

Тема: Срединные и боковые
кисты и свищи шеи

Цель: Изучить срединные и боковые
кисты и свищи шеи у детей

Задачи:

- 1.Изучить со студентами клинику, современные методы диагностики и дифференциальной диагностики срединных и боковых кист и свищей шеи у детей.
- 2.Изучить со студентами современные методы лечения срединных и боковых кист и свищей шеи у детей.

Место проведения занятия: детское челюстно – лицевое отделение

Необходимое оборудование и материалы: ноутбук ,мультимедийная презентация, рентгенограммы, фотокарты больных, операционная и перевязочная.

План занятия

| Этапы занятия | Оборудование | Учебные пособия и средства контроля | Место | Время(в процентах к общей продолжительности занятия) |
|---|--|---|-----------------------|---|
| 1.Проверка исходных знаний, решение учебных задач | Ноутбук | Контрольные вопросы и задачи для выявления исходных знаний студентов. Фотографии. Набор хирургических инструментов. | Хирургический кабинет | 40 |
| 2.Самостоятельная курация больных.Обсуждение принятых больных, проверка историй болезни | Оборудование и инструментарий хирургического кабинета. | Методические указания, медицинская документация.Листок практических навыков. | -- « -- | 50 |
| 3.Подведение итогов занятия. Задание на следующее занятие. | | Ситуационные задачи | | 10 |

Врожденные кисты и свищи шеи являются сравнительно редкими пороками развития. Их доля среди всех опухолей и опухолевидных образований челюстно-лицевой области и шеи. По данным Губайдулиной Е.Я. и Цегольник Л.Н. (1990) едва достигает 5%, а больные с этим видом патологии составляют до 2% всех пациентов отделений челюстно-лицевой хирургии (Груздев Н.А., 1965; Харитонов Р.К. с соавт., 1970; Черенова К.И., 1973; Епишева Л.Р., 1976; Ивасенко П.И. с соавт., 1999; Безруков В.М., Робустова Т.Г., 2000).

Появление кист и свищей шеи связано с нарушением сложных процессов формирования органов головы и шеи в эмбриогенезе, в большинстве случаев вызванных воздействием на развивающийся плод патогенных факторов. Ю.В. Гулькевич, Г.И. Лазюк, К.Ю. Гулькевич объединили все патогенные факторы в Каузальный генез уродств.

КАУЗАЛЬНЫЙ ГЕНЕЗ УРОДСТВ (по Ю.В. Гулькевич, Г.И. Лазюк, К.Ю. Гулькевич)

ЭКЗОГЕННЫЕ ПРИЧИНЫ

Физические факторы

Механические

Термические

Радиационные

Химические факторы

Гипоксия

Неполноценное питание

Гормональная дискорреляция

Тератогенные яды

Биологические факторы

Вирусы

Бактерии и их токсины

Простейшие

Психические факторы

ЭНДОГЕННЫЕ ПРИЧИНЫ

Наследственность

Биологическая неполноценность половых клеток

Влияние возраста родителей

Классификации тиреоглоссальных и брахиогенных кист и свищей

МКБ – 10

- Q 18 – Пазуха, фистула и киста жаберной щели
- Q 89.20 – Сохранившийся щитовидно-язычный проток
- Q 89.22 – Щитовидно – язычный свищ
- Q 89.21 – Щитовидно – язычная киста

Клинико-рентгенологическая классификация

Тиреоглоссальные кисты :

а.кисты корня языка

б.кисты,расположенные над или под подъязычной костью

Тиреоглоссальные свищи шеи:

а.полные

б.неполные:внешние и внутренние

Брахиогенные свищи:

а.полные

б.неполные:внешние и внутренние

На сегодняшний день в медицинской литературе можно встретить новые и старые названия кист шеи:

срединные(кисты и свищи)шеи = тиреоглоссальные(кисты и свищи)

боковые (кисты и свищи)шеи = бранхиогенные(кисты и свищи)

Срединные кисты шеи

встречаются чаще боковых

О происхождении срединных кист существуют два мнения.

