

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ, ВРОЖДЕННЫХ СРЕДИННЫХ И БОКОВЫХ СВИЩЕЙ ШЕИ.

Норбаев К.П., Косимов К.К., Норбаев З. К., Хусанов Ш.Р.

Андижанский государственный медицинский институт.

✓ Резюме,

По данным литературных источников, срединные кисты шеи, являясь актуальной проблемой челюстно-лицевой хирургии, вызывают интерес учёных относительно источников их развития и клинико-морфологических особенностей строения. При этом мнения специалистов о частоте встречаемости этой патологии у пациентов разных возрастных групп расходятся. В статье представлены результаты проведенных клинических исследований о встречаемости и симптоматике срединных кист шеи у пациентов разного возраста.

Полученные результаты собственных исследований сопоставлены с соответствующими данными литературных источников.

Ключевые слова: срединная киста шеи, щито-язычный проток.

БЎЙИННИНГ ЎРТА ВА ЁН ТУҒМА КИСТАЛАРИНИ ТАШХИСИ ВА ДАВОЛАШ

Норбаев К.П., Косимов К.К., Норбаев З. К., Хусанов Ш.Р.

Андижон давлат тиббиёт институти.

✓ Резюме,

Адабий манбаларга кўра, бўйиннинг медиастинал кисталари юз-жағ жарроҳлигининг долзарб муаммоларидан бири бўлиб, олимлар учун уларнинг ривожланиш манбалари ва структуранинг клиник ва морфологик хусусиятлари ҳақида қизиқиш уйғотади. Шу билан бирга, турли ёшдаги беморлардаги ушбу патологиянинг пайдо бўлиши сони бўйича эксперт хулосалари ажралиб чиқади. Мақолада турли ёшдаги беморларда ўрта бўйин кистасининг пайдо бўлиши ва симптомлари бўйича клиник тадқиқотлар натижалари келтирилган.

Ўз тадқиқот натижалари адабий манбалардан олинган маълумотлар билан таққосланади.

Калит сўзлар: бўйиннинг ўрта қисм кистаси, қалқонсимон-тил бойлами

DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF CONGENITAL MEDIUM AND SIDE FISTULAR NECK

Norbaev K.P., Kosimov K.K., Norbaev Z. K., Khusanov Sh.R.

Andijan State Medical Institute.

✓ Resume,

According to the literature sources, the median cysts of the neck are an actual problem of maxillofacial surgery, which arouses the interest of scientists as concerns the sources of their development as well as clinical and morphological characteristics of the structure. The opinions of experts about the incidence of this disease in patients of different age groups vary. The article presents the results of clinical studies on the incidence and symptoms of median neck cysts in patients of all ages.

The obtained results of the research are compared with corresponding literature data.

Keywords: medium nistica brush / peaky-language protect

Актуальность

Успехи в лечении врожденных кист и свищей шеи зависят от уровня знаний эмбриологии и своевременного их выявления при использовании современных методов диагностики организма [1,5]. Помимо общего клинического обследования больных (сбор анамнеза, общий и локальный осмотр) диагностический процесс должен включать в себя дополнительные инструментальные методы исследования: зондирование, контрастная цисто- и фистулография, ультразвуковая биолокация, компьютерная томография, магнитный резонанс, термография организма [3]. При этом лучевые методы диагностики могут подтвердить наличие кистозной полости в исследуемом объемном образовании шеи, определить ее размеры, топографию и, в какой-то мере, охарактеризовать содержимое и стенку кисты. Термография дает возможность выявить вторичное нагноение (гипертермия) или

установить аваскулярный тип строения кисты (гипотермия).

Следует, однако, заметить, что все названные методы исследования не позволяют судить о гистогенезе кистозных образований, что зачастую приводит к ошибкам в их диагностике.

Расхождение клинического и послеоперационного гистологического диагнозов для врожденных кист и свищей шеи варьирует по данным разных исследователей от 20 до 63 организма [2,4]. Поэтому принято считать, что установление окончательного диагноза остается в сфере деятельности морфолога* который с помощью гистологического и/или цитологического методов может определить гистогенетическую принадлежность патологического процесса. В распознавании врожденных кист шеи на дооперационном этапе важная роль принадлежит цитологическому исследованию. Аспирационная пункция с помощью тонкой иглы легко

выполнима, минимально травматична и безопасна для больного организма [1,5].

