

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ВРОЖДЕННЫХ КИСТАХ ШЕИ

Пархимович Нина Порфирьевна

Кандидат медицинских наук, доцент

Белорусский государственный медицинский университет

Беларусь, Минск

facesurg@bsmu.by

Ленькова Ирина Иосифовна

Кандидат медицинских наук, доцент

Белорусский государственный медицинский университет

Беларусь, Минск

i

r

Цель работы – проанализировать истории болезни пациентов с врождёнными кистами шеи, сформулировать и обосновать алгоритм обследования пациентов с данной патологией. Проанализированы клинические результаты, методы диагностики и лечения 137 пациентов с врождёнными кистами шеи по материалам 1-го отделения челюстно-лицевой хирургии УЗ «1-ая городская клиническая больница» г. Минска за 2014-2018 г.г. Выявлена частота врождённых образований шеи (20,26% от общего количества пациентов с опухолевыми процессами), а также случаев их малигнизации (14%). Обращено внимание на особенности обследования пациентов и взаимосвязь между сроком проведения биопсии в предоперационном периоде и хирургическим вмешательством.

Ключевые слова: *врождённая срединная киста шеи; врождённая боковая киста шеи; врождённый срединный свищ шеи; врождённый боковой свищ шеи; пункционная биопсия; лучевая диагностика.*

DIAGNOSTIC TACTICS FOR CONGENITAL CYSTS OF THE NECK

Nina Parkhimovich

PhD, Associate Professor

Belarusian State Medical University,

Belarus, Minsk

facesurg@bsmu.by

Irina Lenkova

PhD, Associate Professor

Belarusian State Medical University

Belarus, Minsk

irina.lenkova@bk.ru

Median cysts of the neck refer to anomalies of development of the branchial apparatus and its derivatives, as well as the thyroid and thymus glands. Some authors believe that median cysts and fistulas are embryonic dysplasia, associated with non-closure of the thyroid-lingual duct. This assumption is supported by the connection of the median cysts of the neck with the hyoid bone and the blind foramen of the tongue root, as well as the correspondence of the course of the complete median fistula to the topography of the anlage of the thyroid gland. Some authors propose a bronchiogenic theory of the origin of lateral cysts and fistulas of the neck, according to it these formations are the second pharyngeal pocket between the external and internal carotid arteries and open with the internal mouth into the tonsil [1, 2]. Lateral cysts are located on the neurovascular bundle of the neck, more often at the level of the bifurcation of the common carotid artery.

The reliability of the diagnosis of congenital cysts and fistulas of the neck is important for the rehabilitation of patients with this pathology, as well as in order to avoid mistakes during surgical treatment.

Key words: *congenital median cyst of the neck; congenital lateral cyst of the neck; congenital median neck fistula; congenital lateral neck fistula; puncture biopsy; radiation diagnostics.*

Введение. Срединные кисты шеи относятся к аномалиям развития жаберного аппарата и его производных, а также щитовидной и вилочковой желёз. Некоторые авторы считают, что срединные кисты и свищи являются эмбриональной дисплазией, связанной с незаращением щито-язычного протока. В пользу такого предположения свидетельствует связь срединных кист шеи с подъязычной костью и слепым отверстием корня языка, а также соответствие хода полного срединного свища топографии зачатка щитовидной железы. Ряд авторов предлагают бронхиогенную теорию происхождения боковых кист и свищей шеи, согласно которой названные образования являют собой второй глоточный карман между наружной и внутренней сонными артериями и открываются внутренним устьем в область нёбной миндалины [1, 2]. Располагаются боковые кисты на сосудисто-нервном пучке шеи, чаще на уровне бифуркации общей сонной артерии.

Достоверность диагностики врожденных кист и свищей шеи важна для реабилитации пациентов с данной патологией, а также во избежание ошибок при проведении хирургического лечения.

Цель работы: на основании анализа историй болезни пациентов с врождёнными кистами шеи сформулировать и обосновать алгоритм обследования пациентов с данной патологией.

Объекты и методы исследования. Общее количество госпитализированных пациентов, находившихся на лечении в 1-ом отделении челюстно-лицевой хирургии УЗ «11-ая городская клиническая больница» г. Минска за период 2014-2018 г.г., составило 9638. Из них количество пациентов с опухольми мягких тканей челюстно-лицевой области - 676 человек (7%), с врожденными кистами шеи – 137 пациентов (20,26% от общего количества с

опухолевыми процессами). 83 пациента составили женщины, 54 - мужчины. Возрастной ценз пациентов: 98 пациентов - 18-40 лет (70%), 37 человек – 41-60 лет (24%); 2 пациента - старше 60 лет (6%).

Результаты исследования. Алгоритм обследования пациентов в предоперационном периоде: клиническое обследование, ультразвуковое исследование (УЗИ), компьютерная томография (КТ) (рис. 1, 2), пункционная биопсия в дооперационном периоде и гистологическое исследование в послеоперационном периоде. 37 человек прошли магнитно-резонансную томографию (МРТ) (рис.3). С нашей точки зрения, наиболее достоверную информацию о локализации образования даёт лучевая диагностика, КТ-исследование и МРТ (48 случаев), так как представляет более точную, визуально корректную информацию о локализации кисты и соотношении её с окружающими анатомическими образованиями.

