

Международный научно-практический  
информационно-аналитический журнал

# Современная СТОМАТОЛОГИЯ

1 • 2014

[www.mednovosti.by](http://www.mednovosti.by)

## Прага

4-8 июня 2014

IF INTERNATIONAL  
IMPLANT  
FOUNDATION

INDEENTAL

biomed oneway**\*5**ГАЛА-УЖИН  
С УЧАСТИЕМ  
СПЕЦИАЛЬНОГО  
ГОСТЯ**\*4**ЗНАКОМСТВО  
С ПРАГОЙ,  
ЭКСКУРСИИ**\*3**ЛЕКЦИОННУЮ  
ПРОГРАММУ**\*2**

ГОСТИНИЦУ

**\*1**ПРЕДОСТАВЛЯЕТ  
ПЕРЕЛЁТ

## ПРИГЛАШАЕМ

### НА МЕЖДУНАРОДНЫЙ КОНГРЕСС ПО ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ

СПРАВКА ПО  
ТЕЛЕФОНУ:  
+ 375 29 313 20 00  
[www.swissbiomed.ru](http://www.swissbiomed.ru)



ГРУППА  
ВИАГРА

	<b>Лекции</b>		<b>Lectures</b>
7	Оклюзионные шины: виды и роль в комплексной терапии патологии височно-нижнечелюстного сустава / Наумович С.А., Наумович С.С.	7	Occlusal splints: types and role in the complex treatment of temporomandibular joint disorders / Naumovich S.A., Naumovich S.S.
11	Системная височно-нижнечелюстного сустава / Артюшкевич А.С.	11	Disorders of the temporomandibular joint / Artyushkevich A.S.
15	Этапы прямой композитной реставрации передних зубов (виниры, компониры) / Юдина Н.А.	15	Clinical steps of the direct restoration of front teeth (veneers, componeers) / Yudina N.A.
	<b>Проблемные статьи и обзоры</b>		<b>Problem Articles and Reviews</b>
20	Ошибки и осложнения, возникающие при изготовлении реставраций из композитных материалов / Чухрай И.Г., Новак Н.В., Марченко Е.И.	20	Mistakes and the complications arising at production of restorations from composite materials / Chukhrai I.G., Novak N.V., Marchenko E.I.
26	Клинические проявления плоского лишая слизистой оболочки рта / Латышева С.В., Будевская Т.В., Качук М.В.	26	Clinical manifestation of oral lichen planus / Latysheva S.V., Budzeuskaya T.V., Kachuk M.V.
30	Необходимость устранения этиологических факторов при лечении дистального прикуса путем взаимодействия с врачами смежных специальностей / Флис П.С., Касьяненко Д.М.	30	Necessity of elimination of etiologic factors by means of cooperation with different specialization doctors in the treatment of distal occlusion / Flis P.S., Kasianenko D.M.
34	Организация научной деятельности и наукометрия	34	Organization of Scientific Activity and Scientometrics
	Способность научных публикаций как индикатор значимости достижений ученых (предварительная оценка цитируемости стоматологов) / Шарбчиев Ю.Т.		Citation of scientific publications as indicator of significance of scientists' achievements (preliminary assessment of dentists' citation) / Sharabchiev Yu.T.
	<b>Обмен опытом</b>		<b>Exchange of Experience</b>
41	Обоснование выбора метода моделирования адгезивной волоконной конструкции / Луцкая И.К., Новак Н.В., Кавецкий В.П.	41	Justification of a choice of a method of modeling adhesive fiber design / Lutskaya I.K., Novak N.V. Kavetskiy V.P.
46	Трансверсальный перелом корня зуба у детей: успешный опыт лечения, длительные результаты / Козловская Л.В., Михновец М.Ю.	46	A transversal root fracture in children: a successful treatment experience, long-term results / Kozlovskaya L.V., Mikhnovec M.Yu.
51	Моделирование укрепленного адгезивного мостовидного протеза / Луцкая И.К., Новак Н.В.	51	Modeling of the strengthened adhesive dental bridge / Lutskaya I.K., Novak N.V.
55	Совершенствование методики непосредственного зубного протезирования / Величко Л.С., Ящиковский Н.В.	55	Improving the methods of direct dental prosthesis / Velichko L.S., Yashchikovskiy N.V.
59	Целевые направления профилактики болезней пародонта / Латышева С.В., Брундукова О.Н.	59	The goal of direction of the prevention of periodontal disease / Latysheva S.V., Bryndykova O.N.
62	Комбинированное обезболивание у стоматологических пациентов на фоне неустойчивого психоэмоционального состояния / Артюшкевич А.С., Насибянц Н.В.	62	Combined anesthesia in dental patients with an unstable psycho-emotional state / Artyushkevich A.S., Nasibyanc N.V.
64	Атипичное клиническое проявление срединных кист шеи / Ластовка А.С., Каханович Т.В.	64	Atypical clinical manifestations of the median cervical cyst / Lastovka A.S., Kahanovich T.V.
67	Опыт применения брекет-системы Damon для повышения качества ортодонтического лечения пациентов с зубочелюстными аномалиями / Чернявская М.В., Саркарат М.Р.	67	Experience of using Damon system to improve the quality of orthodontic treatment in malocclusion / Cherniavskaja M.V., Sarkarat M.R.
70	Синдром тесного положения зубов: тактика коррекции с использованием техники сегментарных дуг / Анохина А.В., Шакирова Д.Г.	70	A close position of teeth syndrome: an approach for correction using segmental arches technique / Anokhina A.V., Shakirova D.G.
	<b>Презентации</b>		<b>Presentations</b>
73	Импланты Radix-Oston and Radix-Balance	73	Implants Radix-Oston and Radix-Balance
74	Стоматологическая установка KaVo Estetica E30	74	Dental unit KaVo Estetica E30
	<b>Научные исследования</b>		<b>Scientific Researches</b>
75	Сравнительная оценка прочности соединения винтов, имеющих торцовую и трапециевидную резьбу, с костной тканью и полиуретаном / Артюшкевич А.С., Аль-Факих М.А., Цедик Л.В., Шелухина А.И.	75	Comparative assessment of bonding strength of the buttress threaded screws and the trapezoidal threaded screws, with bone and poliuretane / Artyushkevich A.S., Al-Faqih M.A., Tsedzik L.V., Shalukhina A.I.
77	Индивидуальные личностные характеристики пациентов с проявлениями гальваноза в полости рта / Михальченко Д.В., Михальченко А.В., Порошин А.В.	77	Individual personality characteristics galvanosis patients with manifestations in the oral cavity / Mihalchenko D.V., Mihalchenko A.V., Poroshin A.V.
79	Особенности минерализующей функции слюны у детей с различной степенью активности кариеса зубов / Воевода Е.А., Голубева И.Н., Остапко Е.И.	79	Features of mineralizing function of saliva in children with various degrees of dental caries activity / Voievoda E., Golubeva I., Ostapko E.
81	Особенности ортопедического лечения пациентов с полным отсутствием зубов на одной из челюстей / Неспрядько В.П., Барановский А.В., Кисель З.Ф.	81	Peculiarities of prosthetic treatment in patients with full tooth loss on one of the jaws / Nespriadko V.P., Baranovskiy O.V., Kisel Z.F.
84	Применение съемных стандартных функциональных аппаратов для лечения зубочелюстных аномалий / Токаревич И.В., Корнеева А.С.	84	Application of standard removable functional appliances for treatment of dentofacial disorders / Tokarevich I.V., Korneeva A.S.
88	Метод девитальной ампутации при лечении пульпитов временных зубов / Терехова Т.Н., Боровая М.Л., Гулько Е.М.	88	Treatment of temporary teeth pulpitis by the method of devital amputation / Terekhova T.N., Borovaya M.L., Gulko E.M.
90	Влияние импульсного ультразвука низкой частоты на костную ткань / Ивашенко С.В., Остапович А.А., Беззубик С.Д., Чекан В.А.	90	Influence of pulsed low frequency ultrasound on bone tissue / Ivashenko S.V., Ostapovich A.A., Bezzubik S.D., Chekan V.A.
94	Прогнозирование эмоционального состояния пациентов на стоматологическом приеме / Шарова Т.Н., Антонова А.А.	94	Patients' emotional condition prognosis at the dental visit / Sharova T.N., Antonova A.A.
97	Преимущества комплексного лечения пациентов с зубочелюстными аномалиями, осложненными скученностью зубов, с применением дифференцированного массажа и миогимнастики / Дмитренко М.И.	97	Advantages of proposed treatment in patients with malocclusion complicated by dental crowding, with using of the differentiated massage and myogymnastics / Dmitrenko M.I.
99	Вариантная морфология корневой системы постоянных моляров нижней челюсти / Мельниченко Ю.М., Кабак С.Л., Мехтиев Р.С.	99	Root and canal morphology of first and second mandibular molars / Melnichenka Y., Kabak S., Mechtiev R.
	<b>Технологии преподавания стоматологии</b>		<b>Technology Teaching Dentistry</b>
103	Передовые технологии преподавания эстетической стоматологии / Луцкая И.К., Чухрай И.Г., Марченко Е.И.	103	Advanced technology teaching aesthetic dentistry / Lutskaya I.K., Chukhrai I.G., Marchenko E.I.
	<b>Организация стоматологического бизнеса</b>		<b>Dental Business Organization</b>
106	Непредвзятая оценка своей клиники / Бойко В.В.	106	Unbiased assessment of own clinic / Boyko V.V.
	<b>Диссертации</b>		<b>Dissertations</b>
110		110	



