

территории Иркутской области регистрируется диссеминированная форма инфекции (47,2%) [4, 6]. Относительно реже регистрируются эритематозная (30,6%) и безэритемная (22,2%) формы болезни. Обращает на себя внимание многообразие клинической симптоматики при изучаемой инфекции. Наличие в Восточно-Сибирском нозоа-

реале различных клинических форм заболевания возможно обусловлено различным геновидовым составом возбудителей [9,10,11,12]. Это прежде всего относится к *B. garinii* и *B. Afzelii*, которые доминируют в природно-очаговой зоне Иркутской области. [7,8].

TICK BORRELIOSIS IN EAST SIBERIA

K.A. Aitov, I.V. Malov, V.T. Zlobin, V.A. Khabudaev, V.A. Borisov

(Irkutsk State Medical University,
Scientific Research Institute of Epidemiology and Microbiology SC ME ESSC SB RAMS)

The carried out researches have shown, that various clinical forms of tick borreliosis are registered on the territory of Irkutsk area. The disseminated form of the infection is registered authentically more often. The erythemathous and nonerythemathous forms of the disease are registered less often.

The presence in East-Siberian nosoareal of the various clinical forms of tick borreliosis is probably caused by various kinds of genes of originators.

Литература

1. Болезнь Лайма в Северо-западном регионе России / Ю.В. Лобзин, В.С. Антонов, С.С. Козлов, В.Ф. Крумгольц // Журн. инфекцион. патологии. - Иркутск, 1996. - Т.3, №4. - С.32-34.
2. Коренберг Э.И. Болезнь Лайма // Мед. паразитология и паразитарные болезни. - 1993. - №1. - С.48-51.
3. Коренберг Э.И., Крючечников В.И. Иксодовые клещевые боррелиозы - новая группа заболеваний человека // Журн. микробиол. - 1996. - №4. - С.104-108.
4. Косых Н.Г. Эпидемиологические и клинико-патогенетические аспекты иксодового клещевого боррелиоза в Восточной Сибири: Автореф. дис ... канд. мед. наук. - Иркутск, 2001. - 19 с.
5. Руководство по инфекционным болезням / Под ред. проф. Ю.В. Лобзина и проф. А.П. Казанцева, - СПб: "Комета", 1996. - 720 с.
6. Хабудаев В.А. Клинико-патогенетические аспекты Лайм-боррелиоза: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Москва, 2001. - 23 с.
7. Черногор Л.И. Эпидемиологические особенности клещевого боррелиоза в Предбайкалье: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Иркутск, 1999. - 24 с.
8. Черногор Л.И., Горин О.З., Сунцова О.В. и соавт. Эпидемиологические особенности клещевого боррелиоза в Предбайкалье // Журн. инфекцион. патологии, 1999. - Т.6, №4. - С.14-20.
9. Assous M.V., Postic D., Paul G et al. Western blot analysis of sera from Lyme borreliosis patients according to the species of *Borrelia* strains used as antigen // Eur. J. Clin. Microbiol. Infect. Dis. - 1993. - Vol.12, №4. - P.261-268.
10. Baranton G., Postic D., Saint Girons I. Et al. Delineation of *Borrelia burgdorferi sensu stricto*, *Borrelia garinii* sp. nov., and Group VS 641 associated with Lyme Borreliosis // Int. J. System. Bacter. - 1992. - Vol.42, №3. - P.378-383.
11. Pachner A.R. *Borrelia burgdorferi* in the nervous system: The New "Great Imitator" // Lyme disease and related disorders. Edited by Jorge L. Benach and E.M. Bosler. New York, 1988. - Vol.539. -P.56-61.
12. Steere A C., Bartenhagen N.H., Craft J.E. et al. The early clinical manifestations of Lyme disease // Ann. Inter. Med. - 1983. - Vol.99. - P.76-82.

© ГРУШКОВСКАЯ Е.А., БАЙФА А.А., ВОРОНКОВ В.К., КАРПОВА Л.В. -
УДК 616.31-002.2-089

ПЕРВИЧНЫЕ КОСТНЫЕ КИСТЫ ЧЕЛЮСТЕЙ (Редкие случаи из клинической практики)

Е.А. Грушковская, А.А. Байфа, В.К. Воронков, Л.В. Карпова.

(Муниципальное учреждение здравоохранения - Клиническая больница №1, г. Иркутск, гл. врач - засл. врач РФ, к.м.н. - Л.А. Павлюк, отделение челюстно-лицевой хирургии, зав. - Г.В. Мунгалов)

Резюме. Описаны клинические примеры больных с редко встречающимися первичными костными кистами челюстей. Представлены результаты клинического, рентгенологического, гистологического исследований и оперативного лечения.

Дистрофическая и аневризальная кисты кости - самостоятельные костные заболевания, выделяемые в настоящее время как отдельные нозологические формы и встречающиеся довольно редко. В основе заболеваний лежат процессы, связанные с нарушением нормального кровообраще-

ния в некоторых отделах кости. В патогенезе этих нарушений могут отмечаться повреждения, опухольные процессы и другие причины, ведущие к скоплению крови в определенных участках костномозгового канала с сообщением и без сообщения с общим кровотоком. Клиническая рентгено-

логическая и морфологическая картины этих двух заболеваний различны, поэтому их рассматривают раздельно.

