

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ

И. И. ЛЕНЬКОВА, Н. П. ПАРХИМОВИЧ

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ШЕИ

Рекомендовано Учебно-методическим объединением
по высшему медицинскому, фармацевтическому образованию
в качестве учебно-методического пособия для студентов
учреждений высшего образования, обучающихся
по специальности 1-79 01 07 «Стоматология»



Минск БГМУ 2017

УДК 617.53-006.5-079.4(075.8)

ББК 56.6я73

Л46

Р е ц е н з е н т ы: д-р мед. наук, проф., зав. каф. челюстно-лицевой хирургии Белорусской медицинской академии последипломного образования А. С. Артюшкевич; каф. ортопедической стоматологии и ортодонтии с курсом детской стоматологии Белорусской медицинской академии последипломного образования

Ленькова, И. И.

Л46 Дифференциальная диагностика доброкачественных образований шеи : учебно-методическое пособие / И. И. Ленькова, Н. П. Пархимович. – Минск : БГМУ, 2017. – 20 с.

ISBN 978-985-567-908-1.

Содержит план изучения темы и блок современной информации по диагностике, клинической картине и профилактике гнойно-воспалительных процессов в тканях около нижней челюсти.

Предназначено для студентов 5-го курса стоматологического факультета по учебной дисциплине «Челюстно-лицевая хирургия».

УДК 617.53-006.5-079.4(075.8)

ББК 56.6я73

Учебное издание

Ленькова Ирина Иосифовна
Пархимович Нина Порфирьевна

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ШЕИ

Учебно-методическое пособие

Ответственный за выпуск А. С. Ластовка
Старший корректор А. В. Царь
Компьютерная верстка Н. М. Федорцовой

Подписано в печать 13.12.17. Формат 60×84/16. Бумага писчая «Снегурочка».

Ризография. Гарнитура «Times».

Усл. печ. л. 1,16. Уч.-изд. л. 1,03. Тираж 99 экз. Заказ 795.

Издатель и полиграфическое исполнение: учреждение образования
«Белорусский государственный медицинский университет».

Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя,
распространителя печатных изданий № 1/187 от 18.02.2014.

Ул. Ленинградская, 6, 220006, Минск.

ISBN 978-985-567-908-1

© Ленькова И. И., Пархимович Н. П., 2017

© УО «Белорусский государственный
медицинский университет», 2017

МОТИВАЦИОННАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТЕМЫ

Общее время занятий: 7 ч.

Знание клинической картины доброкачественных кистозных образований челюстно-лицевой области и шеи, использование современных методов диагностики позволит челюстно-лицевому хирургу в условиях стационара и хирургу-стоматологу на амбулаторном приеме правильно диагностировать данные образования, вовремя оказать квалифицированную и специализированную помощь пациенту, что сократит сроки реабилитации.

Цель занятия: на основании клинико-морфологической классификации результатов обследования специальными методами научиться диагностировать доброкачественные кистозные образования мягких тканей челюстно-лицевой области; проводить дифференциальную диагностику с другими мягкотканными доброкачественными и злокачественными образованиями, воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области; составлять план обследования и лечения пациентов с данной патологией.

Задачи занятия:

1. Научиться составлять план обследования пациентов с доброкачественными кистозными образованиями мягких тканей челюстно-лицевой области.

2. Научиться выявлять особенности клинической картины при воспалении кистозных образований челюстно-лицевой области.

3. Научиться составлять план лечения пациентов с доброкачественными кистозными образованиями мягких тканей челюстно-лицевой области.

Требования к исходному уровню знаний. Для полного освоения темы необходимо знать:

- анатомию челюстно-лицевой области;
- анатомию шеи;
- морфологическую характеристику доброкачественных опухолей мягких тканей челюстно-лицевой области и шеи.

Контрольные вопросы из смежных дисциплин:

1. Топографо-анатомические особенности челюстно-лицевой области.
2. Топографо-анатомические особенности шеи.
3. Строение лимфатической системы челюстно-лицевой области и шеи.
4. Морфологическая характеристика доброкачественных опухолей мягких тканей челюстно-лицевой области и шеи.

Контрольные вопросы по теме занятия:

1. Клинико-морфологическая классификация доброкачественных кистозных образований челюстно-лицевой области и шеи.

2. Клиническая характеристика кист, возникающих в результате порока развития эктодермы.

3. Клиническая характеристика кист, возникающих в результате аномалий в эмбриогенезе.

4. Назовите классификацию кист мягких тканей челюстно-лицевой области и шеи.
5. Патогенез развития дермоидных кист.
6. Укажите локализацию дермоидных кист в области шеи.
7. Опишите морфологические признаки различия дермоидных и эпидермоидных кист.
8. Назовите основные методы диагностики и дифференциальной диагностики дермоидных и эпидермоидных кист.
9. Назовите классификацию срединных свищей шеи.
10. Патогенез срединных кист шеи.
11. Опишите клиническую картину срединных кист шеи.
12. Топографо-анатомическая характеристика полного срединного свища шеи.
13. Топографо-анатомическая характеристика неполного срединного свища шеи.
14. Опишите клинику боковых кист шеи.
15. Топографо-анатомическая характеристика полного бокового свища шеи.
16. Топографо-анатомическая характеристика неполного бокового свища шеи (наружного и внутреннего).
17. Назовите образования, с которыми проводится дифференциальная диагностика срединных и боковых кист шеи.
18. Назовите методы лечения доброкачественных кистозных образований мягких тканей челюстно-лицевой области и шеи.
19. Назовите кистозные образования мягких тканей челюстно-лицевой области, которые чаще являются результатом нарушений в постэмбриональном периоде, однако могут иметь врожденный характер.

