфоузла с гиперплазией или гиалинозом герминативных центров и выраженной диффузной плазмноклеточной инфильтрацией.

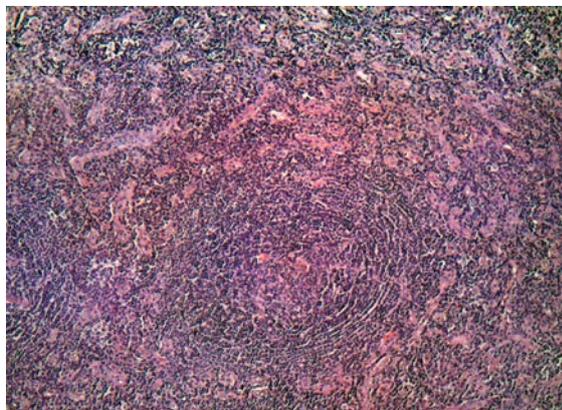


Рисунок. Лимфатический узел. Гиалино-васкулярный тип. Окраска гематоксилином и эозином. Увеличение × 100.

Пациентка выписана из стационара 03.01.2019 г. в удовлетворительном состоянии. Описанное наблюдение интересно своей редкостью в челюстно-лицевой области. Проявления болезни Кастлемана на лице или шее – это повод для онкологической настороженности хирурга и расширение возможностей дифференциальной диагностики врача.

#### *Сведения об авторах статьи:*

**Сулейманов Азат Мудасирович** – к.м.н., заведующий отделением челюстно-лицевой хирургии ГКБ№21. Адрес: 450071, г. Уфа, ул. проезд Лесной, 3. E-mail: Suleimanov\_azat@mail.ru.

**Щекин Сергей Витальевич** – к.м.н., заведующий отделением патологоанатомии ГБУЗ РБ ГКБ№21. Адрес: 450071, г. Уфа, ул. проезд Лесной, 3. E-mail: Schekinsv@yandex.ru.

**Убайдуллаев Мухаммадхон Бурханович** – д.м.н., профессор кафедры хирургической стоматологии ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450008, г. Уфа, ул. Ленина, 3. E-mail: doctorumb@yandex.ru.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Егорова, Е.К. Клиничко-морфологические особенности различных вариантов болезни Кастлемана: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Е.К. Егорова. – М., 2016. – 25с.
2. Меликян, А.Л., Болезнь Кастлемана (обзор литературы) / А.Л. Меликян, Е.К. Егорова // Онкогематология. – 2016. – №2. – С. 8-19. DOI: 10.17650/1818-8346-2016-11-2-8-20
3. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению болезни Кастлемана у детей [Электронный ресурс] / А.Г. Румянцев [и др.]; Общественная организация Национальное общество детских гематологов, онкологов; ФГБУ «ФНКЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева» Минздрава России. – URL: <http://nodgo.org/sites/default/files.pdf> (дата обращения 04.02.2021г.)

#### **REFERENCES**

1. Egorova, E.K. Kliniko-morvologicheskie osobennosti razlichnykh variantov bolezni Kastlemana (Clinical and morphological features of various variants of Castleman's disease): avtoref. diss.... cand. med. nauk / E.K. Egorova. M., 2016. 25 p. (In Russ.)
2. Melikyan, A.L. Castleman disease (literature review) / A.L. Melikyan, E.K. Egorova. Onkogematologiya. 2016;(2):8-19. (In Russ.) DOI: 10.17650/1818-8346-2016-11-2-8-20
3. Fededalye klinicheskie rekomendatsii po diagnostike i lecheniyu bolezni Kastlemana (Federal clinical guidelines for the diagnosis and treatment of Castleman disease in children) [Electronic resource] / A.G. Romyantseva [et al.]; Public organization National Society of Pediatric Hematologists, Oncologists; Dmitry Rogachev National Research Center. M., 2015. URL: <http://nodgo.org/sites/default/files.pdf> (In Russ.)