

каждой из 10 категорий). Женщины и мужчины исследовались отдельно. У каждого из выбранных исследуемых измеряли АД и пульс. Систолическое давление выше у людей в категории МНЗФ, как в нормальном, так и в избыточном весе. Причем у людей с избыточным весом в категории МНЗФ выше и диастолическое давление.

Также мы сравнили зависимость АД от ИМТ в категории МНЗФ у мужчин и женщин. Мы выявили, что у мужчин систолическое и диастолическое давление повышается на 3% и 5% соответственно с увеличением ИМТ.

У женщин же с увеличением ИМТ наблюдается повышение АД (систолическое и диастолическое) более чем на 20%.

**Выводы:**

1. С увеличением ИМТ ухудшаются показатели работы ССС.
2. У исследуемых в категории МНЗФ с увеличением ИМТ происходит повышение АД. У мужчин не более чем на 5%. У женщин более чем на 20%.
3. У исследуемых с МЗФ показатели работы ССС лучше, чем у людей с МНЗФ.
4. В категории ожирения мы не выявили людей с МЗФ.
5. МЗФ и МНЗФ являются критериями оценки работы ССС.

**Список литературы:**

1. Шляхто Е.В., Недогода С.В., Конради А.О. Российское кардиологическое общество Российское научное медицинское общество терапевтов Антигипертензивная лига Организация содействия развитию догоспитальной медицины «Амбулаторный Врач» Ассоциация клинических фармакологов Диагностика, лечение, профилактика ожирения и ассоциированных с ним заболеваний (национальные клинические рекомендации) Санкт-Петербург, 2017

2. Ng M. et al. Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013 // The Lancet. 2014. Vol. 384. №. 9945. P. 766– 781.

3. Муромцева Г. А. и др. Распространенность факторов риска неинфекционных заболеваний в российской популяции в 2012–2013 гг. Результаты исследования ЭССЕ-РФ // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2014. Т. 13. № 6. С. 4-11.

УДК 616-01/-099

**Ю.Э.Пермякова, Л.Н.Зайцева**  
**НЕКОТОРЫЕ МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ КИСТ**  
**ЧЕЛЮСТНЫХ КОСТЕЙ**

Кафедра патологической анатомии  
Уральский государственный медицинский университет  
Екатеринбург, Российская Федерация

**Y.E.Permyakova, L.N.Zaytseva**  
**SOME MORPHOLOGICAL ASPECTS OF THE BRUSH OF THE  
MAXIAL BONES**

Department of Pathological Anatomy  
Ural state medical university  
Yekaterinburg, Russian Federation  
**E-mail:** yuliya\_permyakova@mail.ru

**Аннотация**

В данной статье изучены некоторые морфологические аспекты кист челюстных костей на валовом операционном материале. Рассмотрены особенности радикулярных и фолликулярных кист.

**Annotation**

This article examines some of the morphological aspects of cysts of the jaw bones on the gross surgical material. The features of radicular and follicular cysts are considered.

**Ключевые слова:** кисты, челюстные кости, морфология, радикулярная киста, фолликулярная киста.

**Key words:** cysts, jaw bones, morphology, radicular cyst, follicular cyst.

**Введение**

Кисты челюстных костей являются самым распространенным поражением этой локализации. Кисты представляют собой патологическую полость, стенкой которой является фиброзная ткань, выстланная эпителием; в просвете – прозрачная, иногда опалесцирующая жидкость. Наиболее часто встречаются кисты воспалительного генеза – радикулярная киста (РК) и дизонтогенетического характера – фолликулярная киста (ФК).

РК образуются у пациентов с запущенным или недолеченным кариесом, пульпитом или периодонтитом. Нередко причиной занесения инфекции становится травма зуба, перенесенные инфекционные заболевания, например, ангина, отит или гайморит. Также запустить патологический процесс могут: сломанный зуб, неправильный прикус, чрезмерная физическая нагрузка на челюсть, неправильно подобранный или установленный имплантат, недостаточно качественная работа врача-стоматолога.

Удельный вес РК составляет 94-96%. Кисты образуются в верхней челюсти в 3 раза чаще, чем в нижней [2]. РК могут достигать 5 см в диаметре. Развитию кист одинаково подвержены мужчины и женщины, как правило, в возрасте от 20 до 45 лет [1].

Причиной ФК является патология развития зубного зачатка, особенно нарушение формирования твердых тканей в период внутриутробного развития.

Образование ФК может начаться в любой период роста зубного зачатка. В полости кисты или в стенке находится один или несколько зубов как сформировавшихся, так и в зачаточном состоянии.

Частота возникновения ФК составляет, по данным разных авторов, от 4 до 20% [2, 3].

