

Результатами аналізу встановлено, що на долю активного перебігу ХПП припадає 44,0% спостережень, а не активний перебіг спостерігався в 56,0% випадків. На час загострення в паротидному секреті визначається велика кількість слизово-білкових включень зі значною кількістю клітин запального ряду, як зі збереженою формою, так із деструйованих. При чому в цитограмах на фоні підвищеної фонової щільності превалювали нейтрофіли.

## **ЧАСТОТА РОЗПОВСЮДЖЕНОСТІ ТА СТРУКТУРА БІЧНИХ КІСТ ШИЇ**

### **PREVALENCE RATE AND STRUCTURE OF LATERAL CYSTS OF NECK**

**Zagoranskaya N.Ye., Zvirianskyu V.M., Aladochkin A.P., Dakhno V.S., Assoc. Prof. Rezvina K.Yu.**

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія»

*Кафедра дитячої хірургічної стоматології з пропедевтикою хірургічної стоматології*

В клінічній практиці хірурга-стоматолога досить часто зустрічаються кісти бічної поверхні шиї, що складає 25% від усіх кіст м'яких тканин щелепно-лицевої ділянки. Серед них, згідно загальноприйнятої класифікації, виділяють бічні кісти шиї, дермоїдні, епідермоїдні та кісти ектопованих слинних залоз. Наявність певних труднощів у діагностиці та схожість клінічних проявів зумовлюють актуальність даної проблеми для хірургічної стоматології, тим більше, що останніми роками помітне збільшення кількості хворих, які звертаються в клініки з приводу новоутворень голови та шиї.

Мета нашого дослідження вивчити частоту та структуру кіст бічної ділянки шиї.

Аналіз архівних даних представлених в історіях хвороб тематичних пацієнтів та власних спостережень дозволив встановити, що на лікуванні в щелепно-лицевому відділенні Полтавської обласної клінічної лікарні ім. Скліфосовського протягом 10 років знаходилося 197 пацієнтів з кістозними утвореннями шиї віком від 18 до 73 років. Із 197 хворих ми взяли до подальшої розробки 158 (100%), які підлягали обстеженню, відповідно до розробленого нами алгоритму діагностики цієї категорії хворих. Вивчення частоти встановлення діагнозу при первинному зверненні з різними нозологічними формами кістозних утворень цієї ділянки дозволило встановити, що найчастіше зустрічалися істинні бічні (бранхіогенні) кісти 89 хворих (56,3%), дермоїдні кісти 41 (26%), епідермоїдні 20 пацієнтів (12,7%) та кісти слинних залоз 8 – (5%).

Щодо отриманих даних стосовно вікового періоду у пацієнтів з кістами бічної поверхні шиї, то можна стверджувати, що найчастіше зверталися хворі зрілого віку за класифікацією ВОЗ – 21-35 років. Скарги у всіх хворих були на наявність утворення на бічній поверхні шиї – зліва – 72 пацієнта (45,6%), справа – 86 (54,4%).

Нами були виявлені загальні клінічні ознаки: щодо форми, у 78 (49,4%) хворих визначалася асиметрія в середній третині шиї овальної форми та у 80 (50,6%) хворих – округлої. Колір шкірних покривів без змін, шкіра бралася в смужку. Співвідношення до кивального м'язу було варіабельним і по передній його поверхні кіста розташовувалася у 101 хворих (63,9%), по задній поверхні її локалізація спостерігалася у 35 (22,1%) хворих. Безпосередньо над грудино-ключично-соскоподібним м'язом вона мала місце у 11 хворих (7%), та у 11 хворих (7%) – під м'язом.

Встановлено, що найчастіше у бічній ділянці шиї зустрічаються істинні бранхіогенні кісти.

## **ПОРІВНЯННЯ МЕТОДІВ ЛІКУВАННЯ ПАТОЛОГІЧНИХ РУБЦІВ ПІСЛЯ ОПЕРАЦІЙНОГО ПЕРІОДУ**

### **COMPARISON OF TREATMENT METHODS FOR PATHOLOGICAL SCARS IN THE POSTOPERATIVE PERIOD**

**Panasenko A.I., Prof. Avetikov D.S., M.D.**

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія».

*Кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії з пластичною та реконструктивною хірургією голови та шиї.*

Рубці - це видимі і пальпаторні зміни на шкірі, які залишаються після її загоєння. Нетипове загоєння ран може супроводжуватись надмірним утворенням патологічних рубців (гіпертрофічних та келоїдних). За статистичними даними від утворення патологічних рубців страждають близько 10% населення земної кулі.

Важливо враховувати той факт, що патологічні рубці формують косметичні дефекти, які часто впливають на психоемоційний стан пацієнтів.

За думкою більшості авторів основним методом лікування патологічних рубців є хірургічне їх видалення. Але враховуючі статистичні дані про можливість їх рецидивування (в 40-50% випадків) ми поставили за ціль довести, що використання поодинокі існуючих консервативних методів лікування в комбінації з одне-одним буде більш ефективним, ніж окремо; та з меншою вірогідністю до рецидивування, ніж хірургічне видалення.

Метою було дослідження клінічної динаміки впливу запропонованих комбінацій препаратів на різних етапах формування рубця.

Оцінювання результатів проводилося за допомогою біохімічних та клінічних (планіметрія та метод варіаційної статистики) методів дослідження.

Методика виконання дослідження полягає у складенні комбінацій відомих препаратів з метою поширення характеру їх впливу на патологічні рубцевозмінені тканини та об'єднати їх у групи із застосуванням: антиоксиданту (Біоцирулін), антигіпоксанту (Темодал) та поєднаної дії наведених вище препаратів.

Аналізуючи отримані дані слід зауважити, що найкращий косметичний ефект отриманий у групі з поєднаним застосуванням «Біоцируліну» та «Темодалу»; дещо гірші результати отримано в групі, що в якості додаткового консервативного лікування отримувала антигіпоксанти та найнижчий результат спостерігався в групі із