

Реферати

ПСИХОЕМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ДЕТЕЙ С ОСТРЫМ ОДОНТОГЕННЫМ ОСТЕОМИЕЛИТОМ ЧЕЛЮСТНЫХ КОСТЕЙ И ЕГО КОРРЕКЦИЯ

Ткаченко П.И., Доброскок В.А., Лохматова Н.М., Коротич Н.Н.

В статье представлена результативность относительно эффективности использования сибазона при дополнительном включении его в состав премедикационной смеси у детей за условий психоэмоционального напряжения и наличии гнойного очага одонтогенного происхождения. Установлено, что за счет его удалось частично достичь физиологической коррекции вегетативного дисбаланса и ситуативной стрессогенности перед ожиданием оперативного вмешательства, что подтверждено изменением основных показателей гемодинамики и физико-химических свойств ротовой жидкости.

Ключевые слова: дети, стресс, остеомиелит, премедикация, сибазон.

Стаття надійшла 27.12.2016 р.

PSYCHOEMOTIONAL STATUS OF CHILDREN WITH ACUTE ODONTOGENIC OSTEOMYELITIS OF THE BONES CELESNIK AND ITS CORRECTION

Tkachenko P. I., Dobroskok V. A., Lokhmatov N. M., Korotich N. N.

The article presents the performance of the efficient use sibazon with the additional inclusion in the composition premedication mixtures in children in terms of emotional stress and the presence of purulent lesion of odontogenic origin. It is established that due to it managed to achieve physiological correction of autonomic imbalance and situational strategienota before waiting surgery, which is confirmed by the change in the basic hemodynamic parameters and physico-chemical properties of oral fluid.

Key words: children, stress, osteomyelitis, premedication, sibazon.

Рецензент Аветиков Д.С.

УДК – 616.743-007.253-071-089

П. І. Ткаченко, К. Ю. Резвіна

ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

ФІСТУЛОГРАФІЯ В ДІАГНОСТИЦІ І ЛІКУВАННІ НОРИЦЬ ШИЇ

В роботі представлено аналіз клінічних ситуацій, які виникають під час хірургічного лікування хворих з бічними кістами шиї, та тих, що нагноїлися. Було встановлено, що в післяопераційному періоді можливе формування норицевих ходів. Для встановлення їх конкретної локалізації, спрямованості, протяжності, співвідношення до прилеглих тканин і органів шиї була проведена фістулографія, що дозволила визначити оптимальний варіант оперативного доступу, його обсяг, що впливає на результативність та кінцевий результат.

Ключові слова: шия, дермоїдна кіста, епідермоїдна кіста, нориці, фістулографія.

Робота є фрагментом НДР "Інтегративно-диференційоване обґрунтування вибору оптимальних методик оперативних втручань та обсягу лікувальних заходів при хірургічній патології щелепно-лицевої ділянки", державний реєстраційний номер 0116U003821.

Нориця - патологічний канал, що з'єднує глибокі шари тканини чи порожнисті органи з зовнішньою поверхнею тіла (шкірою чи слизовою оболонкою), або ж представлений тяжистими утвореннями чи їх окремими камерами, з'єднаними між собою. З огляду на це їх поділяють на зовнішні та внутрішні. Залежно від розміщення внутрішнього тканинного кінця нориці, остання може бути сліпою або наскрізною, що проникає в порожнину якогось внутрішнього органа (глотку, кишку, жовчні чи сечові шляхи тощо) [2].

Вони бувають вроджені та набуті. Вроджені нориці завжди вистелені епітелієм (ендотелієм), а набуті – переважно складаються з грануляційної тканини, рідше із епітелію. Виникають вони унаслідок порушення формування органів у період ембріогенезу, тобто є аномаліями, або вадами розвитку. Найбільшу кількість серед них в стоматологічній практиці складають бічні нориці шиї, що з'єднують глотку зі шкірою. Значні незручності для індивідуума представляють набуті випадкові нориці різного походження, зокрема і травматичного, що можуть виникати унаслідок поранень обличчя та шиї, особливо після колото-різаних [1].