## АТИПИЧНОЕ КЛИНИЧЕСКОЕ ПРОЯВЛЕНИЕ СРЕДИННЫХ КИСТ ШЕИ

**Ластовка А.С.**, доктор медицинских наук, зав. кафедрой челюстно-лицевой хирургии  
Белорусского государственного медицинского университета, Минск  
**Каханович Т.В.**, челюстно-лицевой хирург отделения челюстно-лицевой хирургии  
11-й городской клинической больницы Минска

Lastovka A.S.<sup>1</sup>, Kahanovich T.V.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Belarusian State Medical University, Minsk

<sup>2</sup>11<sup>th</sup> City Clinical Hospital, Minsk, Belarus

Atypical clinical manifestations of the median cervical cyst

**Резюме.** Приводится описание клинического наблюдения атипичного проявления срединной кисты в виде многокамерного образования с наличием внутрисполостных кальцинатов и с деструкцией тела язычной кости.

**Ключевые слова:** срединная киста шеи, диагностика, лечение.

Современная стоматология. – 2014. – №1. – С. 64–66.

**Summary.** Described of clinical situation of the atypical manifestations and diagnostics of the median cervical cyst as a multi-stage tumor with stones inclusions.

**Keywords:** median cervical cyst, diagnostics, treatment.

Sovremennaya stomatologiya. – 2014. – N1. – P. 64–66.

Срединные свищи и кисты шеи относятся к врожденным порокам, поскольку развиваются в результате нарушения процесса редукции щитовидно-язычного протока, которая должна происходить к концу 4-й недели развития плода человека [1]. На 4-й неделе эмбриональной жизни на дне первичной глотки возникает выпячивание по средней линии. Это зачаток перешейка и боковой доли щитовидной железы. В дальнейшем образуется покрытый эпителием ход, который проходит через область, где в конце второго месяца развивается подъязычная кость. Таким образом, эпителиальный щито-язычный ход делится подъязычной костью на две части. При полной задержке развития щито-язычного хода может возникнуть эктопия щитовидной железы в область языка [2, 8]. При неполной редукции щито-язычного хода в каком-либо месте может образоваться киста. Тесная близость щито-язычного протока к телу подъязычной кости приводит к срастанию эпителиального хода с надкостницей тела подъязычной кости, поэтому развившаяся киста часто спаяна с телом подъязычной кости.

Клинически кисты проявляются в виде небольших округлых образований на шее в области подъязычной кости или несколько ниже ее, смещаемых при глотании вверх за подъязычную кость, имеют гладкую поверхность, упруго-эластическую консистенцию. Подвижность их ограничена

из-за связи с телом подъязычной кости. Кожа над кистой вне обострения не изменена, подвижна.

Срединные кисты растут медленно. Наиболее часто от появления первых симптомов до обращения к врачу проходит от 6 месяцев до 3 лет [3]. Содержимое кисты вязкое, порой желеобразное, прозрачное, желтого или бурого цвета, при наличии инфекции – мутное или в виде густой гнойной массы. Стенка кисты состоит из фиброзной ткани, покрыта внутри плоским или низким кубическим эпителием. Цилиндрический мерцательный эпителий, первоначально выстилающий кисту, метастазирует в плоский вследствие повышенного внутрикистозного давления [8].