- По Гиссу, они возникают из незакрывшегося эмбрионального протока щитовидной железы.

- Р. И. Венгловский утверждает, что кисты и свищи происходят из эпителия дна полости рта, а вместо протока существует щито-язычный тяж.

Начлас (Nachlas) указывает, что на четвертой неделе эмбриональной жизни на дне первичной глотки возникает по средней линии выпячивание, которое представляет собой зачаток перешейка и боковой доли щитовидной железы. При дальнейшем развитии книзу образуется покрытый эпителием ход, проходящий через область, в которой позднее, в конце второго месяца, развивается подъязычная кость, что приводит к делению щито-язычного хода на две части. Ход нормально облитерируется на 7-й неделе эмбриональной жизни. Место возникновения хода указывается foramen coecum. При полной задержке развития щито-язычного хода может возникнуть эктопия щитовидной железы в области языка. При неполной облитерации хода в каком-либо месте может возникнуть киста, располагающаяся вдоль этого

Срединные кисты располагаются между уровнем подъязычной кости и вырезкой щитовидного хряща. Тесная близость щитовидного протока к телу подъязычной кости приводит к срастанию эпителиального хода с надкостницей тела подъязычной кости. Поэтому развившаяся из него киста также оказывается спаянной с телом подъязычной кости.



Рис.1 Срединная(тиреоглоссальная)киста шеи

Топографически срединные кисты шеи подразделяют на кисты корня языка и кисты, расположенные над или под подъязычной костью. Обычно срединные кисты шеи диагностируются не ранее 2-3 летнего возраста, протекая до этого периода скрыто.

Кисты корня языка могут проявляться нарушениями функции глотания, дыхания или же обнаруживаются случайно при осмотре ребенка. Срединные кисты шеи обнаруживаются в виде характерного опухолевидного образования округлой формы обычно строго по средней линии шеи. Пальпаторно выявляется патологическое образование мягкоэластичной консистенции, контурированное, легко смещаемое, безболезненное.

Кисты нередко связаны с подъязычной костью и смещаются с ней при глотании. Размеры кист 1 – 3 см в диаметре, но с возрастом они могут значительно увеличиваться. Кисты имеют тонкую соединительнотканную оболочку. Стенки кисты состоят из фиброзной ткани, покрытой внутри плоским или низким кубическим эпителием.

Нередко возникает воспаление кист. Воспалительные процессы бывают разной интенсивности, вплоть до абсцедирования. Воспалительный процесс может быть первым симптомом, который побуждает родителей показать ребенка с кистой врачу.

Диагностика срединных кист вследствие их типичной локализации и характерной клинической картины не является сложной. Определенные трудности представляет дифференциальная диагностика кист корня языка.

Дифференцировать необходимо в первую очередь от дистопированной щитовидной железы или ее долей, лимфангиомы и дермоидной кисты.

При подозрении на дистопию щитовидной железы необходимо установить наличие щитовидной железы на нормальном уровне. В сомнительных случаях следует для этого прибегнуть к введению изотопов йода для установления места расположения щитовидной железы.

Размеры дермоидной кисты варьируют, достигая нескольких сантиметров в диаметре. Дермоидная киста обычно связана с глубокой фасцией шеи и при своем росте выпячивается под кожей, что дает повод к диагностическим ошибкам, когда дермоид принимают за обычную срединную кисту шеи. Дермоидные кисты состоят из одной полости, содержащей казеозную массу, среди которой встречаются волосы. Стенки такой кисты покрыты многослойным эпителием эпидермального типа и могут иметь волосяные фолликулы, потовые и сальные железы. Ценным дополнением в диагностике срединных кист шеи является тонко- игольная аспирационная пункция (ТИАП). Установлено, что использование ТИАП при исследовании патологических образований области шеи срединной локализации позволило повысить уровень диагностики на дооперационном этапе с 49% до 78%, при этом отмечалось снижение кол-ва ошибочных диагнозов с 9,8% до 2%, а предположительных с 41% до 20%. (Иванова С. В. 2003 г., г. Омск)

Срединные свищи шеи

Происхождение срединных свищей, так же как и срединных кист шеи, тесно связано с развитием средней доли щитовидной железы. Зачаток ее появляется у зародыша человека на второй неделе в виде утолщения эпителия в том участке, который соответствует слепому отверстию языка.