Большинство костных кист рассматривают как следствие выраженной остеодистрофии, как результат нарушения кровообращения, а, следовательно, и питания кости на ограниченном участке. Возникла концепция, согласно которой дистрофическая киста выделена как самостоятельная нозологическая единица (синонимы: изолированная киста кости или солитарная).

Выделяют активную и пассивную формы дистрофических кист. Пассивные кисты безболезненны, часто выявляются случайно, при динамическом наблюдении в течение года мало меняются в размере. Кость при этом не вздута. Содержимое пассивной кисты - серозная желтоватая жидкость, которая может отсутствовать, содержимое активной - алая кровь.

Была описана под не совсем удачным названием "аневризмальная киста кости", которая является по существу разновидностью дистрофических кист. Одна из стенок аневризмальной кисты бывает истончена до надкостницы. Пальпация данной кисты болезненная. На рентгенограмме - это резко вздутый участок кости с множественными перемычками. При пункции обычно выделяется струя алой крови, что свидетельствует о связи полости с артериальной сетью кости [2].

В классификацию опухолеподобных образований Ю.И. Вернадского включена первичная одонтогенная киста, рассматриваемая как порок развития одонтогенного эпителия [1].

В доступной нам литературе данных о первичных костных кистах челюстно-лицевой области мы не обнаружили.

За последние пять лет мы наблюдали всего двух больных с данной патологией, которые и приводим в данной работе.

Больной Е. 23 года, (история болезни № 826, с 25.09.2000г. по 13.10.2000г.) обратился с жалобами на боль в области верхней челюсти слева, заложенность носа, головную боль. Проведена пункция левой гайморовой пазухи - промывные воды чистые. Объективно-кожные покровы обычной окраски, дыхание через левый носовой ход затруднено, открывание рта в полном объеме. При осмотре полости рта - слизистая оболочка бледно-розовая, влажная. При пальпации в области 2 верхнего левого маляра J7 зуба и скулоальвеолярного гребня резкая болезненность, в области бугра верхней челюсти снижение костной плотности. На рентгенограмме придаточных пазух носа в области латеральной стенки определялось куполообразное образование, гомогенно неинтенсивно затемненное, с нечеткими краями. Корни J7 зуба выстояли в пазуху. Больной был госпитализирован 25.09.2000г. в отделение челюстно-лицевой хирургии с предварительным диагнозом - одонтогенная киста гайморовой пазухи слева. Предварительно J7 зуб был депульпирован, каналы запломбированы. В плане предоперационной подготовке

обследован - все клинико-лабораторные показатели нашли в пределах здоровых лиц. Проведена операция радикальная гайморотомия слева 28.09.2000г. При вскрытии передней стенки гайморовой пазухи кость верхней челюсти значительно утолщена, из перфорационного отверстия и из стенок пазухи началось обильное профузное кровотечение. При осмотре гайморовая пазуха разделена в проекции корня 15 зуба вертикальной костной перемычкой с множеством выростов, при расширении перфорационного отверстия в сторону 17 зуба, обнаружено, истонченная кортикальная пластинка, а в области заднелатеральной стенки кость отсутствовала полностью. Патологически измененные ткани гайморовой пазухи удалены, выскоблена слизистая оболочка. Кровотечение во время всей операции оставалось интенсивным, не характерным для данного объема вмешательства. Для остановки кровотечения частично удалена костная перемычка, пазуха туго затампонирована, край тампона выведен через наложенное соустье в полость носа. Одновременно проведена передняя тампонада носа. Объем кровопотери до одного литра, потеря крови компенсирована переливанием кровезаменителей и свежзамороженной плазмы крови. Через десять дней тампон удален - кровотечение не возобновлялось. Больной выписан через две недели с выздоровлением.

Патогистологическое заключение № 13236/19 от 12.10.00г.- материал взят из левой гайморовой пазухи в виде двух кусочков неправильной формы общим размером 0,7x1,2x3,0 см бурого цвета. Основная масса участков слизистой оболочки пазухи была с многочисленными очагами кровоизлияния. Здесь же видны костные балки в состоянии лизиса без ядер с признаками нарушения внутрикостной микроциркуляции, без атипии. Заключение: гистологическая картина соответствует активной дистрофической первичной костной кисте.

И так на основании клинических, рентгенологических и патогистологических данных вынесен заключительный диагноз - первичная костная киста по сосудистому типу. Данный диагноз подтвержден проспективным наблюдением в течение года, данных за рецидив у больного не обнаружено.

Другое наблюдение.