КЛАССИФИКАЦИЯ КИСТОЗНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ И ШЕИ

Доброкачественные кистозные образования мягких тканей челюстно-лицевой области и шеи не представляют генетически однородную группу. Одни из них относятся к врожденным образованиям, возникающим вследствие нарушения эмбрионального развития, другие — к приобретенным (ретенционные кисты слюнных желез (атеромы), травматические кисты, кисты слюнных желез).

Врожденные делятся на две группы:

- возникающие в результате аномалии в эмбриогенезе (срединные, боковые кисты шеи, околоушной области и корня языка, кисты подъязычной слюнной железы);
- возникающие в результате порока развития эктодермы (дермоидные и эпидермоидные кисты).

Ранулы, кисты больших слюнных желез, кистовидные изменения выводных протоков могут иметь врожденный характер, но чаще являются нарушениями в постэмбриональном периоде. Проявление заболевания в зрелом возрасте, возможно, связано с развитием более частых осложнений воспалительного характера, а также с активностью желез внутренней секреции в этот период. Характерным для кист является медленный рост.

ДЕРМОИДНЫЕ И ЭПИДЕРМОИДНЫЕ КИСТЫ

Морфологически различают дермоидные и эпидермоидные кисты. Стенка дермоидных кист состоит из всех слоев кожи и ее производных (сальные, потовые железы, волосы). Оболочка эпидермоидных кист включает эпидермис и не содержит производных кожи. Клинически их дифференцировать очень сложно. Дермоидные кисты развиваются из эмбриональных щелей, образуемых складками эктодермы, дистопированными в период эмбрионального развития зародыша. Локализация дермоидной кисты может быть различной: на губах, веках, в носогубных складках, на переносице, рядом с ушами, на затылке, в верхних отделах шеи, в области дна рта, где в процессе эмбриогенеза происходит закладка многих важных органов.

Оболочка дермоидной кисты плотная, с выраженным сосочковым слоем и находящимися в нем сальными железами и волосяными луковицами. Внутренняя поверхность оболочки выстлана многослойным плоским эпителием. Содержимое дермоидных кист — кашицеобразная масса серого цвета с неприятным запахом.

Стенка эпидермоидной кисты состоит из плотной волокнистой соединительной ткани, не содержит кожных придатков. Внутренняя выстилка — многослойный плоский эпителий. Содержимое кист — роговые чешуйки, местами подвергающиеся дегенерации, особенно при присоединении вторичного воспаления. Секрет — опалесцирующая прозрачная жидкость желтого цвета, содержащая кристаллы холестерина.

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕРМОИДНЫХ И ЭПИДЕРМОИДНЫХ КИСТ

Растут дермоидные кисты медленно, бессимптомно. Причиной обращения пациента является эстетический недостаток при достижении образованием больших размеров и/или нагноение кисты. При больших размерах кисты дна полости рта заметны нарушения подвижности языка, акта глотания, речи. Консистенция образования эластичная или тестоватая, поверхность гладкая, границы четкие. Локализуются такие кисты по средней линии над диафрагмой дна полости рта между подбородочно-язычными и челюстно-язычными мышцами. При прикреплении кисты к подъязычной кости она проявляется в виде полушаровидного выпячивания в подподбородочной области.

На шее врожденные дермоидные кисты локализуются между передним краем *m. sternocleidomastoideus* и задним брюшком *m. digastricus*.

Дермоидные кисты околоушной области чаще залегают глубоко, под основным стволом n. facialis или его ветвями, прикрепляясь к окружающим костным образованиям, вызывая малозаметную снаружи деформацию мягких тканей.

Диагностировать дермоидную/эпидермоидную кисту помогает компьютерная томография в сочетании с пункционной биопсией и последующим микроскопическим исследованием пунктата. Помимо лейкоцитов в нем содержатся слущенные эпителиальные клетки, ороговевающие бесструктурные включения, кристаллы холестерина; производные кожи (сальные железы и их секрет, волосы) — для дермоидной кисты; слоистые массы эпидермальных чешуек — для эпидермоидной кисты.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ДЕРМОИДНЫХ И ЭПИДЕРМОИДНЫХ КИСТ

Дифференциальная диагностика дермоидных и эпидермоидных кист проводится:

– с поражением лимфоузлов при туберкулезе. Имеются признаки клиники основного заболевания — поражения легких. Если в процесс вовлекаются поднижнечелюстные лимфоузлы, то диагноз устанавливается путем пункции и патоморфологического исследования пунктата, а также части удаленного путем эксцизионной биопсии лимфатического узла;

– злокачественными опухолями ретикулоэндотелиальной системы (лимфо-, ретикулосаркомы). Характерен быстрый рост образований с множественным поражением лимфатических узлов, образованием отдаленных метастазов;

– опухолевыми болезнями кроветворного аппарата при отсутствии симптоматики генерализованного поражения. Акцент делается на дифференцировку пунктата на основании цитоморфологического исследования;

– аденолимомами слюнных желез. Уточнить диагноз помогают сиалография, магнитно-резонансная (МРТ, ЯМР-КТ) и компьютерная (КТ) томография. При проведении пункционной биопсии в цитологическом мазке удастся увидеть клетки опухоли, которые отсутствуют в кисте;

– боковыми и срединными кистами шеи. Проводятся контрастная цистография и пункция кисты. При введении в кистозную полость рентгеноконтрастных веществ дермоидные кисты, в отличие от срединных, заполняются равномерно и не имеют боковых ответвлений, а также свищевого хода, идущего в сторону дна полости рта. Пунктат дермоидных кист атеромоподобный с хлопьями. Микроскопически в нем выявляются кристаллы холестерина и слущенные эпителиальные клетки;

– абсцедированными лимфоузлами. Макроскопически трудно отличить пунктат нагноившихся дермоидных и эпидермоидных кист от содержимого абсцедированного лимфоузла. Уточнить диагноз помогут анамнез заболевания, результат пункционной биопсии;

– атеромами. Клинически дермоидные и эпидермоидные кисты весьма похожи на атеромы, но, в отличие от последних, не бывают спаянными с кожей.

