

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ЖАБЕРНЫМИ КИСТАМИ ШЕИ

Григоров С. Н., Криничко Л. Р., Ставицкий С. А., Локес Е. П.

Харьковский национальный медицинский университет, кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии, г. Харьков; ВГУЗ «Украинская медицинская стоматологическая академия», кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии с пластической и реконструктивной хирургией головы и шеи, г. Полтава, Украина

Введение. Хорошо известно, что источником роста боковых кист шеи являются сохранившиеся эпителиальные остатки 2-й жаберной щели, третьего глоточного кармана и зубно-глоточного протока. Тяжесть клинической картины обоснована длительным сохранением эпителиальных остатков в боковых поверхностях шеи в латентном состоянии. Анализ современной литературы подтвердил наши исследования касательно распространенности данного заболевания и клинической манифестации в возрасте до 40 лет. Известно, что зачастую росту кист сопутствуют определенные экзофакторы, а именно: ОРВИ, отит, грипп, переохлаждение, травма и т. д.

Боковые кисты шеи растут медленно, безболезненно, не вызывая существенных морфо-функциональных изменений, проявляются в виде выбухания впереди грудино-ключично-сосцевидной мышцы, которое особенно хорошо визуализируется при повороте головы в противоположную сторону. Основной клинической характеристикой брахиогенных кист является типичность локализации – по ходу переднего края кивательной мышцы.

Параклиническая верификация боковых кист шеи идентифицируется по данным УЗИ и КТ диагностики. На УЗИ боковая киста представляет собой гипо- или анэхогенное образование с четкими структурными контурами. На спиральной компьютерной томографии на серии срезов визуализируются четко ограниченные очаги низкой рентгенологической плотности.

Лимфоэпителиальные кисты шеи часто имеют тенденцию к нагноению, что, зачастую, определяют тактику консервативного и хирургического лечения.

Во всех ситуациях лечение неосложненных боковых кист шеи – радикальное хирургическое удаление. Основной особенностью при хирургическом удалении жаберных кист является тупое выделение оболочки кисты, избегая травмы сосудисто-нервного пучка. При радикальном удалении оболочки кисты рецидивы встречаются крайне редко (до 3%).

Цель работы – оптимизация хирургического лечения и послеоперационной реабилитации пациентов с жаберными кистами шеи.

Объекты и методы. Для реализации настоящего исследования нами в период с 2014–2016 год были пролечены 52 пациента с боковыми кистами шеи. Возраст пациентов составлял 21–43 года. Половые различия на момент исследования не учитывались. Сопутствующих патологий, которые бы существенно влияли на верификацию исследования, выявлено не было.

Результаты. Наиболее неизученным вопросом при лечении и реабилитации пациентов с боковыми кистами шеи является достижение морфо-эстетического результата в раннем и позднем послеоперационном периоде. Было проведено исследование, которое базировалось на наблюдении за пациентами с боковыми кистами шеи. Наиболее частым осложнением, которое и предопределило научное и клиническое направление в определении оптимальной методики замещения послеоперационной раны при экскохлеации кисты являлось образование патологичных рубцов кожи. Именно с этим осложнением в 63,5% наблюдений обращались пациенты в клинику пластической челюстно-лицевой хирургии после хирургического лечения брахиогенных кист шеи.

Оценивалось состояние послеоперационных рубцов через 10 месяцев после хирургического лечения. Патологическим рубцовыми тканями считались: келоидные, гипертрофические и атрофические рубцы. Верификация диагноза реализовалась за счет клинических и гистологических исследований. Как известно, возникновение рубцовых деформаций потенцируется за счет макрорельефа и постоянной двигательной активности, которая характерна для данного анатомического участка.

Так у 7 пациентов (13,5% от общего числа) возникли келоидные рубцы. У 9 пациентов рубцовые массивы имели признаки гипертрофии, что в процентном соотношении составляло 17,3% и атрофические рубцы визуализировались у 17 пациентов (32,7%).