При нагноении кисты резко увеличиваются, появляются боли, затруднено глотание и дыхание, болезненная пальпация, гиперемия кожи над кистой. После вскрытия (самопроизвольно или хирургически при нагноении) срединные кисты шеи могут трансформироваться в свищи на коже передней поверхности шеи с выделением серозно-слизистой жидкости. В литературе описаны клинические наблюдения первичного рака из остатков щито-язычного протока [4]. Он нередко протекает как срединная киста в проекции преднадгортаникового пространства у тела подъязычной кости. По морфологическому строению может быть плоскоклеточным ороговевающим или аденокарциномой. Частота возникновения

этого заболевания у мужчин и женщин одинаковая, причем она выше у людей старше 50 лет [5].

Патогномичным признаком для срединных кист (свищей) является тесная взаимосвязь их с подъязычной костью. Установлению которой помогают рентгенологическое обследование и проведение дополнительных специальных методов исследования: УЗИ, контрастная цистиграфия (фистулография), компьютерная и магнитно-резонансная томография. При диагностике срединных кист шеи необходимо дифференцировать с другими заболеваниями, как дермоидная киста, липомы, лимфангиомы, гемангиомы, лимфадениты, опухоли слюнных желез, метастатические опухоли шеи. С целью проведения дифференциальной диагностики с другими патологическими процессами шеи проводится диагностическая пункция с цитологическим исследованием полученного материала. Для срединных кист характерна определенная цитологическая картина: клетки плоского эпителия, слизеподобная масса, бесструктурное вещество. При дифференциальной диагностике следует учитывать добавочную долю щитовидной железы, поэтому предоперационное обследование пациентов должно включать УЗИ щитовидной железы. В сомнительных случаях необходимо прибегнуть к радиолидной диагностике [5]. Важно оценить полученные данные в совокупности.

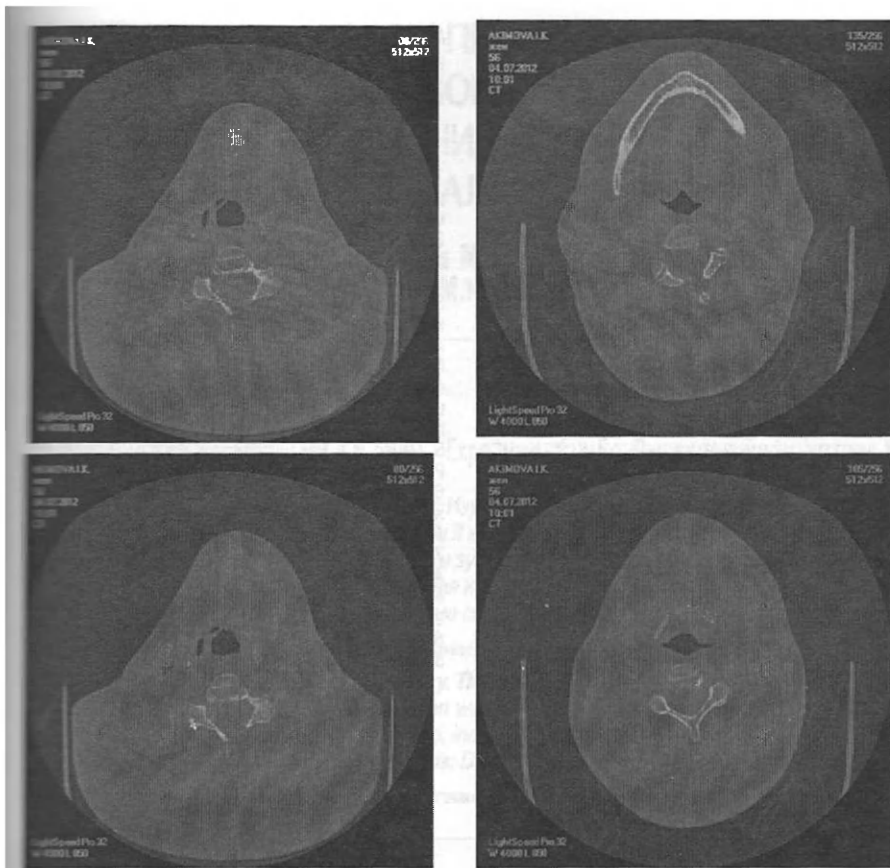


Рис. 1. Рентгено-компьютерная томография многокамерного кистозного образования дна полости рта, поднижнечелюстной области слева и верхнебоковом отделе шеи слева, с наличием кальцинатов и нарушением структуры тела подъязычной кости



Рис. 2. Вид операционной раны после удаления образования

Лечение срединной кисты заключается в полном ее удалении вместе с тканевым каркасом, интимно спаянным с телом подъязычной кости на всем его протяжении, и резекцией тела подъязычной кости [6]. На базе 11-й городской клинической больницы Минска в период с 2008 по 2013 г. прооперировано 67 пациентов с диагностированной срединной кистой шеи. Среди них 15 мужчин и 39 женщин, средний возраст пациентов – 47 лет.



Рис. 3. Макроскопический вид удаленного образования

Довольно редким и интересным нам представляется следующий клинический случай нетипичного проявления срединной кисты шеи со сложной диагностикой, проводимой совместно с онкологами.

#### Клинический случай

Пациентка А. 56 лет поступила в отделение челюстно-лицевой хирургии 11-й городской клинической больницы Минска с жалобами на наличие образования шеи и подчелюстной области слева. Новообразование проявилось около 5 лет назад с тенденцией к медленному росту. При клиническом обследовании определялось безболезненное мягкотканное образование, локализованное в подбородочной, подчелюстной об-

ластях и верхнебоковом отделе шеи слева, размером 6×8 см, плотно эластичной консистенции, кожа над ним не изменена. Образование умеренно подвижно, смещалось за подъязычную костью при глотании. При бимануальной пальпации определялось, что верхний купол новообразования пальпировался в проекции левого челюстно-язычного желобка. Слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета. Регионарные лимфоузлы не увеличены.

Результаты проведенного УЗИ показали, что в области дна полости рта слева, в подчелюстной области и верхнебоковом отделе шеи слева лоцируется многокамерное жидкостное образование неправильной формы, с четким неровным контуром размером 58×24×52 мм, состоящее из 4–5 камер от 10 до 35 мм в диаметре. Образование оттесняло левую поднижнечелюстную железу латерально, нижним контуром прилежало к телу подъязычной кости. Содержимое образования однородное, анэхогенное, в его просвете пристеночно в области тела подъязычной кости выявлялось гиперэхогенное образование с неровным контуром, дающее эхотень, размером 4×4 мм (кальцинат). Регионарные лимфоузлы не увеличены, структура их нормальная.