ЛЕЧЕНИЕ ДЕРМОИДНЫХ И ЭПИДЕРМОИДНЫХ КИСТ

При локализации кисты в подъязычной области и выпячивании ее в полость рта целесообразно удалять ее со стороны полости рта. При операции голова пациента должна быть приподнята и наклонена вперед так, чтобы подбородочный отдел нижней челюсти почти касался грудины.

Дермоидные кисты дна полости рта и подподбородочной области удаляют под интубационным эндотрахеальным наркозом. Во время операции ассистент давлением снаружи на ткани полости рта выпячивает опухоль в сторону языка и тем самым помогает хирургу ориентироваться в расположении опухоли при ее удалении. Разрез слизистой в виде дугообразной линии, параллельной кривизне внутренней поверхности подбородочного отдела нижней челюсти, проводят впереди или позади протоков подчелюстных слюнных желез в зависимости от расположения наиболее выпуклой части кисты. Длина разреза зависит от величины опухоли: обычно он проводится от уровня премоляров одной стороны до уровня премоляров другой стороны.

После осторожного рассечения слизистой оболочки обнаруживается стенка кисты. Края раны мобилизуют, при этом лоскут слизистой оболочки на стороне расположения слюнных протоков отслаивают вместе с протоками.

С помощью распатора или сомкнутых ножниц Купера тупо выделяют опухоль, что удается сделать без особого труда. После гемостаза накладывают несколько погружных швов. Для ликвидации полости на слизистую оболочку накладывают редкие швы, избегая повреждения или захвата в шов слюнных протоков.

Следует иметь в виду, что дермоидные кисты, выпячивающиеся в сторону полости рта, иногда располагаются не по средней линии, а рядом или глубже одной из подъязычных желез. Методика удаления их такая же, как и при срединных кистах. Разрез слизистой оболочки делают на стороне расположения опухоли.

В случаях локализации дермоидных и эпидермоидных кист в подбородочной области ближе к подъязычной кости между мышечными пучками подбородочно-язычной и подбородочно-подъязычной мышц с проникновением в подбородочный треугольник хирургическое вмешательство целесообразно проводить через наружный разрез.

СРЕДИННЫЕ КИСТЫ ШЕИ

Срединные кисты шеи относятся к аномалиям развития жаберного аппарата и его производных, а также щитовидной и вилочковой желез. Некоторые авторы считают, что срединные кисты и свищи являются эмбриональной дисплазией, связанной с незаращением щитовидного протока

(Н. А. Груздев, 1965; Л. Р. Епишева, 1972; Бетманн, 1971, и др.). 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 (В. С. Дмитриева с соавт., 1968). Иногда при гистологическом исследовании срединных кист и свищей шеи в их стенке находятся включения тканей щитовидной железы. Это подтверждает их происхождение из тканей нередуцированного щитоязычного протока.

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СРЕДИННЫХ КИСТ ШЕИ

Образование растет медленно, проявляется в виде безболезненного при пальпации округлого выпячивания по средней линии между подъязычной костью и верхним краем щитовидного хряща. При нетипичной локализации срединная киста располагается в поднижнечелюстном треугольнике, сохраняя связь с подъязычной костью. Кожа над кистами не изменена, свободно-подвижна, границы образования четкие, консистенция тестоватая, образование достаточно хорошо смещается в сторону и вверх. Подвижность книзу ограничена вследствие связи с подъязычной костью, при акте глотания киста смещается вверх вместе с подъязычной костью. При сообщении кисты с полостью рта через сохранившийся щитоязычный проток ее размеры уменьшаются после выделения содержимого в полость рта.

Воспаление срединных и боковых кист бывает у 60 % пациентов (В. С. Дмитриева с соавт., 1968), что объясняется простудными заболеваниями или проникновением инфекции через слепое отверстие корня языка при стоматитах. Клинически это проявляется болью при глотании, болезненным, без четких границ инфильтратом в толще языка. При самопроизвольном вскрытии и нерадикальном хирургическом вмешательстве после ликвидации явлений воспаления остается функционирующий срединный свищ шеи (рис. 1).



Рис. 1. Воспалившаяся срединная киста шеи, срединный свищ. Состояние после хирургической обработки, резиновый дренаж в ране

Срединные свищи подразделяются на полные и неполные (последние бывают наружными и внутренними).

Наружное отверстие *полного срединного и неполного наружного свища* открывается на передней поверхности шеи по средней линии между подъязычной костью и верхней вырезкой щитовидного хряща, на уровне кости или над ней (рис. 2).



Рис. 2. Срединная киста шеи. Зонд расположен в наружном отверстии неполного наружного срединного свища шеи

Полные и неполные наружные свищи клинически проявляются в виде гранулирующей раны малых размеров, покрытой кровянистой корочкой, после удаления которой и сдавления свищевого хода может быть получено слизисто-гнойное отделяемое. Кожа в области наружного свища бывает рубцово-измененной, втянутой. При пальпации определяется плотный тяж, идущий от свищевого отверстия к подъязычной кости, который смещается вместе с ней при глотательных движениях. При закрытии отверстия появляются боль и припухлость в этой области.