У 9 пациентов, что составляло 17,3% от общего числа пациентов, были выявлены послеоперационные кровотечения, которые проявлялись выраженными гематомами.

Заключение. Таким образом, распространенность данной патологии и большое число послеоперационных осложнений обуславливает необходимость развития новых методов лечения и реабилитации пациентов с брахиальными кистами шеи.

Литература.

1. Краевский, Н. А. Руководство по патологоанатомической диагностике опухолей человека / Н. А. Краевский, А. В. Смоляников. – М.: «Медицина», 1982. – 511 с.
2. Пачес, А. И. Опухоли головы и шеи / А. И. Пачес. – М.: «Медицина», 2000. – 144 с.
3. Фалилеев, Г. В. Опухоли шеи / Г. В. Фалилеев. – М.: «Медицина», 1978. – 197 с.
4. Archer, W. H. Oral and maxillofacial surgery / W. H. Archer. – Philadelphia: WB Saunders Co. – 2011. – 453р.

MODERN APPROACHES TO SURGICAL TREATMENT AND POSTOPERATIVE REHABILITATION OF PATIENTS WITH CLEFT CYSTS OF NECK

Grigorov S. N., Krinichko L. R., Stavickiy S. A., Lokes K. P.

Kharkiv National Medical University, Kharkiv; Ukrainian Medical Stomatological Academy, Poltava, Ukraine

Introduction. It is well known that the source of growth of lateral neck cysts are epithelial-preserved remains of second branchial cleft, the third pharyngeal recess and thymus-pharyngeal duct. The severity of the clinical picture is justified by long retention of epithelial rests in a latent state in the lateral side of the neck. Analysis of modern literature confirmed our studies regarding the prevalence of the disease and clinical manifestation before 40 years old. It is known that the growth of cysts often accompany with certain factors: otitis, influenza, hypothermia, trauma, etc. Lateral neck cysts grow slowly, painlessly, without significant morphological and functional changes that occur in the form of neoplasm front of sternocleidomastoid muscle, which is particularly well visualized by turning the head to the opposite side. The paraclinical verification of lateral neck cysts is identified by ultrasound and CT scan. The lateral cyst looks like a hypo- or anehogenic formation with clear structural borders at ultrasound examination. The focuses with clear borders of low radiographic density are rendered on spiral CT. Neck cysts often have a tendency to purulence, which often determines the tactic of conservative and surgical treatment.

The aim of this study was the optimization of surgical treatment and postoperative rehabilitation of patients with cleft cysts of neck.

Objects and methods. Objects of research were 52 patients with lateral neck cysts who were treated in the period 2014–2016 years. The patients' age was 21–43 years. Sex differences in the time of the study were not included. Concomitant diseases have been not identified. We assessed the state of scars at 10 months after surgery. Pathological scar tissues were considered: keloids, hypertrophic and atrophic scars. Verification of the diagnosis was realized by clinical and histological studies.

Results. 7 patients (13.5%) get the keloid scars after surgery. 9 patients had hypertrophic scars (17.3%), and atrophic scars were visualized in 17 patients (32.7%). 9 patients (17.3%) had post-operative bleeding, which manifested by severe hematomas.

Conclusion. Thus, the prevalence of this disease and a large number of postoperative complications necessitates the development of new methods of treatment and rehabilitation of patients with brachial cysts of neck.

Keywords: cleft cysts of neck, treatment, rehabilitation.

КОНСЕРВАТИВНАЯ ТЕРАПИЯ ИНФАНТИЛЬНЫХ ГЕМАНГИОМ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПРОПРАНОЛОЛА

Гричанюк Д. А., Терещенко М. А.

УЗ «Минская областная детская клиническая больница»;

ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования», кафедра челюстно-лицевой хирургии, г. Минск, Беларусь

Введение. Инфантильная (младенческая) гемангиома (ИГ) – доброкачественная сосудистая опухоль, поражающая детей до 1 года и имеющая