Локалізація бічних шийних нориць залежить від того, з якої зябрової кишені вони виникли: якщо з першої — вони відкриваються в ділянці мочки вуха, з другої - в середній третині шиї спереду від грудино-ключично-соскоподібного м'яза, з третьої – над ключицею вздовж розташування згаданого м'яза. Частіше вони бувають поодинокими, рідше множинними й походять з другої чи третьої кишені, і досить рідко визначаються двобічні. Більшість цих нориць наскрізні, тобто проникають у глотку, і являються похідними від другої кишені та відкриваються над мигдаликом, з третьої - під ним. Інколи ці нориці бувають сліпими і не мають глоткового отвору. Різновид походження нориці, зокрема зовнішньої, у більшості випадків може бути визначений за характерними виділеннями з неї (гній, жовч, слиз, слина, газ тощо), а також за її локалізацією. Легшою є діагностика гнійних післяопераційних (лігатурних) нориць, а також деяких зовнішніх, зокрема, природжених слизових бічних нориць шиї [1, 2].

Епітеліальні кісти шкіри, що розташовані в проекції голови та шиї в залежності від їх мікроскопічної будови розподіляються на епідермоїдні та дермоїдні. За своїми клінічними проявами вони практично рівнозначні. Солнцев А.М., Колесов В.С. [4] називають „епідермоїдними” кісти, які не містять у своїй стінці дериватів шкіри, а за оболонку мають виключно епідерміс та не відрізняються клінічно від дермоїдних. Епітелій цих кіст плоский багат шаровий, має усі шари, субепітеліальний прошарок пухкий, не утворює сосочків, а основна стінка представлена щільною волокнистою сполучною тканиною. Уміст такої кісти збагачений роговими лусочками, часто проникає крізь епітелій у „дерму” і сприяє виникненню запалення з утворенням гігантських клітин чужорідних тіл [3, 5, 7].

Дермоїдна кіста також являється вродженим пухлиноподібним кістозним новоутворенням, що відноситься до тератом і яке виникає при порушенні ембріогенеза в місцях злиття та заростання ембріональних борозен та порожнин, йдучи вглибину смужки епідермису. Складається вони з елементів ектодерми – сальних та потових залоз, волосся, жирових включень, а її розмір варіює від декількох міліметрів до декількох сантиметрів з локалізацією в будь-якій тканині [6, 8].

Лікування обох різновидів кістозних утворень, в тому числі і тих, що нагноїлися, хірургічне, однак всі існуючі способи і методи не в змозі забезпечити в деяких випадках неускладнений перебіг післяопераційного періоду, в тому числі це стосується формування норицевого ходу.

Метою роботи було вивчення діагностичної інформативності фістулографії за умов наявності норицевого ходу після екстирпації чи розтину кіст бічної поверхні шиї.

Матеріал та методи дослідження. Клінічні дослідження хворих з кістами бічної ділянки шиї проводилися за стандартною схемою: збір скарг, анамнезу життя і захворювання, огляд хворого, визначення тривалості захворювання та особливостей його перебігу. Оцінювали розмір, форму, та колір шкірних покривів, тургор тканин у місці проекції кісти, чіткість контурів, співвідношення з грудино-ключично-соскоподібним м'язом, консистенцію, спаяність з оточуючими тканинами. Кістозні утворення були видалені хірургічним шляхом, а при їх нагноєнні проводили розтин вогнища запалення і ведення хворих за класичними варіантами [4, 5, 6]. Фістулографію проводили за загальноприйнятими методиками з введенням водорозчинних рентгенконтрастних речовин.

Всі обстеження проводилися на базі кафедри дитячої хірургічної стоматології з пропедевтикою хірургічної стоматології Вищого державного навчального закладу України “Українська медична стоматологічна академія” м. Полтава, відділення щелепно-лицевої хірургії Полтавської обласної клінічної лікарні ім. М. В. Скліфосовського та хірургічного відділу діагностичної служби Донецького обласного клінічного територіального медичного об'єднання (ДОКТМО).