Полный свищ проходит от наружного устья через подкожно-жировую клетчатку, широкую подкожную мышцу шеи и поверхностный листок шейной фасции, не имея боковых ответвлений. Далее он чаще всего прикрепляется к переднему или верхнему краю подъязычной кости и прободает ее тело. За подъязычной костью полный свищ продолжается через мышцы дна полости рта и языка косо вверх и открывается в область корня языка у его слепого отверстия. На этом участке свищ может иметь слепые боковые ответвления, что нередко является причиной рецидивов при нерадикальном его удалении.

Неполный срединный внутренний свищ шеи возникает из нередуцированных остатков щитовидного протока, располагается выше подъязычной кости, а его отверстие находится в типичном месте — области слепого от-

верстия языка. Такие свищи клинически себя не проявляют, т. к. отток содержимого происходит свободно в полость рта через слепое отверстие.

ЛЕЧЕНИЕ СРЕДИННЫХ КИСТ ШЕИ

Срединные свищи и кисты шеи лечатся только оперативным путем — радикальным иссечением свищевого хода на всем протяжении до корня языка. Неполное иссечение свищевого хода всегда ведет к рецидиву — этим объясняются частые повторные поступления пациентов в стационар.

Положение пациента при операции — на спине, под плечи его подкладывают валик, голова запрокинута назад в срединном положении. Операцию предпочтительнее проводить под эндотрахеальным наркозом, т. к. пациенту наносится значительная травма, и в ряде случаев оперативное вмешательство по выделению свищевого хода бывает продолжительным.

Перед разрезом, чтобы в ходе операции не потерять направление свищевого хода, в него наливают раствор метиленового синего. Разрез проводится у нижнего края свища параллельно кожной складке шеи. Рассекают кожу, подкожную клетчатку и поверхностную фасцию с подкожной мышцей. Ткани снизу вверх отсепааровывают. Свищевой ход постепенно иссекают до подъязычной кости, через тело которой он обычно проходит и следует далее в глубину. Тело подъязычной кости на месте прохождения свища резецируют. При этом важно не потерять дальнейший ход свища. Если выше подъязычной кости направление свища не определяется, следует перед частичной резекцией подъязычной кости вновь заполнить свищевой ход раствором метиленового синего.

Для облегчения дальнейшего иссечения свища пересекают переднее брюшко двубрюшной мышцы. Края раны крючками разводят в стороны.

Постепенно свищ отсепааровывают. Необходимо следить, чтобы в рубцовых спайках не потерялся его ход. Иногда свищевой ход можно прощупать по его уплотнению. Иссечение часто заканчивается у корня языка в области слепого отверстия, где он иногда имеет воронкообразную форму. При выделении свища в области прохождения подбородочно-подъязычных мышц следует помнить о близости язычных артерий.

После выделения и иссечения свищевого хода на всем его протяжении проводят окончательный гемостаз, ткани дна полости рта инфильтрируют раствором антибиотиков, накладывают погружные швы кетгутом. Между кожными швами оставляют резиновый выпускник, который удаляют через двое суток (рис. 3).

При наличии значительных рубцовых спаек по ходу срединного свища его выделение представляет иногда большую трудность и приводит к большой травме тканей дна полости рта и языка. В этих случаях, учитывая последующее развитие послеоперационного отека, целесообразно в профилактических целях иногда сделать трахеотомию.

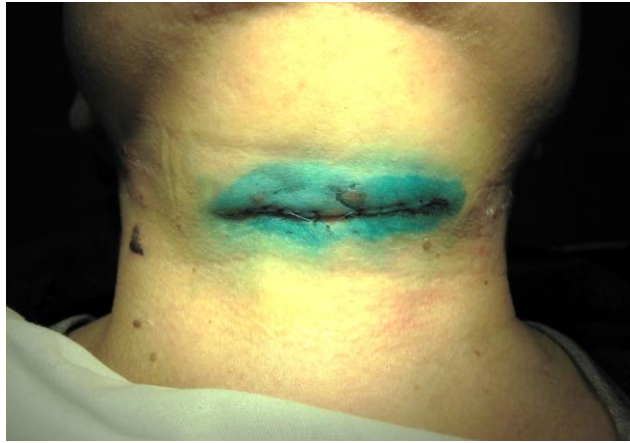


Рис. 3. Состояние после хирургического удаления срединной кисты шеи

БОКОВЫЕ КИСТЫ И СВИЩИ ШЕИ

К. И. Черенова (1963), В. М. Безруков (1965) предлагают бранхиогенную 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 небной миндалины. Располагаются боковые кисты на сосудисто-нервном пучке шеи, чаще на уровне бифуркации общей сонной артерии. Название «бранхиогенные» означает, что эти образования развиваются из остатков глоточных карманов.

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОКОВЫХ КИСТ ШЕИ

Эти образования гораздо чаще встречаются в молодом возрасте. Вначале образуются кисты, а свищи развиваются вторично в результате их нагноений. В типичных случаях задний отдел боковой кисты находится под *m. sternocleidomastoideus*, верхний полюс — под задним брюшком *m. digastricus* и шилоподъязычной мышцей, медиально кисты прилегают к внутренней яремной вене на уровне бифуркации общей сонной артерии. Киста пальпируется в виде опухолевого образования округлой формы с гладкой поверхностью, не спаянного с окружающими тканями, плотноэластичной консистенции, способного флюктуировать (рис. 4). При воспалении кисты развивается дисфагия с расстройством речи.