В дальнейшем этот зачаток превращается в тяж *tractus thyreoglossus*. Гисс (цит. по Р. И. Венгловскому) считал, что внутри этого эпителиального хода имеется просвет, почему это образование и получило название *ductus thyreoglossus*. Последний подвергается обратному развитию, в отдельных участках хода эпителиальная ткань замещается соединительной, и во многих случаях *tractus thyreoglossus* превращается в соединительнотканый тяж. Свищевой ход тесно спаивается с надкостницей подъязычной кости, или, внедряясь в толщу ее тела, слепо заканчивается в нем. Поэтому различают полные и неполные свищи. Верхняя часть протока простирается от слепого отверстия языка до подъязычной кости (*ductus lingualis*), нижняя — от подъязычной кости до щитовидной железы (*ductus thyreoideus*). Щитовидный проток большей частью на вентральной стороне срастается с подъязычной костью, иногда прободая ее. Если запустевание щито-язычного протока не происходит обычным образом, по той средней линии шеи прорывается вторичный ход через кожу. Помимо основного хода свища, идущего к телу подъязычной кости, встречаются ответвления в сторону, неполное удаление которых приводит к рецидиву свища. многослойным плоским эпителием.

При гистологическом исследовании срединных свищей шеи обнаруживается, что стенка их состоит из соединительной ткани, в толще которой встречаются мышечные волокна. Стенки просвета свищевого хода покрыты чаще цилиндрическим, реже многослойным плоским эпителием.

В анамнезе нередко отмечается, что возникновению срединного свища, шеи предшествовало образование кисты, которая, нагнаившись, затем прорывалась самостоятельно или вскрывалась оперативным путем. Свищевое отверстие обычно бывает расположено по средней линии, за исключением случаев, когда в результате предшествовавших разрезов отверстие свища оттягивается рубцами в сторону от средней линии.

Устье свища обычно располагается ниже подъязычной кости, большей частью в области щитовидного хряща. Значительно реже оно лежит выше уровня подъязычной кости или ближе к яремной ямке. Зависит это от расположения кисты шеи и от места спайки стенки свища с кожей.



Рис 2 Срединный(тиреоглоссальный) свищ шеи

Отверстие свища бывает часто настолько малым, что не пропускает даже самого тонкого зонда. Кроме того, препятствием к зондированию иногда является извилистость и разветвленность свищевого хода. Иногда отверстие временно закрывается тонким рубцом, который легко прорывается накопившимся содержимым свища. Характер отделяемого зависит от степени воспаления стенок свищевого хода. Ход свища можно определить пальпаторно. Он прощупывается под кожей в виде плотного шнура или тяжа круглой формы, достигающего иногда толщины карандаша и прослеживаемого обычно вплоть до подъязычной кости.

Из свища постоянно или периодически выделяется скудное количество слизистой жидкости.

Срединные свищи шеи необходимо **дифференцировать** от актиномикоза, туберкулеза, остеомиелита нижней челюсти, свищей слюнных желез, свищей, возникших после ранения или перихондрита глотки.

Дополнительными методами исследования являются введение в свищ красящих веществ и контрастная рентгенография.

При свищах туберкулезного происхождения на шее, как правило, встречаются пакеты увеличенных лимфатических узлов, располагающиеся чаще всего около угла нижней челюсти. При врожденных шейных свищах устье их находится по средней линии шеи или по переднему краю грудино-ключично-сосковой мышцы, под кожей прощупывается тяж. Свищи туберкулезного происхождения возникают в позднем периоде, тесно спаяны с подлежащим большим узлом и тяжей не образуют.

При актиномикозе в инфильтратах на шее появляются очаги размягчения, которые самопроизвольно вскрываются, образуя свищи, отделяющие гнойную или кровянисто-гнойную жидкость, иногда с примесью желтых крупинок (друз). Синюшная окраска кожи вокруг свищей длительно сохраняется и является характерным проявлением актиномикоза. На шее образуются своеобразные изменения кожи в виде поперечно расположенных валиков.