Актуальным в плане совершенствования ранней диагностики срединных и боковых кист и свищей шеи является дальнейшее накопление фактического материала, его анализ и обобщение с выработкой наиболее важных клинических и морфологических критериев для обоснования диагноза.

В настоящее время общепринято, что срединные кисты шеи (СКШ), являясь эмбриональной дисплазией, чаще всего встречаются у детей 4-7 лет, хотя существует мнение, что средний возраст патентов может колебаться в пределах 15-30 лет. Согласно же данным других литературных источников, эта патология чаще встречается у 10-14-летних пациентов, что связано с возрастной гормональной перестройкой их организма [5].

Вопрос об источниках развития СКШ долгое время был дискуссионным. Так, His (1885), основываясь на результатах анатомических исследований, связывал их происхождение со щито-язычным протоком (ЩЯП) (ductus thyroglossus). Однако Р.И.Венгловский (1909) утверждал, что после рождения ребёнка ЩЯП как таковой не существует, а сохраняется лишь соединительнотканый тяж, идущий от слепого отверстия языка (foramen coecum) к подъязычной кости (ПЯК). В то же время, по его мнению, в процессе эмбриогенеза к 3-му месяцу зародышевой жизни зобно-глоточный проток (ductus thymopharyngeus) захватывает за собой глоточный эпителий и частички щитовидной железы в область тела ПЯК, что и является субстратом для образования срединных кист [4].

Врожденные срединные и боковые свищи (СБС) шеи являются сравнительно редкими пороками развития и по этому представляют собой один из мало разработанных разделов в ЛОР хирургии (2,5,6). По данным ряда авторов (1,4) дети с этим видом патологии составляют до 2% всех пациентов отделений челюстно-лицевой хирургии.

Основной причиной развития СБС шеи по данным И.Л.Кручининой (1975) являются, в результате перемещения срединного зачатка щитовидной железы в период эмбриональной развития.

Больные с этой патологией наблюдаются и хирургами, стоматологами, педиатрами и другими специалистами, поэтому учет таких больных весьма затруднителен (2,3). Ввиду актуальности этого вопроса, ознакомление с этой патологией, разработка новых методов лечения и профилактики рецидивирования заслуживает внимания большого круга практикующих врачей, магистров, клинических ординаторов и студентов старших курсов.

Свищи шеи могут быть полными и неполными, а неполные наружными и внутренними. По данным литературы полные срединные свищи составляют 60% от всех свищей шеи.

Обычно устье свища открыто и из него выделяется тягучая, прозрачная, а при осложнениях - гнойная жидкость. Свищи периодически могут закрываться, но по мере накопления секрета они вновь открываются. Иногда при закрытии отверстия свища, особенно при выделении гнойного содержимого, может образоваться абсцесс или флегмона шеи со всеми типичными клиническими проявлениями, кожа вокруг свища мацерирована, покрыта корками, под ним

видно отделяемое в виде гнойно-слизистого характера секрета.

Диагностика основывается на введении в свищевой ход красящих, вкусовых, рентген-контрастных веществ. При полных свищах лица и шеи эти вещества через внутреннее устье попадают в полость рта. При неполных свищах, подобного результата не бывает, тогда после введения контраста в свищевой ход и проведения фистулографии удастся увидеть ход свищевого канала, его разветвленность, что имеет значение для операции.

Рецидивирование врожденных свищей после операции объясняется тем, что наружные и внутренние отверстия свищей могут быть как одиночными, так и множественными. Свищевой ход кроме разветвлений, может расширяться по своему ходу в виде бухт и выпячиваний. Иногда наблюдаются кистовидные расширения, наличие клапанов. СБС шеи вызывают косметические дефекты, функциональные нарушения вследствие их близкого расположения к жизненно важным органам.

Но все таки врожденные свищи шеи довольно таки часто встречаемая патология, но в то же время эта проблема недостаточно изучена и освещена в литературе, а оперативное лечение разработано не полностью, поэтому наблюдаются много случаев рецидивирования и даже злокачественного перерождения.

Цель исследования. На основании комплексной данных клинических исследований, уточнить критерии диагностики и лечение СБС шеи.

Материал и методы

Под нашим наблюдением было 38 больных детей с врожденными СБС шеи. Мальчики 17, девочек 21 в возрасте от 3 до 18 лет. Врожденные свищи наиболее часто локализовались в верхней трети грудинно-ключично-сосцевидной мышцы, чаще слева, а внутренне устье располагалось между подъязычной костью и щитовидным хрящом.