Рис. 4. Клиническая картина боковой кисты шеи слева

К. И. Черенова (1979) установила, что стенка боковых кист, в отличие от дермоидных и срединных, состоит из плотной соединительной ткани со скоплением лимфоидной ткани в виде узлов, располагающихся субэпителиально. При нагноении боковых кист шеи происходят метаплазия и утолще-

ние эпителиальной выстилки и ее ороговение. На основании этого К. И. Черенова относит боковые кисты к внеорганным доброкачественным опухолям шеи, из которых может развиваться бранхиогенный рак (2,7 % больных).

Классификация боковых кист и свищей шеи аналогична срединным.

Наружное отверстие полных боковых свищей локализуется у внутреннего края *m. sternocleidomastoideus* в области средней трети шеи. Внутреннее отверстие *полного и неполного внутреннего боковых свищей* локализуется за небно-глоточной дужкой у основания небной миндалины. От наружного устья свищевой ход идет под широкой подкожной мышцей шеи до большого рога подъязычной кости, прилегая к внутренней яремной вене, затем круто поворачивает внутрь и вверх в сторону глотки между наружной и внутренней сонными артериями, далее прикрепляется к шиловидному отростку и продолжается в направлении к боковой стенке глотки. Длина его от бифуркации сонных артерий до глотки составляет 3,5 см.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА БОКОВЫХ И СРЕДИННЫХ КИСТ И СВИЩЕЙ ШЕИ

Дифференциальная диагностика боковых и срединных кист проводится:

– с хроническими специфическими и неспецифическими лимфаденитами шеи (рис. 5). Уточнению диагноза поможет проведение объективного исследования, КТ, ЯМР-КТ, проведение пункционной биопсии и морфологического исследования. Положительная динамика противовоспалительной терапии — свидетельство серозного лимфаденита;

– дермоидными кистами челюстно-лицевой области;

– опухолями слюнных желез. Важными диагностическими моментами являются показатели контрастной сиалографии, ЯМР-КТ и КТ (рис. 6);

– каротидной хемодектомой, которая исходит из сонного гломуса, заложеного в адвентициальном слое бифуркации сонной артерии и расположенного позади или у внутреннего края внутренней сонной артерии. Опухоль также может происходить из хеморецепторной ткани узла блуждающего нерва, находящегося в непосредственной близости к яремному отверстию. В этом случае хемодектома достаточно плотно прилежит к внутренней сонной артерии, подъязычному (XII пара) и языкоглоточному нервам (IX пара) (рис. 7, 8);

– метастатическими опухолями шеи, лимфо- и ретикулосаркомами, гемангиомами и лимфангиомами.

Боковые свищи шеи также дифференцируют от свищей, возникших в результате нагноения лимфатических узлов шеи.

Цисто-, фистулография, пункция кисты с последующим цитологическим исследованием позволяют уточнить диагноз (рис. 9).



Рис. 5. Клиническая картина боковой кисты шеи справа, напоминающая картину неспецифического лимфаденита шеи

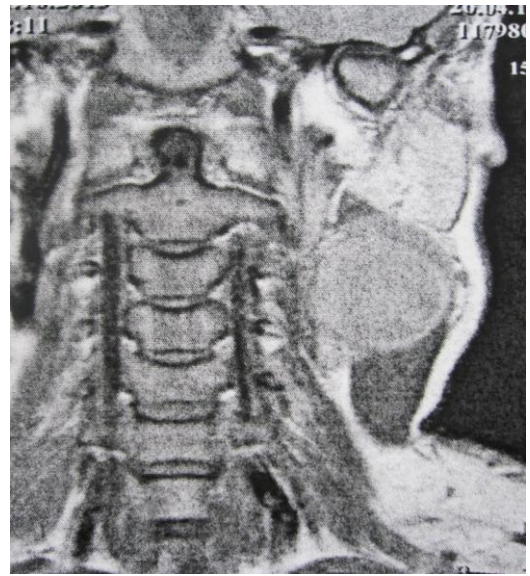


Рис. 6. Боковая киста шеи слева на ЯМР-КТ

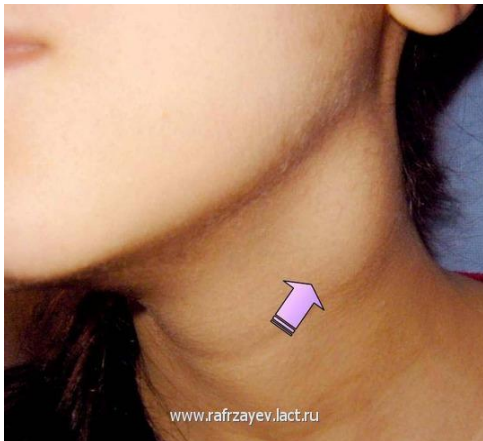


Рис. 7. Каротидная хемодектома

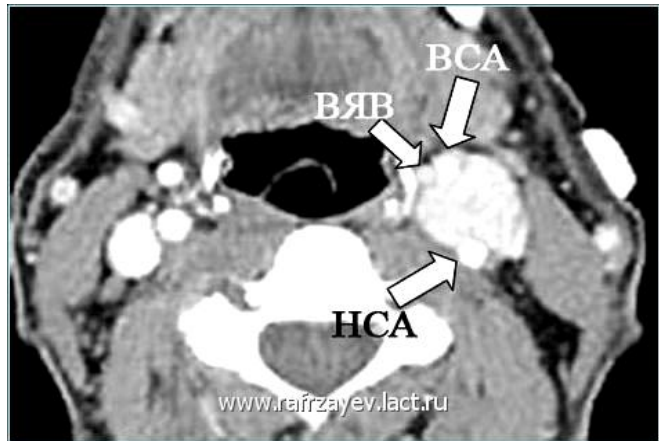


Рис. 8. МРТ с ангиографией идентифицирует топографию опухоли



Рис. 9. Макропрепарат боковой кисты шеи: плотная оболочка кисты. Содержимое — желтоватая жидкость с кристаллами холестерина

ЛЕЧЕНИЕ БОКОВЫХ КИСТ ШЕИ

Боковые кисты шеи лечатся только хирургически. Под эндотрахеальным наркозом производится разрез по переднему краю *m. sternocleidomastoideus*. Рассекают кожу, подкожножировую клетчатку, широкую подкожную мышцу шеи, поверхностный и трахеальный листки фасции шеи, обнажают оболочку кисты с последующим выделением ее тупым путем (рис. 10).