Свищи слюнных желез и грудного протока имеют соответствующее расположение и в большинстве случаев возникают после травмы.

Свищи шеи, возникшие на почве ранения глотки и гортани или перихондрита последней, резко отличаются как по виду, так и по месту расположения. Кроме того, анамнез и ларингоскопическая картина дают точное указание о его происхождении.

Одонтогенные свищи могут иногда напоминать врожденный свищ шеи; зондирование их и рентгенография нижней челюсти позволяют установить истинную природу заболевания.

Боковые кисты и свищи шеи

Относительно происхождения боковых кисты свищей шеи существуют различные взгляды. По старым воззрениям боковые свищи возникают при аномальном развитии жаберного аппарата, в результате недоразвития или незаращения любой из четырех жаберных щелей. Р. И. Венгловский считал, что боковые свищи являются остатками зобно-глоточного хода или его части, которые в виде эпителиальных зачатков могут существовать всю жизнь без каких-либо проявлений.

Клинические наблюдения показывают, что боковые свищи шеи возникают как за счет зобно-глоточного протока, так и за счет жаберных щелей. В. А. Картавин подчеркивает, что кисты и свищи могут происходить не только из второй, но и из первой жаберной щели. Как при срединных, так и при боковых свищах шеи образованию свища может предшествовать стадия кисты, которая иногда достигает больших размеров. Так, например, в случае, описанном С. А. Якобсоном, вес кисты составлял 2 кг. Полные боковые свищи встречаются в одной трети всех случаев. Длина полного свищевого хода у взрослого достигает 15—17 см.

Иногда полные боковые свищи образуются из внутренних неполных, при прорыве их наружу.

Неполные свищи как наружные, так и внутренние могут быть различной длины; это объясняется тем, что нередко сначала существует полный свищ, который может запустеть в каком-либо месте. Свищи могут быть односторонними или двусторонними, иногда они имеют добавочные ходы или дивертикулы, что следует учитывать при операции.

Клинически боковые кисты шеи располагаются по внутреннему краю грудино-ключично-сосцевидной мышцы, в области средней ее трети. Хирургическая анатомия кист постоянна: верхний полюс кисты находится под задним брюшком двубрюшной мышцы и шилоподъязычной мышцей, латеральная стенка ее непосредственно прилегает к внутренней яремной вене на уровне бифуркации общей сонной артерии.

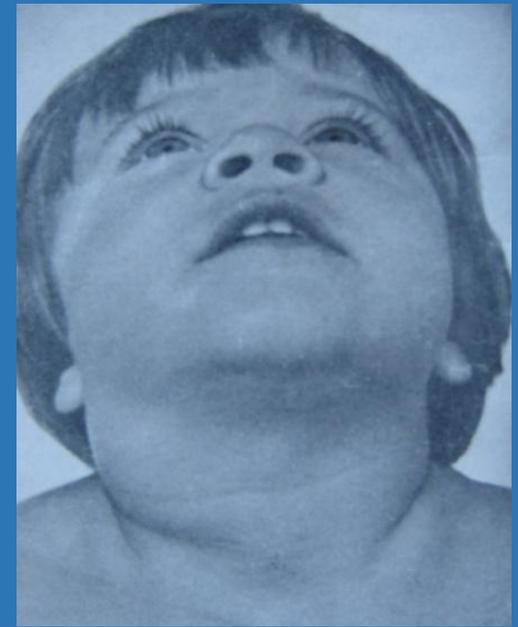


Рис.3 Боковая(бранхиогенная) киста шеи

Киста определяется в виде округлой припухлости. Она подвижна, эластической консистенции, часто воспаляется с образованием абсцесса или флегмоны. Дифференцировать боковую кисту шеи необходимо от лимфаденита, лимфосаркомы, лимфангиомы, кавернозной гемангиомы, аневризмы сосудов, опухолей околоушной и поднижнечелюстной слюнных желез. Существенную помощь в дифференциальной диагностике оказывают компьютерная томография, ТИАБ, цитологическое исследование.