Данные рентгено-компьютерной томографии выявили, что в мягких тканях дна полости рта слева, в поднижнечелюстной области слева и верхнебоковом отделе шеи слева до уровня щитовидного хряща определялось многокамерное кистозное образование с неровными четкими контурами, размером 58×24×52 мм, с наличием внутриполостного кальцината в одном из фрагментов образования вблизи подъязычной кости, отмечается «изъеденность» контура тела подъязычной кости в проекции данного кальцината. Образование прилежало к левой поднижнечелюстной слюнной железе и, возможно, исходило из нее (рис. 1).

При проведении диагностической пункции была получена прозрачная, вязкая жидкость соломенно-желтого цвета. Заключение цитологического исследования пунктата – бесструктурное вещество.

**Предоперационный диагноз:** многокамерная срединная киста шеи с фрагментацией тела подъязычной кости (?), киста левой поднижнечелюстной железы (?).

Пациентке провели оперативное вмешательство: под эндотрахеальным наркозом в проекции образования на боковой поверхности шеи слева выполнен горизонтальный разрез длиной 6 см. Послойно рассечены и разведены ткани до оболочки образования. Образование выделено по

оболочке. В верхнем отделе оно прилежало к подчелюстной слюнной железе. Нижний полюс прилежал к щитовидному хрящу и щитовидной железе и был спаян с подъязычной костью. Проведена резекция тела подъязычной кости и удалено образование вместе с резецированным фрагментом костной ткани. Рана промыта водным раствором хлоргексидина, послойно зашита (рис. 2).

Макроскопически удаленное образование представляло собой многокамерную полостную структуру размером 4×5×6 см. Содержимое – прозрачная бурая жидкость и 3 кальцината размерами 3–2×2–1,5 мм (рис. 3).

Микроскопическое описание препарата показало, что оболочка представлена фиброзной тканью с очагами хронической воспалительной инфильтрации, очаговыми кальцинатами, эпителиальная выстилка отсутствует.

Окончательный *послеоперационный диагноз*: срединная киста шеи, многокамерная форма с наличием кальцинатов.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Рана зажила первичным натяжением. На 10-е сутки сняты швы, и пациентка выписана из стационара с выздоровлением.

#### Заключение

Представленный случай клинического наблюдения свидетельствует о возможности атипичного проявления срединной кисты шеи в виде многокамерного образования с формированием кальцинатов и деструкцией подъязычной кости, что необходимо учитывать при проведении диагностики, дифференциальной диагностики и лечения данного заболевания. Дальнейшее накопление клинических наблюдений с последующим углубленным анализом позволит разработать рекомендации по совершенствованию

диагностики и лечения пациентов с врожденными срединными кистами

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Епишева, Л.Г. Врожденные кисты и свищи шеи: автореферат дис. ... канд. мед. наук / Л.Г. Епишева. – Ташкент, 1972. – 16 с.
2. Ивасенко, П.И. Эмбриональные кисты и свищи головы и шеи / П.И. Ивасенко, С.В. Иванова, В.А. Кович и др. // Тр. инст. стоматол. – 1999. – № 1.
3. Пилипюк, Н.В. Диагностика и лечение врожденных кист и свищей шеи / Н.В. Пилипюк, Т.А. Юбжель, А.Н. Чумаков и др. // Вестн. стоматол. – 2007. – № 2. – С. 44–48.
4. Киселев, А.С. Брахиогенные кисты и свищи шеи / А.С. Киселев, А.Р. Пажетнев // Рос. отоларингол. – 2007. – № 5. – С. 91–95.
5. Пачес, И.А. Рак щитовидной железы / И.А. Пачес, Р.М. Пропп. – М., 1995. – 370 с.
6. Северинов, А.В. Хирургическое лечение срединных кист и свищей шеи: автореферат дис. ... канд. мед. наук / А.В. Северинов. – М., 1971. – 16 с.
7. Романюк, А.М. Морфология бронхиальных кист / А.М. Романюк, Р.А. Москаленко, Л.И. Карпенко и др. // Здобутки клин. експерим. мед. – Тернопіль. – 2009. – С. 140–142.
8. Josephson G.D., Spencer W.R. // Ear Nose Throat J. – 1998. – Vol. 77. – P. 642–644, 646–647, 65

Поступила 16.01.2014

#### Это полезно знать

##### Первые стоматологи появились 9 000 лет назад

Доисторические люди знали, что такое сверло стоматолога. К таким выводам пришли ученые, принимавшие участие в археологических раскопках Мегара, захоронения эпохи неолита, расположенного на территории Пакистана.

Международной группе исследователей, работавшей под патронажем французского Центра научных исследований, удалось обнаружить следы как минимум 11 стоматологических операций на зубах, принадлежавших 8 людям, которые были похоронены около 9 тыс. лет назад.

Авторы отчета о неожиданной находке, опубликованного в журнале «Nature», считают установленным фактом, что сверление зубов производилось с терапевтической, а не с эстетической целью. Данная оговорка имеет большое значение, поскольку в ряде первобытных обществ распространены обряды посвящения, включающие болезненные операции по спиливанию или выбиванию передних зубов.

По мнению ученых, период неолита был отмечен временным ухудшением состояния зубов в человеческих популяциях, связанным с бурным развитием земледелия и животноводства. Изменения в режиме питания, вызванные увеличением числа продуктов, богатых сахарами, а также отсутствие навыков ухода за зубами привели к небывалому распространению кариеса и абразии зубной эмали. Таким образом, наши предки столкнулись с новыми недугами, требовавшими новых методов лечения.

Ремесленники Мегара обладали достаточно совершенной техникой сверления, которая обычно использовалась при изготовлении украшений. По мнению ученых, именно они со временем начали применять свои навыки для оказания населению медицинских услуг.

Судя по всему, первый стоматологический инструмент представлял собой деревянное сверло с кремниевым наконечником. В ходе эксперимента при помощи подобного орудия ученым удалось просверлить в уже удаленном зубе миллиметровое отверстие в течение одной минуты.

Ученым не удалось обнаружить следов субстанции, использовавшейся древними людьми для пломбирования, однако они полагают, что это могло быть вещество, похожее на асфальт.