Всего прооперировано 98 человек (71%) с врожденными боковыми кистами шеи (из них у 5-ти пациентов отмечался неполный наружный боковой свищ шеи), 39 человек (29%) - с врожденными срединными кистами шеи (из них у 2-х пациентов отмечался неполный наружный срединный свищ шеи). Нами прооперированы 18 человек.

У наблюдаемых нами пациентов срединные кисты шеи локализовались вдоль средней линии, имели мягкую упругую консистенцию, соединялись с подъязычной костью, поэтому при глотании смещались вместе с ней (рис.4). Воспаление срединной и боковой кист, по данным литературы, наблюдается у 60% пациентов. Клинически это проявляется болью, инфильтрацией тканей [1]. В случае спонтанной диссекции или нерадикального хирургического вмешательства, после устранения воспалительных явлений остается и формируется функционирующий свищ по средней линии шеи (рис.5).

При клиническом обследовании, боковые кисты шеи локализовались на сосудисто-нервном пучке шеи, чаще на уровне бифуркации общей сонной артерии или более высоко – в передне-верхнем отделе шеи [2]. Клинически кисты пальпировались в виде округлой опухоли с гладкой поверхностью (рис.6).

Всем пациентам проводилось хирургическое вмешательство. В послеоперационном периоде у 3-х пациентов, оперированных нами, и клинически наблюдались осложнения в виде выделения слизеподобного содержимого между швами, что наводило на мысль о нерадикальности оперативного вмешательства, возможности наличия невыявленных дополнительных свищевых ходов.

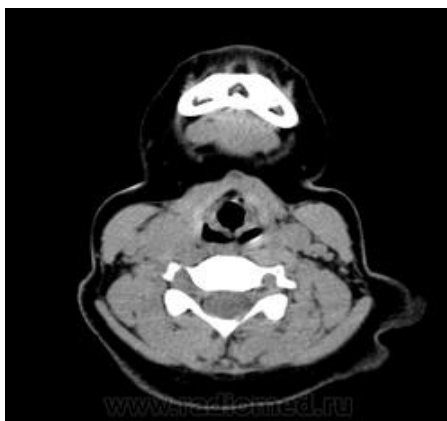


Рисунок 1 – Срединная киста шеи на КТ



Рисунок 2 – Боковая киста шеи на КТ



Рисунок 3 – Боковая киста шеи слева на МРТ



Рисунок 4 – Пациент В. Срединная киста шеи. Зонд расположен в наружном отверстии неполного наружного срединного свища шеи



Рисунок 5 – Пациентка М. Воспалившаяся срединная киста шеи, срединный свищ. Состояние после хирургической обработки, резиновый дренаж в ране



Рисунок 6 – Пациент И. Клиническая картина боковой кисты шеи справа

Спустя 10 дней у 2-х больных эти явления исчезли, а у 1-го пациента – через 12-15 дней. Такое течение послеоперационного периода, по нашему мнению, связано с излиянием слизеподобного содержимого в окружающие мягкие ткани после проведенной диагностической пункции в предоперационном периоде. После уточнения разновидности пункционной иглы, используемой для проведения цитологического исследования, было установлено, что диаметр её

превышал 2 мм. По результатам морфологического исследования в послеоперационном периоде диагноз врожденной кисты шеи не был подтвержден у 5-ти пациентов (14%) в связи со злокачественным перерождением образования, хотя при предоперационном цитологическом исследовании образования данных за его злокачественное перерождение не было выявлено [3].

Заключение.

1) Частота врожденных кист шеи составляет 20,26% от общего количества пациентов с доброкачественными образованиями мягких тканей челюстно-лицевой области.

2) Алгоритм обследования пациентов с подозрением на врожденные кисты шеи: клиническое обследование, УЗИ, пункционная биопсия, КТ исследование, при необходимости МРТ в дооперационном периоде, морфологическое исследование операционного материала.

3) Лучевая диагностика и морфологическое исследование в до- и послеоперационном периодах являются ведущими в верификации врожденных кист шеи.

4) С целью проведения диагностической пункции кистозного образования шеи необходимо использовать иглы, предназначенные для проведения пункционных биопсий диаметром, не превышающим 1-2 мм. Во избежание осложнений оперативное вмешательство желательно проводить спустя 12-15 дней после диагностической пункции.

5) Злокачественное перерождение кист шеи по нашим данным наблюдалось у пациентов с боковыми кистами в 14% случаев.

Список литературы

1. Клиника и диагностика эмбриональных кист и свищей лица и шеи / П. И. Ивасенко [и др.] // Институт стоматологии (научно-практический журнал). – СПб, 1999. – С. 26-27.

2. Иванова, С. В. Клинико-морфологическая характеристика боковых, срединных кист и свищей шеи : Автореф. дис. ...канд. мед. наук / С. В. Иванова. – Омск, 2003.– 29 с.

3. Иванова, С.В. Два случая малигнизации боковых кист шеи / С. В. Иванова, А. С. Зиновьев, П. И. Ивасенко // Современные проблемы стоматологии : сб. научных трудов. – Новосибирск, 1998. – С.156-158.