Клинически наружное отверстие бокового свища располагается обычно на небольшом расстоянии от срединного края грудино-ключично-сосковой мышцы в виде щели, едва пропускающей тонкий зонд. Внутреннее отверстие обычно настолько мало, что увидеть его удастся с трудом.

Количество секрета из свища может быть очень небольшим, в виде капель светлой жидкости, мало беспокоящей больного, или бывает значительным, причем вследствие постоянной секреции может возникнуть вторичная экзема. Характер отделяемого зависит от особенностей покрывающего их эпителия и степени воспаления стенок свища. При наличии мерцательного эпителия отделяемое имеет слизистый характер; если присоединяется воспаление, то секрет принимает слизисто-гнойный или гнойный характер.



Рис.4 Боковой(бранхиогенный) свищ шеи

При неполных внутренних свищах, похожих на глоточный дивертикул, в этом кармане может скапливаться пища. Иногда пища, задерживаясь в свище, подвергается распаду, что вызывает неприятный запах изо рта.

Скопление секрета и пищи может наблюдаться также и в полных свищах, образуя выпячивание в виде мешка на боковой поверхности шеи. Иногда при надувании с закрытым ртом (опыт Вальсальвы) под кожей шеи появляется колбасовидное выпячивание. При надавливании на свищ происходит выделение содержимого как из наружного отверстия свища, так и из внутреннего, причем это содержимое имеет неприятный запах. Если внутренний свищ связан с кистой, то последняя также может заполняться пищей, воздухом или жидкостью, а стенки свища инфицируются.

Внутренние свищи, по Проктору, могут открываться иногда в гортань или трахею и напоминать воздушные мешки, которые должны быть дифференцированы от ларингоцеле.

Полный свищевой ход обычно пальпируется в виде плотного тяжа, идущего кверху параллельно грудино-ключично-сосковой мышце. На уровне подъязычной кости свищевой ход поворачивает кнутри, проходя нижеподъязычного нерва и заднего брюшка двубрюшной мышцы, и далее находится в тесной связи с покровом сонной артерии или проходит между наружной и внутренней сонной артерией выше языко-глоточного нерва. В этом, месте ход свища является наиболее сложным и с трудом прослеживается во время операции. Затем свищ проходит под *m. stylo-glossus*, направляется кверху к задней поверхности миндалины и открывается в верхней половине задней дужки, в надминдаликовой ямке или ниже миндалины.

Строение бокового свища шеи

Боковые свищи выстланы главным образом многослойным плоским эпителием, среди которого встречаются островки мерцательного эпителия. Последний, чаще многослойный, состоит из 2—3 слоев клеток, оканчивающихся наверху цилиндрической мерцательной клеткой. Нередко в свище встречаются ясно выраженные сосочки, а под ними находятся потовые и сальные железы.

Стенки бокового свища состоят из плотной волокнистой соединительной ткани, располагающейся кольцеобразными слоями, с многочисленными сосудами. Кроме того, в стенках встречаются поперечнополосатые мышечные волокна, а также дольки слизистых желез.

В стенках боковых свищей под эпителиальным покровом встречается много лимфоидной ткани, расположенной в виде ретикулярной сетки, наполненной круглоклеточными элементами, в виде лимфоидных фолликул.

Иногда в стенках свища встречаются частицы хряща, которые попадают сюда из третьей жаберной дуги или иногда из хрящей уха.

Диагностика врожденных свищей шеи не представляет затруднения, но при дифференциальном диагнозе следует учитывать приобретенные свищи шеи различного происхождения. К ним относятся свищи на почве туберкулеза шейных лимфатических узлов, слюнные свищи, свищи лимфатического грудного протока, свищи травматического происхождения и свищи, возникающие на почве перихондрита гортани или заболевания зубов.

При свищах туберкулезного происхождения на шее, как правило, встречаются пакеты увеличенных лимфатических узлов, располагающиеся чаще всего около угла нижней челюсти. При врожденных шейных свищах устье их находится по средней линии шеи или по переднему краю грудино-ключично-сосковой мышцы, под кожей прощупывается тяж. Свищи туберкулезного происхождения возникают в позднем периоде, тесно спаяны с подлежащим больным узлом и тяжей не образуют.