Следы стоматологического вмешательства обнаружены лишь на 11 из 4 000 обследованных зубов. В интервью «Le Temps» антрополог из Университета Пуатье Роберто Маккиарелли пояснил, что отверстия могли сильно измениться из-за естественного износа зубов в случае, если между стоматологической операцией и естественной смертью перенесшего ее человека прошло много лет. Тем не менее 11 случаев, рассмотренных в публикации, представляются ученым совершенно несомненными свидетельствами существования стоматологов в древнем Мегаре.

mednovosti.ru

# Диагностика врожденных кист шеи. Использование конусно-лучевой компьютерной томографии

Ластовка А.С.<sup>1</sup>, Каханович Т.В.<sup>1</sup>, Белецкая Л.Ю.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Белорусский государственный медицинский университет, Минск

<sup>2</sup>11-я городская клиническая больница, Минск

Lastovka A.S.<sup>1</sup>, Kahanovich T.V.<sup>1</sup>, Beletskaya L.Yu.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Belarusian State Medical University, Minsk

<sup>2</sup>City Clinical Hospital N11, Minsk

## Diagnostic of the congenital neck cysts. The use of cone-beam computed tomography

**Резюме.** Приводится сравнительная характеристика диагностических возможностей различных методов исследования боковых, дермоидных и срединных кист шеи. Рассматривается возможность использования конусно-лучевой компьютерной томограммы.

**Ключевые слова:** врожденные кисты шеи, ультразвуковая диагностика, компьютерная томограмма, магнитно-резонансная томограмма, цитологическое исследование, конусно-лучевая компьютерная томограмма.

Медицинские новости. – 2014. – №9. – С. 80–83.

**Summary:** Comparative characteristics of different methods diagnostics of the neck cysts. The use of cone-beam computed tomography.

**Keywords:** Congenital neck cyst, computer tomography, ultrasonography, fine needle aspiration cytology, cone-beam computed tomography

Meditsinskije novosti. – 2014. – №9. – P. 80–83.

Врожденные кисты шеи – патология, которая составляет около 5% от всех новообразований челюстно-лицевой области. К ним относятся брахиогенные, тиреоглоссальные и дермоидные кисты шеи. Трудности в их распознавании и лечении связаны с топографо-анатомическими условиями роста, нередко интимным взаимоотношением с жизненно важными органами, а главное – с их многообразием. Диагностика данных образований остается актуальной проблемой и в настоящее время, хотя в последние годы в связи с появлением современных методов лучевой диагностики (компьютерная томография, магнитно-резонансная томография) она существенно улучшилась. Разработаны протоколы обследования, описана компьютерно-томографическая семиотика образований [1]. Однако проблема диагностики и дифференциальной диагностики кист шеи сохраняется в связи с тем, что 60% пациентов с врожденными кистами шеи нередко поступает в стационары в период острого воспаления, а клинические проявления воспалительных изменений могут имитировать целый ряд других заболеваний соответствующей локализации. Заболеваемость при пальпации, глубокое залегание воспалительного процесса, недоступного при пальпации, стертая клиническая картина острых воспалительных процессов усложняют диагностику и увеличивают время постановки диагноза.

В зависимости от локализации, размеров, наличия сопутствующего воспа-

лительного процесса боковые, срединные и дермоидные кисты шеи могут вызывать серьезные функциональные расстройства: нарушение дыхания, затруднения речи, боли в глотке, в верхней конечности и сильные головные боли.

Морфологически боковые брахиогенные кисты шеи относятся к дисэмбриональным образованиям и возникают при формировании жаберного аппарата. Во время органогенеза каудальная пролиферация второй жаберной дуги образует временную полость (цервикальный синус), которая в дальнейшем облитерируется. Неполная облитерация синуса приводит к образованию кист. Они могут существовать длительное время, иметь верхнюю, глубокую и переднебоковую локализацию, как правило, под передним краем кивательной мышцы на уровне подъязычной кости и угла нижней челюсти. Киста, как правило, бывает односторонней, но в 2% случаев выявлялось двустороннее поражение [2]. Особенность рассматриваемых кист – возможность возникновения в них брахиогенного рака. Гистологически злокачественная опухоль может быть плоскоклеточным ороговевающим раком или аденокарциномой. Частота его возникновения выше у людей старше 50 лет.

Дермоидные кисты образуются в результате неполноценного эмбрионального развития, патогенез их до конца не изучен. Гистологически они могут быть классифицированы как эпидермоидные, когда выстилка кисты представлена

только эпителием; дермоидные кисты, включающие придатки кожи и тератомы, когда присутствуют другие ткани (мышцы, хрящи и кость). Дермоидные кисты дна полости рта составляют 1,6–6,5% всех дермоидных кист и 23–34% кист головы и шеи. Хотя дермоидные кисты представляют собой отдельную сущность, определение «дермоидная» обычно используется для обозначения всех трех категорий [3].

Топографо-анатомически можно выделить три различных типа дермоидных кист: средний подбородочно-язычный – 52%, средний подбородочно-подъязычный – 26%, и боковой в соответствии с анатомической связью между кистой и мышцами дна полости рта, 16% связаны с тремя областями дна полости рта (подбородочной, подъязычной, подчелюстной), и только 6% находятся исключительно в подчелюстном пространстве [4]. Боковые дермоидные кисты встречаются очень редко, а некоторые авторы считают их медианными кистами, которые расширены в боковые отделы. Клинически киста представляет собой безболезненное округлое образование, выше или ниже подбородочно-подъязычной мышцы. Расположенная над мышцей киста проявляет себя как подъязычный отек, ниже мышцы – как подбородочный отек. В связи с этим часто пациенты жалуются на отек языка, появление двойного подбородка, затрудненную речь. Поскольку дермоидные кисты почти всегда протекают бессимптомно, они диа-

гностируются, как правило, только когда достигают значительного размера.

Такие образования, как ранулы, доброкачественные опухоли слюнных желёз, невриномы, сосудистые опухоли, липомы, расположенные в области дна полости рта, приходится дифференцировать с дермоидными кистами. Расположенные по средней линии дермоидные кисты схожи по клиническому течению с кистой щитовидного протока [4].