Больной Г. 26 лет, (история болезни №97 с 26.01.2002 г. по 20.02.2002 г.) неоднократно лечился в ЛОР клинике по поводу обострения хронического гайморита, от консервативного лечения улучшения не наступало. При осмотре челюстно-лицевым хирургом, на ортопантограмме обнаружен дефект латеральной стенки гайморовой пазухи размером до 0,8 см и выстояние в ее полость корней J7 зуба. Из анамнеза известно, что ранее был J11 зуб лечен по поводу хронического периодонтита. Больного госпитализировали 26.01.2002г. в отделение челюстно-лицевой хирургии с предварительным диагнозом: хронический одонтогенный гайморит. В плане предоперационной подготовки больной был обследован, патологических

изменений клинко-лабораторных не установлено. Проведена операция 02.02.2002 г. - радикальная гайморотомия слева. В ходе операции удален [7 зуб. При ревизии пазухи в месте выстояния корней определялось перфорационное отверстие, разрастание грануляционной ткани. Выскоблена полипозно измененная слизистая оболочка пазухи и истонченная "вздутая" костная ткань в области латеральной стенки гайморовой пазухи, которая очень легко удалась полностью. Перфорационное отверстие в области 17 зуба было закрыто слизисто-надкостничным лоскутом. Послеоперационный материал направлен на гистологическое исследование. Заживление произошло первичным натяжением.

Патогистологическое заключение № 4460/7 от 19.02.02г. Присланный материал взят из левой гайморовой пазухи в виде восьми кусочков неправильной формы общим размером 2,7x2,0x6,0 см серо-темного - коричневого цвета. Основная масса материала представлена участками слизистой оболочки пазухи с признаками хронического активного гайморита с вторичной пролиферацией покровного эпителия. Здесь же костные балки в состоянии лизиса без ядер. В костной ткани организующиеся очаговые кровоизлияния, вокруг них группировались несовершенные ос-

теоидными структурами (островки невызревшей костной ткани), атипичных клеток не найдено. Присланный материал характерен для дистрофической первичной костной кисты.

Таким образом, во втором наблюдении на основании клинических, рентгенологических и патогистологических данных вынесен заключительный диагноз - первичная костная киста.

Обследование больного через полгода не выявило признаков рецидива.

Сходством в двух наблюдениях больных с костными кистами является: жалобы на процесс в области верхней челюсти, наличие причинного зуба, однотипность рентгенограмм на которых определяются внутрикостные полости.

Характерным отличием является наличие жалоб на боли в области верхней челюсти у больного с аневризмальной кистой. У второго больного данная симптоматика отсутствовала. При оперативном вмешательстве в первом случае возникло сильное кровотечение из костного образования, во втором случае содержимого в костной полости не обнаружено.

Таким образом, важным моментом в лечении больных с данной патологией является правильная постановка диагноза и радикальное оперативное вмешательство.

PRIMARY OSSEOUS CYST OF JAW S. (Cases from clinical practice)

E. Grushkovskaja, A. Bajfa, V. Voronkov, L. Karpova.

(Municipal Hospital №1, Irkutsk)

This article is about clinical exceptional cases of primary osseous cyst of jaws. We present results of clinical, X-ray, histological investigations and surgical treatment.

Литература

1. Вернадский Ю.И. Основы челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. - Витебск: Белмедкшга, 1998. - С.314-315.
2. Волков М.В. Болезни костей у детей. - М.: Медицина, 1985. -С.456-464.

© СУБОТИНА М.В., ПЛАТОНЕНКО О.И., КУНИЦЫНА М.Н., ЛОКТЕВА Н.Е. -
УДК 616.28-002-053.2(571.5)

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ НАРУЖНЫХ ОТИТОВ У ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ ВОСТОЧНОЙ СИБИРИ

М.В. Субботина, О.И. Платоненко, М.Н. Куницына, Н.Е. Локтева.

(Иркутский государственный медицинский университет, ректор - академик МТА и АН ВШ д.м.н., проф. А.А. Майборода, кафедра оториноларингологии, зав. - проф. засл. деятель науки РФ А.Г. Шантуров; Городская Ивано-Матренинская детская клиническая больница, г. Иркутск, гл. врач - Т.И. Ляшенко)

Резюме. На основании анализа 241 истории болезни детей, находившихся на лечении в ЛОР отделении ГИМДКБ с наружными отитами в 2000-2002 годах, выявлено значительное увеличение заболеваемости в летние месяцы. Предрасполагающими факторами были купание в открытых водоемах г. Иркутска, а также травматическая очистка слухового прохода. Преобладала диффузная форма заболевания (75%). Чаще болели дети в возрасте от 10 до 14 лет, мальчики реже, чем девочки. При бактериологическом исследовании отделяемого из ушей в 56% случаев была выявлена синегнойная палочка, в 30% - стафилококки, в 6% - стрептококки. Сохраняется высокая чувствительность синегнойной палочки к аминогликозидам и фторхинолонам, которые успешно использовались для лечения.

Наружный отит - полиэтиологическое заболевание, составляющее пятую часть всех воспалительных заболеваний уха. Дифференцируют бактериальный, грибковый и аллергический характер процесса, который чаще встречается у больных с нарушением иммунного статуса [3,4,7]. Различа-