Свищи актиномикозного происхождения возникают в позднем периоде, тесно спаяны с подлежащим больным узлом. Кожа вокруг свищей синюшного цвета. Из свища выделяется гнойная или кровянисто-гнойная жидкость, иногда с примесью желтых крупинок (друз).

Свищи слюнных желез и грудного протока имеют соответствующее расположение и в большинстве случаев возникают после травмы.

Свищи шеи, возникшие на почве ранения глотки и гортани или перихондрита последней, резко отличаются как по виду, так и по месту расположения. Кроме того, анамнез и ларингоскопическая картина дают точное указание о его происхождении.

Одонтогенные свищи могут иногда напоминать врожденный свищ шеи; зондирование их и рентгенография нижней челюсти позволяют установить истинную природу заболевания.

Помощь в диагностике боковых свищей шеи дает фистулография, компьютерная томография. Наполняя контрастным веществом просвет свища, можно проследить ход и размеры его, а также возможную связь с кистой. Легче всего это удастся при полных боковых свищах шеи. Контрастное вещество вводят в свищ после предварительной инфильтрационной анестезии его наружного отверстия. Вокруг отверстия накладывают кисетный шов, который затягивают после введения в свищ контрастного вещества с тем, чтобы оно не вытекало до рентгенографии свища. Введение в наружный свищ окрашенных жидкостей также позволяет установить, является ли свищ полным или неполным.

Лечение кист и свищей шеи

Лечение срединных кист шеи только оперативное и может быть произведено в любом возрасте. При нагноении кисты и возникновении флюктуации иногда прибегают к вскрытию кисты с последующим дренажем.

По ликвидации воспаления, спустя несколько недель, больной может подвергнуться операции. Делается поперечный разрез кожи над местом наибольшего выпячивания, отодвигаются мышцы от средней линии шеи и после рассечения фасции выделяют кисту тупым путем. Обычно стенки ее тонки и при отсепаровке нередко рвутся с опорожнением содержимого. В этих случаях отсепаровка кисты представляет собой некоторые трудности, возникающие при выделении ее задневерхней поверхности, где от кисты идет тяж, связывающий ее с телом подъязычной кисты. Это необходимо учитывать, так как оставление даже небольших участков эпителия может привести к рецидиву. Во избежание последнего необходимо выделить тяж до самой кости и сделать клиновидную резекцию тела подъязычной кости. При значительной резекции тела подъязычной кости концы ее сшивают кетгутовым швом. При повторных операциях по поводу рецидива кисты следует обратить особое внимание на тщательное удаление всего участка, содержащего эпителиальный покров, учитывая, что киста может иметь несколько отростков, ответвляющихся в стороны.

При наличии кисты и свища, открывающегося в foramen coesum, требуется широкая резекция части подъязычной кости с отсепаровкой мышц, прикрепляющихся к ней, и последующим выделением хода. Для облегчения отсепаровки помощник надавливает на корень языка в области слепого отверстия, и кусочек мышцы, содержащий щито-язычный ход, иссекается под углом в 45° выше и кзади от подъязычной кости.

Лечение врожденных свищей шеи оперативное — полная экстирпация свищевого хода. Попытки вызвать запустевание просвета свища путем впрыскивания различных прижигающих веществ успеха не дают. Предшествующие воспалительные процессы затрудняют иссечение свища.

При **срединных свищах шеи**, слепо заканчивающихся у тела подъязычной кости, вокруг устья свища делается овальный разрез кожи. При свищах, расположенных на уровне подъязычной кости, лучше делать с косметической целью поперечный разрез кожи. Свищи, расположенные низко, требуют продольного разреза с целью лучшей отсепаровки свища. Отделив устье свища от кожи, находят свищевой тяж, который слегка подтягивают при отслойке от окружающих тканей. Впрыскивание красящих веществ в просвет свища для лучшей ориентировки при операции иногда приводит к окрашиванию окружающей ткани, что затрудняет операцию. Поэтому рекомендуется после введения в свищ метиленовой синьки промыть ход физиологическим раствором. На стенках остается достаточно краски, чтобы был заметен ход свища без окрашивания окружающих тканей.