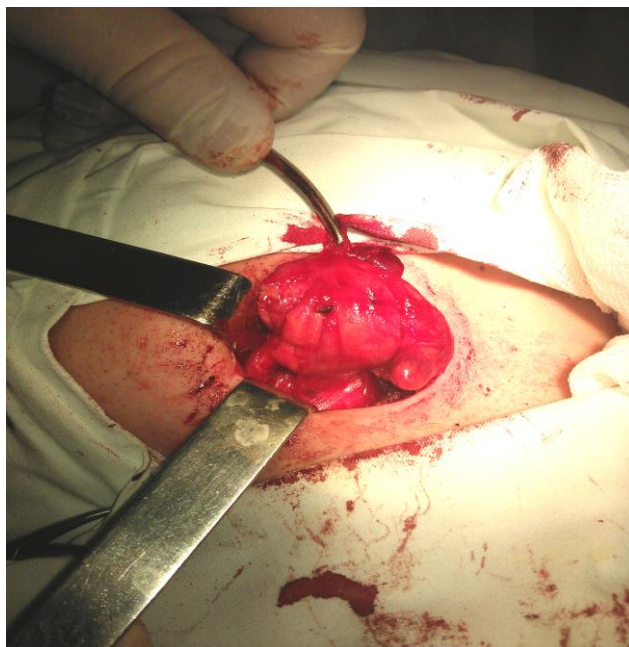


Рис. 10. Хирургическое вмешательство: цистэктомия на шее слева. Выделение оболочки кисты

Для уменьшения объема кисты и удобства выделения можно аспирировать часть содержимого при помощи шприца с иглой с наложением на место пункции гемостатического зажима. В зоне, где киста прилежит к яремной вене, препаровка тканей наиболее сложна, т. к. вскрывается влагалище сосудисто-нервного пучка шеи и киста отделяется от внутренней яремной вены и бифуркации общей сонной артерии (рис. 11).

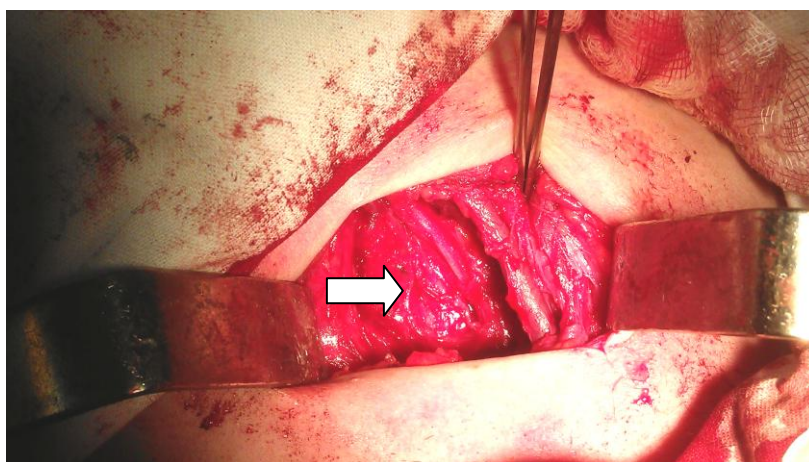


Рис. 11. Вид операционной раны после цистэктомии. Под кивательной мышцей справа видна наружная яремная вена

Если в анамнезе имело место нагноение кисты, то показано проведение частичной резекции *m. sternocleidomastoideus* с перевязкой и пересечением внутренней яремной и лицевой вен.

При операциях по поводу боковых свищей шеи применяют разрез, окаймляющий свищ по ходу кивательной мышцы, с последующим тоннелированием свища. После иссечения кисты и свищевого хода проводят тщательный гемостаз, накладывают наружные швы, между кожными швами вводят резиновый выпускник и накладывают давящую повязку.

Для профилактики осложнений (кровотечения, воспалительных инфильтратов) тщательно проводят гемостаз, дренирование раны на сутки, назначают курс комплексной противовоспалительной терапии.

КИСТЫ И СВИЩИ ОКОЛОУШНОЙ ОБЛАСТИ

В. М. Безруков (1965), В. С. Дмитриева (1968) и др. считают кисты и свищи околоушной области пороком развития первой жаберной щели. Они имеют типичную топографию и расположены над мышцами, прикрепляющимися к шиловидному отростку, латеральнее ствола лицевого нерва. Связаны кисты с наружным слуховым проходом в области перехода его хрящевое отдела в костный.

Микроскопически (К. И. Черенова, 1963) стенка кисты состоит из плотной фиброзной и лимфоидной тканей, в толще которых имеются эпителиальные островки. Внутренняя выстилка представлена цилиндрическим и мерцательным эпителием эмбрионального типа.

Дифференциальную диагностику кист околоушной области чаще проводят с кистами и опухолями околоушной слюнной железы и боковыми кистами шеи. Верифицировать диагноз помогает пункционная биопсия. Лечение образования — хирургическое, с тщательной препаровкой ветвей лицевого нерва.