Срединные кисты шеи развиваются в результате нарушения процесса редукции щитовидно-язычного протока (*ductus thyroglossus*), которая должна происходить к концу 4-й недели развития плода человека [3, 4]. На четвертой неделе эмбриональной жизни на дне первичной глотки возникает выпячивание по средней линии. Это зачаток перешейка и боковой доли щитовидной железы. В дальнейшем образуется покрытый эпителием ход, который проходит через область, где позднее (в конце второго месяца) развивается подъязычная кость. Таким образом, эпителиальный щито-язычный ход делится подъязычной костью на две части. При полной задержке развития щито-язычного хода может возникнуть эктопия щитовидной железы в область языка. При неполной редукции щито-язычного хода в каком-либо месте может возникнуть киста. Тесная близость щито-язычного протока к телу подъязычной кости приводит к срастанию эпителиального хода с надкостницей тела подъязычной кости. Поэтому развившаяся из него киста часто спаяна с телом подъязычной кости.

Клинически кисты проявляются в виде небольших округлых образований на шее в области подъязычной кости или несколько ниже ее, смещаемых при глотании вверх за подъязычную кость. Пальпаторно имеют гладкую поверхность, упруго-эластическую консистенцию. Подвижность их ограничена из-за связи с телом подъязычной кости. Кожа над кистой вне обострения не изменена, подвижна.

Срединные кисты растут медленно. Наиболее часто от появления первых симптомов до обращения к врачу проходит от 6 месяцев до трех лет [5]. Содержимое кисты вязкое, порой желеобразной консистенции, прозрачное, желтого или бурого цвета. При наличии инфекции оно мутное или в виде густой гнойной массы. Стенка кисты состоит из фиброзной ткани, покрыта внутри плоским или низким кубическим эпителием. Цилиндрический мерцательный эпителий, первоначально выстилающий кисту, метapлазируется в плоский вследствие повышенного дав-

ления внутри кисты. При воспалительных процессах появляются боли, затрудненное глотание и дыхание, болезненная пальпация, гиперемия кожи над кистой. В последующем, вскрывшись самопроизвольно или будучи вскрыты хирургически при нагноении, срединные кисты шеи могут трансформироваться в свищи на коже передней поверхности шеи с выделением серозно-слизистой жидкости. Описаны клинические наблюдения первичного рака из остатков щитовидного протока. Такой рак нередко протекает как срединная киста в проекции преднадгортанникового пространства у тела подъязычной кости. По гистологическому строению злокачественная опухоль может быть как плоскоклеточным ороговевающим раком, так и аденокарциномой. Срединные кисты шеи необходимо дифференцировать с такими заболеваниями, как дермоидные кисты, липомы, лимфангиомы, гемангиомы, лимфадениты, опухоли слюнных желёз, метастатические опухоли шеи, остеомиелит подъязычной кости. Патогномичный признак срединных кист (свищей) – тесная взаимосвязь их с подъязычной костью, установлению которой помогают клиническое обследование и проведение дополнительных специальных методов исследования: ультразвуковое исследование, контрастная цистография (фистулография), рентгенокомпьютерная томография, магнитно-резонансная компьютерная томография.

**Ультразвуковое исследование** – неинвазивный метод, позволяющий получить данные как о размерах и структуре самого образования, так и о его расположении по отношению к окружающим тканям. Точность метода при исследовании внеорганных опухолей и лимфатических узлов шеи составляет 92%. При помощи УЗИ удается обнаружить новообразования величиной менее 1 см в диаметре, а также непальпируемые образования мягких тканей. Характерная УЗ-картина у кистозных образований, в том числе срединных и боковых кист шеи. На эхограммах кистозное образование представляет собой эхонегативную структуру с четкими контурами, хорошо визуализируемой капсулой. Боковые и срединные кисты шеи, помимо этого, имеют характерную локализацию. Достаточно хорошо дифференцируются стенки кистозных образований в виде гиперэхогенной линии вокруг эхонегативной полости. Наличие перегородок в полости жидкостного образования, а также регистрация сосудов в капсуле и перегородках исследуемого образования – приоритетные ультразвуковые критерии,

позволяющие дифференцировать кисты и кистозные образования. При воспалительных процессах в кистах отмечается увеличение их размеров, изменяется структура за счет появления взвеси, сгустков. В ряде случаев развивается отек, инфильтрация в прилежащих тканях, сопутствующий лимфаденит. Большое значение имеет своевременное выявление воспалительных изменений в зоне предстоящей операции. Однако следует отметить, что использование только ультразвукового исследования в В-режиме, хотя и ценно, но недостаточно для дифференциальной диагностики воспалительных и опухолевых изменений из-за схожести ультразвуковых признаков [3].

**Рентгенографическое исследование** органов ранее было одним из важных этапов обследования больных с метастазами в лимфатических узлах при невыявленном первичном опухолевом очаге в целях обнаружения скрыто текущего опухолевого процесса. Из рентгенологических методов исследования, применяемых при новообразованиях шеи, необходимо отметить контрастную цистографию при срединных и боковых кистах шеи. Исследование проводится в сагиттальной и фронтальной плоскостях, как правило, используется водорастворимое рентгеноконтрастное вещество. Это исследование позволяет получить ориентировочную оценку о топографическом взаимоотношении кисты и окружающих тканей. Данный метод инвазивный, что относится к существенным недостаткам по сравнению с современными методами диагностики. Однако его роль значительно уменьшилась в связи с появлением новых методов лучевой диагностики, таких как рентгеновская компьютерная томография (РКТ) и магнитно-резонансная томография (МРТ).

**Рентгеновская компьютерная томография (РКТ)** при заболеваниях шеи позволяет не только выявить наличие образования, но и решить важные вопросы в отношении тактики лечения и определения объема хирургического вмешательства. Этот метод используется в тех случаях, когда клинико-ларингоскопические и другие методы диагностики дают недостаточно информации о локализации и характере патологического процесса. Важное значение имеет анализ состояния внутреннего контура капсулы кисты. Утолщение ее, появление мягкотканного компонента дает основание заподозрить малигнизацию кисты. При внутривенном введении контрастного препарата жидкое содержимое кисты не накапливает контрастного вещества, а капсула кисты контрастируется. На сканах

2. Необходимо комплексное обследование с использованием комбинации различных методов диагностики: ультразвукового исследования, компьютерной томографии или магнитно-резонансной томографии, морфологического исследования, а также современных возможностей конусно-лучевой компьютерной томографии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Воробьев Ю.И. // Стоматология. – 1995. – №2. – С.74–77.  
 2. Кац А.Г., Скородумова И.В., Дорофеев Д.А. // Рос. стоматол. журн. – 2003. – №1. – С.4–6.  
 3. Елишева Л.Г. Врожденные кисты и свищи лица и шеи: автореф. дис. ...канд. мед. наук. – Ташкент, 1972. – 14 с.  
 4. Ивасенко П.И., Иванова С.В., Иванкович В.А. и др. // Тр. института стоматологии. – 1999. – №1. – С.23–24.  
 5. Пилипюк Н.В., Гобжеянова Т.А., Чумаков А.Н. и др. // Вестн. стоматологии. – 2011. – №2. – С.44–48.