Для предотвращения рецидива необходимо полное вылушение свища на всем протяжении, при этом следует учитывать возможность разветвления свищевого хода. Поскольку свищ всегда связан с подъязычной костью, то во избежание рецидива производят резекцию тела кости. Большие трудности представляет удаление той части полного срединного свища, которая сообщается со слепым отверстием языка. Малые пространственные соотношения и трудность отслойки от окружающих тканей угрожают отрывом свища и оставлением части его, что может привести к рецидивам и нагноению в области раны. В этих случаях необходимо после рассечения или резекции, тела подъязычной кости широко раздвинуть края кости в стороны с целью облегчить отсепаровку свища. После удаления его концы рассеченной кости стягивают швами, наложенными на надкостницу.

При операции по поводу полных боковых свищей шеи разрез обычно идет по внутреннему, реже по наружному краю грудино-ключично-сосковой мышцы. При отсепаровке свищевого хода от влагалища крупных сосудов возникает опасность ранения их. Особая трудность встречается при подходе к боковой стенке глотки, где свищ чаще всего истончается и поэтому легко рвется при натягивании. При удалении верхнего отрезка свища следует учитывать возможность боковых ответвлений, которые должны быть тщательно отпрепарованы.

ОБРАЗЦЫ ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ К ЗАНЯТИЮ:

Выберите один правильный ответ

1. БРАНХИОГЕННАЯ КИСТА ШЕИ ЛОКАЛИЗУЕТСЯ

- 1). по средней линии шеи
- 2). в подподбородочной области
- 3). в поднижнечелюстной области
- 4). по переднему краю *m. trapezius*
- 5). в средней трети шеи, по переднему краю *m. sternocleidomastoideus*

2. ТИРЕОГЛОССАЛЬНАЯ КИСТА ШЕИ ЛОКАЛИЗУЕТСЯ

- 1). по средней линии шеи
- 2). в параназальной области
- 3). в области яремной вырезки
- 4). в поднижнечелюстной области
- 5). по переднему краю *m. trapezius*

3. НАРУЖНОЕ ОТВЕРСТИЕ БРАНХИОГЕННОГО СВИЩА ШЕИ РАСПОЛАГАЕТСЯ

- 1). в носоглотке
- 2). в щечной области
- 3). в подъязычной области
- 4). перед передним краем грудино-ключично-сосцевидной мышцы
- 5). в поднижнечелюстной области

4. НАРУЖНОЕ ОТВЕРСТИЕ ТИРЕОГЛОССАЛЬНОГО СВИЩА ШЕИ РАСПОЛАГАЕТСЯ

- 1). в щечной области
- 2). в подъязычной области
- 3). в области корня языка
- 4). в поднижнечелюстной области
- 5). в области подъязычной кости по средней линии шеи

5. ПУНКТАТ ВРОЖДЕННОЙ КИСТЫ ШЕИ ВНЕ ВОСПАЛЕНИЯ ИМЕЕТ ВИД

- 1). гноя
- 2). лимфы
- 3). крови
- 4). мутной жидкости
- 5). прозрачной опалесцирующей жидкости

Ответы на образцы тестовых заданий к занятию:

1 – 5

2 – 1

3 - 4

4 - 5

5 - 5

ОБРАЗЦЫ СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ К ЗАНЯТИЮ

ЗАДАЧА 1

Больной С. 8 лет обратился с жалобами на наличие свищевого хода на передней поверхности шеи со слизеподобным отделяемым.

Анамнез. Свищевой ход появился две недели назад. До этого на фоне ОРВИ на шее было шарообразное новообразование диаметром 1 см и боли при глотании.

При осмотре. Ни коже по средней линии шеи, ниже щитовидного хряща имеется устье свищевого хода, кожа вокруг устья свища мацерирована.