КИСТЫ КОРНЯ ЯЗЫКА

Образования являются аномалией развития щитовидного протока. Однако чаще их выделяют в отдельную группу, поскольку кисты корня языка имеют особенности в локализации, клинической картине и способах лечения. Эти образования встречаются у новорожденных довольно редко. Большие кисты, расположенные впереди надгортанника, могут препятствовать приему пищи и вызывать нарушение дыхания.

Кисты, расположенные между слепым отверстием корня языка и подъязычной костью, клинически трудно диагностируются, а нагнаившаяся киста клинически напоминает абсцесс корня языка.

КИСТЫ ПОДЪЯЗЫЧНОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ (РАНУЛЫ, ЛЯГУШАЧЬИ ОПУХОЛИ)

Кисты подъязычной слюнной железы чаще наблюдаются у лиц молодого возраста. С. Раух (1959) относит эти кисты к дизонтогенетическим и считает, что они развиваются из дивертикулов поднижнечелюстного (вартонова) протока, расположенных вблизи его устья. В период полового созревания, когда чаще всего активируются дизонтогенетические образования, выявляются врожденные ранулы.

Растут такие образования медленно, не причиняя пациенту беспокойств. Иногда киста самостоятельно опорожняется в полость рта и затем медленно заполняется содержимым вновь. Ранулы могут локализоваться в средних и задних отделах подъязычной железы. Выводной проток поднижнечелюстной слюнной железы при этом свободно проходим для зонда, отток слюны не нарушен, сдавливание протока происходит только при кистах больших размеров.

Лечение образований только хирургическое. При кистах подъязычной слюнной железы (ранулах) применяются следующие операции: цистотомия, цистэктомия и цистосиалоаденэктомия.

Цель *цистотомии* — превращение кисты в добавочное углубление в тканях дна полости рта, которое в последующем исчезает полностью. При операции положение пациента — на спине, с приподнятой и приведенной к груди головой. Операцию проводят под инфильтрационной анестезией.

Осторожно, чтобы не вскрыть содержимое кисты, ведут разрез слизистой оболочки через выпуклость кистозной опухоли вдоль протока слюнной железы ближе к основанию языка. Узким распатором по сторонам от разреза отделяют слизистую оболочку от стенки кисты, после чего края ее берут на лигатуру. Выступающую над поверхностью дна полости рта стенку кисты срезают ножницами, и образуется широкое окно в полость. Марлевыми тампонами осушают содержимое кисты. Избыток слизистой оболочки дна полости рта срезают, после чего края слизистой оболочки и стенки кисты сшивают между собой узловатыми швами кетгуттом. Концы этих швов временно не срезают. В полость кисты вводят йодоформный тампон и фиксируют его несколькими рассасывающимися швами, которые навязывают сверху. Концы остальных швов срезают. Тампон из полости кисты удаляют через 3–4 дня.

Цистэктомия применяется значительно реже и лишь при небольших кистах, т. к. удаление полностью оболочки кисты, не порвав ее, представляет известные трудности и требует большой осторожности. В случае разрыва оболочки кисты и ее опорожнения следует ограничиться операцией цистотомии (как было описано выше), т. к. выделить и полностью удалить стенку кисты в спавшемся состоянии весьма трудно. Если же удастся вылущить кисту, рану послойно зашивают. При наложении швов следует избегать травмы протока слюнной железы и особенно захвата его в шов.

Цистосиалоаденэктомия является наиболее радикальной операцией, исключающей возможность рецидивов. Но, т. к. рецидивы кист подъязычной слюнной железы после цистотомии наблюдаются очень редко, а цистосиалоаденэктомия является более травматичной и технически более трудновыполнимой операцией, к ней целесообразно, пожалуй, прибегать лишь в тех редких случаях, когда хирург имеет дело с рецидивирующей ранулой.

Операция заключается в следующем: первоначально тупым путем выделяется кистозная оболочка, потом обнаруживается паренхима слюнной железы, которая также от мышц дна полости рта отделяется преимущественно тупым путем. Во время операции ассистент давлением снаружи на ткани дна полости рта и слюнную железу облегчает хирургу выделение кисты. Операция заканчивается наложением швов и введением местно антибиотиков.

При прорастании ранулы в подчелюстной треугольнике операцию целесообразно разделить на два этапа. На первом этапе проводят типичный разрез в подчелюстном треугольнике, рассекают кожу, подкожно-жировую клетчатку и платизму с внутренним листком поверхностной фасции. Здесь обнаруживают стенку кисты, которую осторожно, преимущественно тупым путем, выделяют до подбородочно-подъязычной мышцы. В этом месте кистозная полость сужается, имея сравнительно тонкий перешеек. Перешеек перевязывают шелковой нитью и кисту отсекают. Накладывают погружные швы кетгутом и швы на края кожной раны. В ране оставляется резиновый выпускник. Второй этап операции выполняется со стороны полости рта и сводится к описанной выше типичной цистотомии.

КИСТЫ САЛЬНЫХ ЖЕЛЕЗ КОЖИ (АТЕРОМЫ)

При пальпации атерома безболезненная, подвижная, плотноэластичной консистенции, с четкими гладкими границами. Нагноившуюся атерому следует дифференцировать с эпидермоидной кистой, липомой, мягкой фибромой, хроническим лимфаденитом, ретенционной кистой. Патогномичным признаком атеромы, отличающим ее от всех перечисленных патологических процессов, является наличие точечной втянутости кожи (кратера) в области выводного протока железы и спаянности кожи с оболочкой кисты в этом же месте.