6. Киселев А.С., Пажетнев А.Р. // Рос. отоларингология. – 2007. – №5. – С.91–95.  
 7. Назаров С. С. Клинико-лучевая диагностика новообразований шеи: автореф. дис. ...канд. мед. наук. – М., 2003. – С.41–43.  
 8. Иванова С. В. Клинико-морфологическая характеристика боковых, срединных кист и свищей шеи: автореф. дис. ...канд. мед. наук. – Омск, 2003. – С.29.  
 9. Павлов О.М., Тихомирова Т.Ф. // Воен. медицина. – 2013. – №3. – С.49–54.  
 10. Astariña R.W. // Pract. Cythopathology. – 1990. – Vol.3. – P.379–402.

Поступила 17.07.2014 г.

## Качество жизни пациентов с поллинозом при различных методах лечения

Семенова И.В., Выхристенко Л.Р.

Витебский государственный медицинский университет, Беларусь

Siamionava I.V., Vykhrystenka L.R.

Vitebsk State Medical University, Belarus

### Quality of life in patients with hay fever during different methods of treatment

**Резюме.** Изучена динамика показателей качества жизни 140 пациентов с пыльцевой сенсibilизацией в зависимости от вида терапии. Улучшились показатели качества жизни пациентов при использовании как специфических, так и неспецифических методов лечения ( $p < 0,05$ ). Лучшие результаты получены при применении аллергенспецифической иммунотерапии, аутосеротерапии и аутосерогистаминотерапии ( $p < 0,001$ ). Выявлена корреляция между снижением силы выраженности риноконъюнктивальных проявлений и улучшением качества жизни пациентов при проведении аутосеротерапии ( $r = 0,54, p < 0,05$ ), аутосерогистаминотерапии ( $r = 0,76, p < 0,001$ ), аллергенспецифической иммунотерапии ( $r = 0,41, p < 0,05$ ) и фармакотерапии ( $r = 0,82, p < 0,001$ ).

**Ключевые слова:** поллиноз, качество жизни, методы терапии.

Медицинские новости. – 2014. – №9. – С. 83–86.

**Summary.** The dynamics of quality of life in 140 patients with pollen sensitization depending on the type of therapy. Improved quality of life of patients using both specific and non-specific treatments ( $p < 0,05$ ). Best results are obtained when using allergen immunotherapy, and auto-serogistaminotherapy auto-serum therapy ( $p < 0,001$ ). A correlation between the decrease in strength and severity of manifestations rhinoconjunctivitis and improving the quality of life of patients during auto-serum therapy ( $r = 0,54, p < 0,05$ ), auto-serogistaminotherapy ( $r = 0,76, p < 0,001$ ), allergen immunotherapy ( $r = 0,41, p < 0,05$ ) and pharmacotherapy ( $r = 0,82, p < 0,001$ ).

**Keywords:** hay fever, quality of life, therapies.

Meditsinskie novosti. – 2014. – №9. – P. 83–86.

Во всем мире поллиноз является широко распространенным заболеванием [1, 7, 8, 10]. Неуклонный рост заболеваемости и распространенности поллинозов, негативное влияние на качество жизни (КЖ) пациентов диктует необходимость подбора наиболее эффективных методов лечения. В последнее время клиническая картина поллинозов изменилась: пациенты часто сенсibilизированы к нескольким аллергенам, отмечено усугубление тяжести течения заболевания с преобладанием смешанных форм, а также преобладание феноменов, устойчивых к терапии [6]. Невосвременно проведенная диагностика и лечение поллинозов приводят к быстрому развитию полисенсibilизации и трансформации у некоторых пациентов симптомов сезонного аллергического риноконъюнктивита в бронхиальную астму (БА). Совокупное воздействие всех симптомов пыльцевой аллергии может быть мучительным для пациента, нарушает его дневную активность, структуру сна, что приводит к снижению КЖ [11].

В медицине понятие КЖ как критерий тяжести заболевания, эффективности лечения используется уже более трех десятилетий. КЖ – это субъективная оценка пациентом влияния заболевания на степень ограничений в повседневной жизни и его функциональных возможностей. В настоящее время ни одно клиническое исследование, посвященное новым методам диагностики, лечения, профилактики заболеваний, невозможно без комплексной оценки КЖ пациентов. Специальные опросники по КЖ позволяют индивидуализировать как процесс лечения, так и программу профилактических и реабилитационных мероприятий [9]. Для изучения КЖ пациентов с пыльцевой сенсibilизацией используется специфический валидизированный опросник RQLQ (Rhinoconjunctivitis Quality Of Life Questionnaire) [15], который наиболее полно отражает силу выраженности клинических проявлений, эмоциональное, психологическое состояние пациентов.

Изучение КЖ позволяет врачу оценивать степень тяжести заболевания, эффективность различных лекарственных средств и методов лечения, достижение контроля над заболеванием.

Цель исследования – изучить показатели качества жизни пациентов с поллинозом и оценить их динамику при лечении различными способами.

#### Материалы и методы

Проведено ретроспективно-проспективное клиническое контролируемое исследование в параллельных группах, в котором приняли участие 140 пациентов.

Критерии включения в исследование: пыльцевая аллергия (сезонный аллергический ринит, конъюнктивит, пыльцевая бронхиальная астма), возраст от 18 до 55 лет, длительность заболевания не менее 5 лет.