Результат и обсуждения

У детей наряду с косметическим дефектом наблюдались симптомы удушья, дисфонии, дисфагии, смещения надгортанника, сухой кашель, отек окружающих тканей, периодическое выделение секрета из свищевого хода, тягучего слизисто-гнойного характера.

При пальпации окружающих тканей определяется плотный тяж в подкожно жировом слое. У 3 больных на фоне мацерации кожи вокруг свищевого отверстия наблюдались разрастание грануляционной ткани. При длительном течении свища у двух больных развивался нагноение, появились воспалительный инфильтрат шеи, с последующим осложнились флегмоной шеи, что потребовались срочное оперативное вмешательство с иссечением свища.

После проведения фистулографии с введением контраста, становилось возможным более точно определить расположение свищевого хода, что значительно облегчило проведение хирургической операции "Иссечение свища", но т.к. свищевой ход зачастую разветвленный, после операции возникают рецидивы, выделения секрета. Всем 38 больным проведено иссечение свища, с последующим обязательным

иссечением резекция части тела подъязычной кости.

Для детального изучения характера воспаления у 20 больных детей проводили гистологическому исследование операционного материала. Результаты исследования показало, что в области наружного устья стенка свища образована многослойным плоским ороговевающим эпителием, образующим акантотические выросты. Базальная мембрана местами утолщена, гиалинизирована. В подлежащей грубоволокнистой соединительной ткани расположены волосные фолликулы и сальные железы. В глубоких отделах стенки свища отмечались признаки хронического гнойно-гранулирующего воспаления, эпителиальная выстилка представлена уплощенным цилиндрическим эпителием, десквамированным на обширных участках.

В 5 случаях срединный свищ осложнился с кистой шеи. После удаления кисты шеи также подвергался гистологическому исследованию. При этом эпителий их выстилки в большинстве случаев был цилиндрическим с многоядным расположением клеток, на апикальной поверхности которых можно хорошо различить ворсинчатую каемку. На отдельных участках, различных по протяженности, цилиарный эпителий приобретал кубическую или уплощенную форму, подвергался плоскоклеточной метаплазии.

Для предупреждения рецидивов предлагаем: после удаления внутреннего устья из глотки и иссечения свищевого конца по ходу свищевого тяжа и в свищевой ход вводить 5% спиртовой раствор йода. Этот раствор имеет свойство ускорять заживление и зарубцевание остаточные незамеченные ответвления свищевого хода, происходит дополнительная антимикробная обработка. Кроме этого 6 больным, у которых после иссечения свища операционная рана долго не заживалась, мы проводили сеансы лазерного облучения. А остальным 32 больным с целью предотвращения рецидивирования и образования келоидных руб-

цов, после операции назначили 4-5 процедур ультразвука с парафином.

После операции больных наблюдали в течение года, при этом у 4 был рецидив заболевания (у двух больных через 2 месяца, у одного через 3 месяца и у одного через год). Эти больные у которых СБС осложнился кистой шеи. Всем этим больным проведено повторной операция иссечения свища.

Выводы

1. Для диагностики врожденных свищей необходимо проводить тщательный обследования больных с целью уточнения характера СБС шеи.

2. Требуется пристального внимания и тщательного радикального оперативного вмешательства, когда СБС осложняется с кистой шеи.

3. С целью дополнительного санации раны после операции необходимо обработки по ходу свищевого тяжа 5% раствором йода, и применение лазерного или ультразвукового облучения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Аксенов В.М. Диагностика и лечение больных с боковыми и срединными кистами и свищами шеи. //Сб.науч.тр.М.,1989.- С. 109-112.
2. Врожденные кисты и свищи мягких тканей /Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии / Под ред. В.М.Безрукова. -М.,2000.-Т.2.-С.53-60.
3. Кручинина И.Л. Врожденные срединные и боковые свищи и кисты шеи у детей //Сб.тр.-М.,- Вып. 8.С.18-27.
4. Литвинова Л.Я. Срединные и боковые кисты и свищи шеи (Клиника, диагностика и лечение): /Автореф. дис.канд. мед. наук. М.,1993.-26 стр.
5. Stanlei M.W. Fine needle aspiration //J.Cytopathology.- 1990.Vol.1.-P.35-37.
6. Wild G.A. Lateral cervical cyst epithelia express upper digestive tract-type cytokeratins.policlonal antibody studies //Acta Otolaryngol.- Vol.75,№ 8.- 818-819.

Поступила 03.03. 2019