Радикальное удаление атеромы вместе с капсулой — единственный метод лечения. Над атеромой выкраивают два полулунных разреза, которые, сходясь своими концами, заключают между собой наиболее выступающий участок кожи, обычно тесно спаянный с опухолью (она из него исходит). За выкраенный участок кожи опухоль удерживают, выделяют и удаляют. Швы накладывают послойно.

САМОКОНТРОЛЬ УСВОЕНИЯ ТЕМЫ

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Задача 1

К хирургу-стоматологу в поликлинику по месту жительства обратился пациент М. 23 лет с жалобами на припухлость в поднижнечелюстной области справа и боль, которые появились сутки назад после переохлаждения. Припухлость увеличилась на следующий день, усилилась боль. Температура тела — 37,2 °С.

Клинически в поднижнечелюстной области справа определяются отек и инфильтрация мягких тканей, кожа гиперемирована, поднижнечелюстные лимфатические узлы не пальпируются. В полости рта явлений воспаления не выявлено. При проведении ортопантограммы верхней и нижней челюсти очагов хронической одонтогенной инфекции не выявлено.

Пациенту назначен курс комплексной противовоспалительной терапии (антибиотик, антигистаминный препарат, компрессы с Димексидом), контрольный осмотр на следующий день. Цель обследования — УЗИ органов шеи. Во время контрольного осмотра на следующий день отмечено уменьшение боли, напряжение мягких тканей в поднижнечелюстной области уменьшилось.

Результат УЗИ: увеличенные лимфатические узлы в поднижнечелюстной области справа.

Проведите диагностику, дифференциальную диагностику данной патологии, определите план обследования, лечения.

Задача 2

Пациентка А. 42 лет обратилась к хирургу-стоматологу с жалобами на наличие опухолевидного образования в верхнем отделе шеи спереди, которое появилось около месяца назад и начало увеличиваться в размере. Образование причиняет дискомфорт, жалоб на боль нет.

Клинически в верхнем отделе шеи спереди определяется округлой формы образование размером 4 см в диаметре, безболезненное при пальпации, кожа над образованием в цвете не изменена. Образование связано с подъязычной костью и смещается во время акта глотания.

Проведите диагностику, определите план обследования и лечения. Проведите дифференциальную диагностику данной патологии,

ОТВЕТЫ

1. Острый серозный лимфаденит поднижнечелюстной области справа. Дифференциальная диагностика проводится с опухолями поднижнечелюстных слюнных желез, боковой кистой шеи, дермоидной кистой, каротидной хемодектомой. При необходимости верификации диагноза проводится пункционная биопсия, КТ-диагностика. Курс комплексной противовоспалительной терапии — 7–10 дней.

2. Врожденная срединная киста шеи. Для верификации диагноза проводятся пункционная биопсия, УЗИ органов шеи, КТ-диагностика, может быть проведено ЯМР-исследование. При подтверждении диагноза показано хирургическое лечение — цистэктомия с резекцией тела подъязычной кости.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Безруков, В. М.* Врожденные кисты и свищи околоушной области и шеи / В. М. Безруков // Теория и практика стоматологии / под ред. И. Бабичева. Москва, 1965. Вып. 8. С. 168–176.
2. *Епишева, Л. Г.* Врожденные кисты и свищи лица и шеи / Л. Г. Епишева. Ташкент : Медицина, 1976. 89 с.
3. *Епишева, Л. Г.* Врожденные кисты и свищи лица и шеи : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Л. Г. Епишева. Ташкент, 1972.
4. *Северинов, А. В.* Хирургическое лечение срединных кист и свищей шеи : автореф. дис. ... канд. мед. наук / А. В. Северинов. Москва, 1971. 16 с.
5. *Солнцев, А. М.* Кисты челюстно-лицевой области / А. М. Солнцев, В. С. Колесов. Киев : Здоровье, 1982. 144 с.
6. *Фалилеев, Г. В.* Опухоли шеи / Г. В. Фалилеев. Ленинград : Медицина, 1978. 168 с.
7. *Черенова, К. И.* Врожденные эпителиальные кисты лица, дна ротовой полости и шеи : автореф. дис. ... канд. мед. наук / К. И. Черенова. Пермь, 1963. 18 с.
8. *Cysticus adventitia, degeneration* / I. Szabo [et al.] // *Ozvosi Hetilap*. 1979. Vol. 120, № 37. P. 2257–2258.
9. *Оториноларингология* — хирургия головы и шеи [Электронный ресурс] / Сайт Азербайджанской центральной дорожной больницы. Баку, 2017. Режим доступа : www.riyad-ruf.ru. Дата доступа : 01.01.2016.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Мотивационная характеристика темы.....	3
Классификация кистозных образований челюстно-лицевой области и шеи	4
Дермоидные и эпидермоидные кисты	5
Клиническая характеристика дермоидных и эпидермоидных кист	5
Дифференциальная диагностика дермоидных и эпидермоидных кист	6
Лечение дермоидных и эпидермоидных кист	7
Срединные кисты шеи	7
Клиническая характеристика срединных кист шеи	8
Лечение срединных кист шеи.....	10
Боковые кисты и свищи шеи	11
Клиническая характеристика боковых кист шеи	11
Дифференциальная диагностика боковых и срединных кист и свищей шеи.....	12
Лечение боковых кист шеи.....	14
Кисты и свищи околоушной области	15
Кисты корня языка.....	15
Кисты подъязычной слюнной железы (ранулы, лягушачьи опухоли).....	16
Кисты сальных желез кожи (атеромы)	17
Самоконтроль усвоения темы.....	18
Ситуационные задачи.....	18
Ответы.....	18
Список использованной литературы	19