Критерии исключения: обострение хронических заболеваний, тяжелая сопутствующая соматическая патология, психические заболевания, беременность



**В номере**

**Contents**

<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>ПРОБЛЕМНЫЕ СТАТЬИ И ОБЗОРЫ</b></li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>PROBLEM ARTICLES AND REVIEWS</b></li> </ul>	
Таргетная терапия и клонированная эволюция при опухолевых заболеваниях кроветворной ткани / Свирновский А.И.	6	Targeted therapy and clonal evolution in tumor diseases of hematopoietic tissue / Svirnovski A.I.	
Оптимизация ухода за кожей у новорожденных и детей грудного возраста / Василевский И.В.	13	Optimization of skin care newborn and infants / Vasilevski I.V.	
Анемии беременных в современных экологических условиях Беларуси: альтернативный взгляд на проблему / Сорокина С.Э.	19	Anemia in pregnant women in modern environmental conditions of Belarus: alternative view of the problem / Sorokina S.E.	
Дискуссионные аспекты патоморфологической и молекулярно-генетической идентификации первичных нейроэпителиальных опухолей больших полушарий головного мозга / Грачев Ю.Н.	25	Controversial aspects of pathology and molecular genetic identification of primary neuroepithelial tumors of the cerebral hemispheres / Grachev Yu.N.	
Молекулярные механизмы опухолевого роста / Кушлинский Н.Е., Немцова М.В.	29	Molecular mechanisms of tumor growth / Kushlinsky N.E., Nemtsova M.V.	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>ДИСКУССИИ</b></li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>DISCUSSIONS</b></li> </ul>	
Эффективная научная политика малых стран в условиях ограниченных ресурсов: мифы и реальность / Шарабчиев Ю.Т.	38	Effective scientific policy of small countries in resource-limited conditions: myths and realities / Sharabchiev Yu.T.	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>ПРОБЛЕМЫ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ И РЕФОРМИРОВАНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ</b></li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>PROBLEMS OF PUBLIC HEALTH AND HEALTH CARE REFORMING</b></li> </ul>	
Реформа здравоохранения США (закон «О защите пациентов и доступности медицинской помощи»): взгляд белорусских специалистов / Караник В.С., Дзядзько А.М., Масюк М.Ю., Новик И.И.	52	Health care reform in the US (the law "On protection of patients and availability of medical care"): point of view of Belarusian experts / Karanik V.S., Dzyadzko A.M., Masyuk M.Yu., Novik I.I.	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>ОБМЕН ОПЫТОМ</b></li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>EXPERIENCE'S EXCHANGE</b></li> </ul>	
Методология повышения эффективности профилактической вакцинации	58	The methods of improving of preventive vaccination efficiency	
Проблемы лечения геморрагической болезни у новорожденных / Крастелёва И.М., Шишко Г.А., Севрук О.В., Тимошина Л.А.	60	Problems in the treatment of hemorrhagic disease in newborns / Krastsialiova I.M., Shishko G.A., Seuruk O.V., Timoshina L.A.	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>ОПЫТ КЛИНИЧЕСКОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ</b></li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>EXPERIENCE OF NEW PHARMACEUTICALS' CLINICAL USE</b></li> </ul>	
Актуальные аспекты применения озельтамивира («Флу-стоп»®) в терапии и профилактике гриппа / Захаренко А.Г., Кравченко Е.В.	65	Current aspects of oseltamivir ("Flustop"®) in flu prevention and therapy / Zaharenko A., Kravchenko H.	
Клиническая эффективность монтелукаста (Синглона®) в контроле легкой персистирующей бронхиальной астмы у детей 6–14 лет / Жерносек В.Ф., Войтович Т.Н., Пивоварова Н.П., Гаганова Н.В.	70	Clinical effectiveness of montelukast (Singlon®) in the control of mild persistent asthma in children aged 6–14 years / Zhernosek V.F., Voytovich T.N., Pivovarova N.P., Gaganova N.V.	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>ТЕХНОЛОГИИ БУДУЩЕГО</b></li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>TECHNOLOGIES OF THE FUTURE</b></li> </ul>	
Медицинские технологии меняют мир	74	Medical technologies change the world	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>НАУЧНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ</b></li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>SCIENTIFIC RESEARCHES</b></li> </ul>	
Клинико-лабораторное обоснование противорецидивного лечения папилломатоза гортани у взрослых с применением ингибитора циклооксигеназы-2 (целекоксиб) / Малец Е.Л., Романова Ж.Г.	77	Clinical-laboratory study of antirecurrent treatment of laryngeal papillomatosis in adults with the use of cyclooxygenase-2 inhibitor (celecoxib) / Malets A.L., Romanova J.G.	
Диагностика врожденных кист шеи. Использование конусно-лучевой компьютерной томографии / Ластовка А.С., Каханович Т.В., Белецкая Л.Ю.	80	Diagnostic of the congenital neck cysts. The use of cone-beam computed tomography / Lastovka A.S., Kahanovich T.V., Beletskaya L.Yu.	
Качество жизни пациентов с поллинозом при различных методах лечения / Семенова И.В., Выхристенко Л.Р.	83	Quality of life in patients with hay fever during different methods of treatment / Siamionava I.V., Vykhrystenka L.R.	
Оценка стимулирующего влияния обогащенной тромбоцитами плазмы в экспериментальной модели культур фибробластов пациентов с трофическими язвами венозной этиологии / Богдан В.Г., Толстов Д.А., Зафранская М.М.	87	Evaluation stimulating influence platelet rich plasma in experimental models fibroblast cultures of patients with trophic ulcers of venous etiology / Bogdan V.G., Tolstov D.A., Zafranskaya M.M.	



*KRKA – одна из ведущих генерических фармацевтических компаний в мире с собственными клиническими исследованиями. (1)*

## Комфортная терапия АГ, доступная каждому



*Лориста®*

таблетки по 50 мг и 100 мг лозартана

*Лориста® Н*

таблетки по 50 мг лозартана + 12,5 мг гидрохлортиазид

*Лориста® НД*

таблетки по 100 мг лозартана + 25 мг гидрохлортиазид



**ПРЕНЕССА®** 4 мг / 8 мг

периндоприл  
Таблетки

**КО-ПРЕНЕССА®** 2 мг/0,625 мг / 4 мг/1,25 мг / 8 мг/2,5 мг

периндоприл  
и индапамид  
Таблетки

## Пренесса – больше чем просто лечение АГ

- Отличная переносимость
- Высокая эффективность и безопасность в лечении АГ
- Отличный выбор для пациентов:
  - с непереносимостью ингибиторов АПФ
  - с гиперурикемией
- Современный и наиболее изученный ингибитор АПФ
- Однократный прием
- Доказанная защита «органов-мишеней»
- Отсутствие гипотонии первой дозы
- Метаболически нейтральная комбинация (периндоприл+индапамид)

РУ МЗ РБ № 8578/08/13 от 07.05.2013 по 07.05.2018

РУ МЗ РБ № 9150/10 от 25.01.2010 по 25.01.2015, РУ МЗ РБ № 9547/11 от 10.01.2011 по 10.01.2016

Представительство в Беларуси:  
220012, г. Минск, ул. Сурганова, 29, оф. 28.  
Тел. (017) 290 05 11. Факс (017) 290 05 10.  
E-mail: info.by@krka.biz, www.krka.by