ФК имеет тенденцию к быстрому росту. Данные кисты наблюдаются в возрасте от 10 до 40 лет, пик развития данной патологии приходится на вторую и третью декады жизни [3].

В ходе роста кист челюстных костей происходит постепенная атрофия прилегающей костной ткани, что может привести к деформации и перелому. Одним из наиболее серьезных осложнений кист является гнойное воспаление. А при отсутствии надлежащей медицинской помощи в последующем развитие флегмоны мягких тканей, остеомиелита и генерализации инфекции.

**Цель исследования** – изучить морфологию кист челюстных костей на валовом операционном материале.

#### **Материалы и методы исследования**

Нами проведен ретроспективный анализ валового операционного материала из отделения оториноларингологии и челюстно-лицевой хирургии Государственного бюджетного учреждения здравоохранения Свердловской области «Свердловская областная клиническая больница №1» за 5 лет (2009 – 2013 гг.).

Работа выполнена на базе лаборатории клинической патоморфологии указанной больницы.

Всего изучено 26 567 случаев операционного материала. В разработку взяты гистологически верифицированные кисты челюстных костей.

#### **Результаты исследования и их обсуждение**

В исследуемом материале кисты челюстных костей выявлены у 251 пациента, что составило 0,94% от общего числа случаев. На долю РК пришлось 228 наблюдений (90,8%), а на ФК – 23 (9,2%).

В 141 случае (61,8%) РК локализовалась в верхней челюсти, наблюдалась преимущественно в возрастной группе 20-29 лет (23,2%). Среди пациентов преобладали женщины - 122 случая (53,5%). Размер кист варьировали от 0,5 см до 5,0 см.

Стенка РК представлена фиброзной тканью, выстлана многослойным плоским неороговевающим эпителием с очагами акантоза, в зоне воспаления – грануляционной тканью. Во всех случаях в стенке РК выражено хроническое воспаление от минимальной до выраженной степени активности. Кроме того, в стенке нередко определялись кристаллы холестерина с гигантоклеточной реакцией.

ФК чаще встречалась в нижней челюсти - 16 случаев (69,5%), наибольший удельный вес пришелся на возрастные группы 20-29 лет и 50-59 лет (по 30,4%). Среди пациентов 13 женщин (56,5%) и 10 мужчин (43,5%). Диаметр кист от 1,1 см до 3,5 см.

Стенка кисты состоит из фиброзной ткани с кровоизлияниями, глыбками пигмента коричневого цвета, выстлана многослойным плоским неороговевающим эпителием с участками грануляционной ткани. Как правило, в стенке хроническое воспаление минимальной активности – в 11 случаях (47,8%). Главный признак ФК – наличие частично сформированного или сформированного зуба в просвете кисты.

**Выводы:**

1. Среди валового операционного материала на кисты челюстных костей приходится 0,94%.
2. Удельный вес радикулярных кист составил 90,8%, фолликулярных-9,2%.
3. Радикулярные кисты чаще локализовались в верхней челюсти - 61,8%, фолликулярные - в нижней – 69,5%.
4. В стенке радикулярной и фолликулярной кист всегда в той или иной степени выражено воспаление.
5. Отличительной особенностью фолликулярной кисты является связь с зачатком зуба.

**Список литературы:**

1. Володеев А.В. Костная киста верхнечелюстной пазухи. Случай из практики и обзор литературы / А.В.Володеев, Д.А.Щербаков // Университетская медицина Урала. Тюменский государственный медицинский университет (Тюмень). – 2016. - №1. - Т.2.(4). С. 43-47.
- 2.Ткаченко Т.С Морфофункциональные особенности формирования радикулярной кисты как ксенопаразитарного барьера при одонтогенных воспалительных процесса / Т.С.Ткаченко, Л.В.Начева, А.И.Пылков, П.Н.Фиалко // Вестник медицинского стоматологического института. - 2008. - №1-2. - С. 46-48.
3. Чибисова М.А. Клиническая характеристика и компьютерно-томографические диагностические особенности фолликулярных кист челюстей / М.А.Чибисова, Е.В.Кайзеров, Р.Х.Чарыев, А.А.Зубарева, А.В.Холин // Dental magazine. - 2016. - №10 (154). - С. 28-37.

УДК 616-076.1

**Прасолова Е.В., Муллагалиева В.Р., Мороз Г.А., Бердников Р.Б.,  
Сорокина Н.Д., Гринберг Л.М.  
МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА МИКОБАКТЕРИОЗА  
ТОНКОЙ КИШКИ ПРИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ ПО ДАННЫМ  
БИОПСИЙНОГО МАТЕРИАЛА**

Кафедра патологической анатомии и судебной медицины  
Уральский государственный медицинский университет  
Екатеринбург, Российская Федерация