Результати дослідження та їх обговорення. Обстеження проводилося 102 хворим на кісту бічної ділянки шиї віком від 13 до 65 років. Із них чоловіків – 54 (52,9%), жінок – 48 (47,1%). Аналіз отриманих даних дозволив встановити, що пік захворюваності на КБДШ приходився на зрілий вік першого періоду за віковою класифікацією ВОЗ (21 – 35 років). Превалювала лівостороння локалізація кіст – 56 хворих (54,9%), у 46 хворих (45,1%) вони розташовувалися праворуч. Нами був розроблений алгоритм обстеження хворих з кістами шиї [7], за яким всі пацієнти були розподілені на чотири групи: перша представлена 39 пацієнтами (38,2%) із бронхіогенною кістою шиї, друга включала – 27 хворих (26,5%) із епідермоїдною кістою бічної ділянки шиї, третя – 20 хворих (19,6%) з дермоїдною кістою бічної ділянки шиї, четверта – 16 пацієнтів (15,7%) із кістою слинної залози.

Група пацієнтів з епідермоїдною кістою бічної ділянки шиї складала 27 осіб (26,5%) від загальної кількості спостережень, з піком захворюваності в 21-35 років. Статевий розподіл показав належність до чоловічої статі 13 хворих (48,1%) та 14 (51,9%) до жіночої. Стосовно локалізації – 18 хворих (66,7%) мали лівобічне розташування утворення, у 9 пацієнтів – (33,3%) кіста локалізувалася праворуч.

Локально при обстеженні хворих визначалась асиметрія шиї за рахунок наявності утворення овальної форми в ділянці проекції сонного трикутника в 17 пацієнтів (63%), округлої – в 10 (37%). Колір шкірного покриву над місцем припухання залишався звичайного забарвлення в усіх випадках, а він сам легко брався в смужку. Відносно кивального м'яза співвідношення кіст бічної ділянки шиї було варіабільним: у 6 випадках (11,1%) вона розташовувалась під м'язом, у 6 – над м'язом (16,7%), для 8 спостережень (38,9%) характерним було розташування утворення попереду м'яза і у 7 (33,3%) воно локалізувалось позаду нього. Усім хворим було зроблено

оперативне втручання, із них під загальним знеболенням у 22 пацієнтів (81,5%) та місцевим – у 5 (18,5%). Група хворих на дермоїдну кісту бічної ділянки шиї включала 20 пацієнтів (19,6% від загальної кількості), серед яких було 10 жінок (50%) та 10 чоловіків (50%) віком від 17 до 70 років. Більша кількість хворих припадала на віковий період із 21 до 35 років. Локалізувалася кіста ліворуч у 9 хворих (45%), праворуч – у 11 (55%). При обстеженні визначалась асиметрія шиї за рахунок наявності овального утворення в 9 хворих (45%), округлої форми – в 11 (55%). Колір шкірного покриву ділянки над місцем припухання завжди залишався без змін, а саме шкіра над утворенням бралася в смужку. Відносно кивального м'яза локалізація дермоїдної кісти була варіабільною: у 4 випадках (20%) вона локалізувалася під м'язом, для 9 випадків (45%) характерним було розташування її попереду м'яза та в 7 пацієнтів (35%) вона розташовувалася позаду нього. Усім хворим було проведено оперативне втручання, із них під загальним знеболенням у 12 пацієнтів (60%) та місцевим – у 8 (40%). Кістозні утворення, видалені в обох групах, були направлені на гістологічне дослідження. Із всіх пацієнтів, які звернулися за допомогою з кістами шиї, у 26 випадках (25,5%) мали ознаки їх нагноєння. Більше за інших кіст це стосувалося дермоїдних – 19 випадків (18,6%) та 7 випадків (6,9%) припадало на епідермоїдну кісту, що було підтверджено вивченням клітинного складу цитограм, отриманих після пункційної біопсії [6]. Післяопераційний період в обох групах не відрізнявся, рани велися під асептичною пов'язкою, призначалося медикаментозне лікування.