Пальпация безболезненная, определяется эластичный тяж, уходящий к подъязычной кости, при глотании смещается кзади.

1.Поставьте диагноз, обоснуйте его.

2.Какие дополнительные методы обследования возможно провести для уточнения диагноза?

ЗАДАЧА 2

Больной А. 10 лет предъявляет жалобы на наличие образования на боковой поверхности шеи слева, умеренные боли при глотании, субфебрильную температуру тела.

Анамнез. Родители впервые заметили новообразование около двух месяцев назад, оно было небольших размеров, за прошедшее время постепенно увеличивалось.

При осмотре. На границе верхней и средней трети шеи спереди от грудино-ключично-сосцевидной мышцы пальпируется новообразование 6х4 см, мягко-эластичной консистенции, подвижное, имеет четкие границы, с кожей не спаяно.

При пункции получена мутная жидкость желтоватого цвета.

1. Предварительный диагноз, проведите его обоснование.
2. Составьте план обследования и лечения больного.

ОБРАЗЦЫ ОТВЕТОВ НА СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ К ЗАНЯТИЮ:

ЗАДАЧА 1

1. Врожденный срединный свищ шеи. Диагноз поставлен на основании жалоб, анамнеза заболевания и клинической картины.
2. Введение в свищ красящих веществ и контрастная рентгенография.

ЗАДАЧА 2

1. Врожденная боковая киста шеи. Диагноз поставлен на основании анамнеза заболевания и клинической картины.
2. Для уточнения диагноза возможно проведение компьютерной томографии, ТИАБ, цитологического исследования.
Лечение хирургическое.

Основная литература

1. Зеленский, Владимир Александрович. Детская хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия : учебник / В. А. Зеленский, Ф. С. Мухорамов . - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2009.

2. Персин, Леонид Семенович. Стоматология детского возраста : учебник / Л. С. Персин .- Москва: Медицина, 2008.

Дополнительная литература

1. Детская хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия. Сборник иллюстрированных клинических задач и тестов : учеб. пособие / УМО по мед. и фармацев. образованию вузов России ред.: О. З. Топольницкий, А.П.Гургенадзе.-Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015.
2. Топольницкий О.З. Атлас по детской хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии [Электронный ресурс] : учебное пособие / О. З. Топольницкий , А. Ю. Васильев.- Москва : ГЭОТАР- Медиа, 2011.
Режим доступа <http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970418260.html>.
3. Зеленский, Владимир Александрович. Детская хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия [Электронный ресурс] : учебник / В. А. Зеленский, Ф. С. Мухорамов .- Москва: ГЭОТАР Медиа, 2009.
Режим доступа :<http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970411704.html>
4. Стоматология детская. Хирургия [Электронный ресурс] : учебник / УМО по мед. и фармацев. образованию вузов России-ред. В. М. Елизарова.-Москва : Медицина, 2009
Режим доступа :<http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN5225034314.html>
5. Клинические ситуации с иллюстрациями для итоговой государственной аттестации выпускников медицинских вузов Российской Федерации : учеб.метод. пособие для мед. вузов спец. 060105.65"Стоматология"/ УМО по мед. и фармацев. образованию вузов России, ВУНМЦ, Моск. гос. мед.стом. ун-тред. Г. М. Барер.-Москва : ВУНМЦ, 2008.

Электронные образовательные ресурсы

1. Электронная библиотека ОмГМУ. Режим доступа: <http://weblib.omsk-osma.ru>; свободный доступ для авторизованных пользователей;
2. Электронно-библиотечная система «КнигаФонд». Режим доступа: <http://www.knigafund.ru>. 30 точек доступа;
3. Научная электронная библиотека. Режим доступа: <http://elibrary.ru/defaultx.asp>; свободный доступ;
4. СПС «Гарант»: локальная компьютерная сеть. 155 точек доступа;
5. СПС «Консультант Плюс»: локальная компьютерная сеть. 22 точки доступа;
6. База данных Scopus. Режим доступа. <http://www.scopus.com>. 500 точек доступа
7. ЭБС «Консультант студента». Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/> 805 точек доступа