Слід зауважити, що із 76 хворих із кістозними утвореннями, прооперованих в плановому порядку, нориця після хірургічного лікування виникла у 5 хворих (6,6%) і було це пов'язано з труднощами, що виникли під час операції (пошкодження її стінки при вилущенні). Після розтину 26 кіст, що нагноїлися, виникнення норицевого ходу прослідковувалось у 7 хворих (26,9%). При цьому у 5 осіб (71,4%) це стосувалося дермоїдних кіст і у 2 (28,6%) і було пов'язано з епідермоїдною кістою. Слід зазначити, що із всього загалу, 13 хворих, у 2 (15,4%) повторно виник рецидив. У хворих з дермоїдною кістою шиї нориці локалізувалися у верхній третині бічної поверхні шиї попереду грудино-ключично-сосцевидного м'яза і проходячи між внутрішньою та зовнішньою сонними артеріями відкривалися в ділянці піднебінного мигдалика. При їх зондуванні визначено, що вони прямують вниз, мають кишені та розгалуження, слідуючи попереду і назовні від загальної сонної артерії.

Зовнішні неповні нориці шиї закінчувалися в м'яких тканинах на рівні щитовидного хряща. Клінічно шкірний (зовнішній) отвір бічної нориці в 4 випадках (39,8%) був у вигляді точки, в 9 (69,2%) – широкий з оточеннями пишних грануляцій. Навколо гирла нориці, через постійні серозно-слизисті або слизисто-гнійні виділення, шкіра мала ознаки мацерації. При зондуванні нориці тонким поліетиленовим катетером вдавалося проникати на глибину від 2 до 8-10 см. Мікроскопічно в цитограмах із виділень виявляли злушені епітеліальні клітини, лейкоцити, поодинокі еритроцити, лімфоцити, кристали холестерину. При бактеріологічному дослідженні ексудату із нориць виділяли умовно-патогенні та патогенні стафілококи і стрептококи в монокультури чи в асоціації.

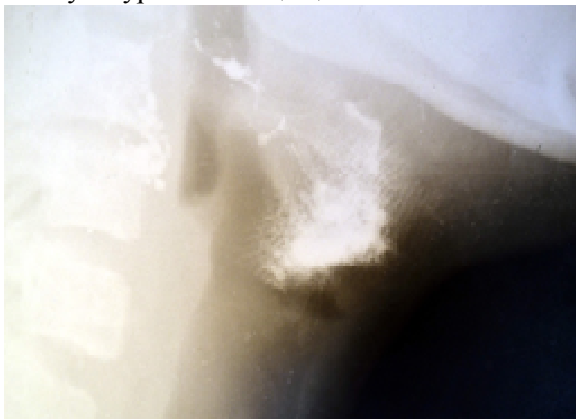


Рис. 1 В ділянці верхньої третини бічної поверхні шиї визначається депо рентгеноконтрастної речовини на місці розташування кісти з фестончастими краями по периферії (1) та наявність її по ходу нориці (2).



Рис.2 В ділянці середнього відділу бічної поверхні шиї на місці розташування кісти визначається депо рентгеноконтрастної речовини різної інтенсивності з нечіткими контурами і залишки її в просвіті нориці.

Для уточнення напрямку та протяжності ходу нориці усім хворим перед втручанням було проведено фістулографію за допомогою введення водорозчинних рентгеноконтрастних речовин (верографін, уротраст, триамбрас) – (рис.1, 2). Щоб чітко визначитися з локалізацією бічної

нориці шиї під час її висічення в її зовнішній отвір безпосередньо перед оперативним втручанням вводили розчин діамантового зеленого або метиленового синього.

Після висічення всі нориці були направлені на морфологічне дослідження. Мікроскопічно стінка нориці складалася з щільної волокнистої сполучної тканини, яка була вистелена як багатошаровим плоским незроговіючим епітелієм, так і багаторядним циліндричним епітелієм. Їх внутрішня поверхня в більшості випадків покрита бородавчастими розростаннями, представленими лімфоїдною тканиною.

Висновок

Таким чином, після хірургічного видалення кіст бічної ділянки шиї та розтину тих, що нагноїлися, можливе виникнення норицевих ходів, що може обтяжувати перебіг післяопераційного періоду та призводити до виникнення ускладнень. Проведення фістулографії дозволяє виявити анатомічну локалізацію, напрямок, протяжність (глибину), співвідношення норицевих ходів до прилеглих тканин і життєво-важливих органів бічної ділянки шиї. Отриману інформацію доцільно використовувати при плануванні оперативного доступу та його обсягу.

Перспективи подальших досліджень. При вроджених та набутих норицях шиї слід проводити фістулографію з використанням різних водорозчинних контрастних речовин в порівняльному аспекті для визначення якості їх рентгеноконтрастності і інформативності.

Список літератури

1. Kuzin M. I. Hirurgicheskie bolezni / M. I. Kuzin // – М.: meditsina. - 2002. – 797 s.
2. Kiselev A. S. Branhiogenyie kisty i svischy litsa i shei / A. S. Kiselev, A. R. Pazhetnev // Rossiyskaya otorinolaringologiya. – 2007. – No.5. – S. 91-95.
3. Malanchuk V. O. Dobroyakisni puhlini ta puhliny podobni urazhennya schelepno-litsevoyi dilyanki ta shiyi / V. O. Malanchuk, A. V. Kopchak // – К.: Vidavничий dІm "Askaniya", - 2008. – 320 s.
4. Solntsev A. M. Kisty chelyustno-litsevoy oblasti i shei / A. M. Solntsev, V. S. Kolesov // – К., - 1982. – 142 s.
5. Timofeev A. A. Chelyustno-litsevaya hirurgiya / A. A. Timofeev // – К., - 2010. – 574 s.
6. Tkachenko P. I. Algoritm obstezhennya hvorih z kistami bichnoyi dilyanki shiyi / P. I. Tkachenko, K. Yu. Rezvina // Svit meditsini ta biologiyi. – 2011. – No.1. – S. 104-107.
7. Tkachenko P. I. Kisti schelepno-litsevoyi dilyanki (kliniko-morfologichni aspekti) / P. I. Tkachenko, I. I. Starchenko, S. O. Bilokon [ta in.] // – Poltava, - 2013. – 103 s.
8. Kurokawa I. Cutaneous dermoid cyst: cytokeratin and filaggrin expression suggesting differentiation towards follicular infundibulum and mature sebaceous gland / I. Kurokawa, K. Nishimura, A. Hakamada [et al.] // Oncol Rep. – 2006. – Vol. 16, N 2. – P. 295-299.

Реферати

ФИСТУЛОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ СВИЩЕЙ ШЕИ

Ткаченко П. И., Резвина К. Ю.

В статье представлены результаты собственных клинических наблюдений, которые касаются свищевых ходов, возникающих после хирургического лечения плановых больных с дермоидными и эпидермоидными боковыми кистами шеи, а также тех, которые нагноились. Было установлено, что в послеоперационном периоде за счет погрешностей при проведенных вмешательствах, возможно формирование свищевых ходов. Для установления их конкретной локализации, направления, протяженности, соотношения с прилежащими тканями и органами шеи была проведена фистулография, которая позволяет определить оптимальный вариант оперативного доступа, его объем, что влияет на результативность и конечный результат.

Ключевые слова: шея, дермоидная киста, эпидермоидная киста, свищи, фистулография.

Стаття надійшла 2.01.2017 р.

FISTULOGRAPHY IN THE DIAGNOSIS AND TREATMENT OF FISTULAS NECK

Tkachenko P., Rezvina K.

Fistula – abnormal channel that connects the deeper layers of tissue or hollow bodies from the outer surface of the body (skin or mucosa) or submitted tyazhystymy entities or their individual chambers interconnected. Given this, they are divided into external and internal. Depending on the placement of internal tissue end fistula, the latter may be blind or penetrating, penetrating into the cavity of some internal organs (pharynx, intestine, biliary or urinary tract). Fistula are congenital and acquired. Congenital fistula always lined epithelium (endothelium) and acquired - mostly consisting of granulation tissue, sometimes with epithelium. They arise due to violation of the formation during embryogenesis, that there are anomalies or malformations. The largest number of them in a dental practice make fistula lateral neck connecting the throat to the skin.

Key words: neck, dermoid cyst, epidermoid cyst, fistula, fistulography.

Рецензент Аветіков Д.С.