

Китель В. В., Ластовка А. С., Каханович Т. В.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СРЕДИННЫХ КИСТ И СВИЩЕЙ ШЕИ

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Срединные кисты шеи относятся к группе врожденных аномалий, которые являются результатом нарушения процессов эмбрионального развития плода. Наиболее часто источником формирования срединных кист шеи считают остатки нередуцированного эпителия щитовидно-язычного протока (ductus thyroglossus) [5]. Возраст плода, когда можно определить патологию, составляет 6–7 недель. Киста может диагностироваться при рождении, может сохраняться в стадии ремиссии до определенного возраста и быть обнаруженной случайно с 4 до 14 лет, у взрослых выявляется в любом возрасте [1, 2, 4]. Стимулировать развитие кисты может острое воспалительное заболевание, гормональный всплеск в пубертантном периоде или сбой в период менопаузы. Образование может увеличиваться медленно или быстро. В процессе воспаления оно иногда самопроизвольно вскрывается на поверхности кожи, образуя при этом свищи [3]. Срединные кисты шеи необходимо дифференцировать с такими заболеваниями как дермоидные кисты, липомы, лимфангиомы, гемангиомы, лимфадениты, опухоли слюнных

желез, метастатические опухоли шеи, остеомиелит подъязычной кости. Патогномоничным признаком срединных кист (свищей) является их тесная взаимосвязь с подъязычной костью, установлению которой помогают клиническое обследование и проведение дополнительных специальных методов исследования: ультразвуковое исследование, контрастная цистография (фистулография), рентгенкомпьютерная томография, магнитно-резонансная, компьютерная томография.

Цель исследования: изучить морфологическое строение срединных кист и свищей шеи.

Материал и методы. Материалом для исследования послужил операционный материал от 15 пациентов, полученный в ходе оперативного вмешательства в отделении челюстно-лицевой хирургии на базе УЗ «11-я городская клиническая больница» г. Минска. С диагнозом срединная киста прооперировано 13 пациентов (87 %) и 2 пациента (13 %) с диагнозом срединный свищ шеи. Из них 6 женщин (40 %) и 9 мужчин (60 %) в возрасте от 19 до 63 лет. Удаленная киста или свищ вместе с резецированным фрагментом тела подъязычной кости фиксировались в 10 % нейтральном формалине, декальцировались в 5 % азотной кислоте. Дальнейшая проводка, заливка в парафин проводилась по общепринятым методикам (Г. А. Меркулов, 1969). Препараты окрашивали гематоксилином и эозином и по методу Массона.

Результаты и обсуждение. Во всех случаях срединные кисты клинически проявлялись в виде округлых образований на шее в области подъязычной кости или несколько ниже ее, над верхним краем щитовидного хряща, смещаемых при глотании вверх за подъязычную костью. Пальпаторно определялась гладкая поверхность, упруго-эластическая консистенция кисты. Кожа над образованием была без признаков воспаления, подвижна. Размеры кист варьировали от 1,5 до 4 см в диаметре.

Интраоперационно срединные кисты и свищи шеи у пациентов были связаны с телом подъязычной кости соединительно-тканым тяжом. У 14 пациентов киста была связана с нижне-внутренним полюсом тела подъязычной кости, в одном случае — с левым краем тела. Протяженность соединения срединной кисты с телом подъязычной кости варьировала от 0,3 до 1,3 см (рис. 1). При исследовании удаленного макропрепарата образование представлено полостной структурой с четко выраженной оболочкой, с полупрозрачным содержимым бурого цвета.

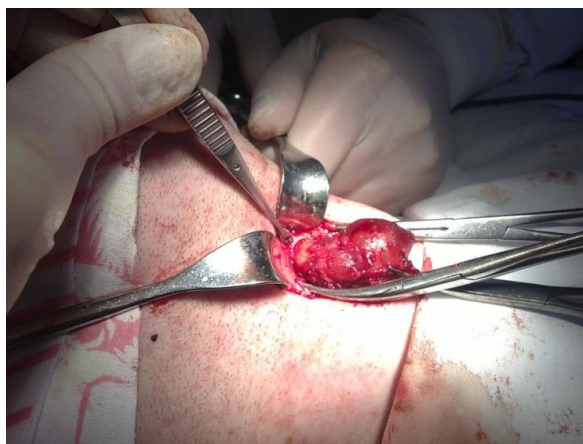


Рис. 1. Ход операции по удалению срединной кисты шеи у пациента К.

На гистологических препаратах эпителий, выстилающий полость кисты, вместе с подлежащей соединительной тканью образует многочисленные складки, в результате чего киста имеет просвет неправильной, щелевидной формы. В 40 % случаев эпителиальная выстилка была представлена однослойным многорядным мерцательным эпителием. В реснитчатых эпителиоцитах отмечалась выраженная вакуолизация цитоплазмы, у большинства клеток на апикальной поверхности четко визуализировались реснички (рис. 2, А, Б). Встречались участки многорядного эпителия с очаговой плоскоклеточной метаплазией. В 33 % случаев полость кисты была выстлана многослойным плоским неороговевающим эпителием (рис. 2, Г) с фрагментарными, различными по протяженности, участками атрофии. В трех случаях (20 %) наблюдался эпителий однослойный мерцательный с переходом в многослойный. Нередко отмечалась лейкоцитарная инфильтрация эпителия и соединительной ткани, с преобладанием лимфоцитов (рис. 2, А). Встречались единичные образования лимфоидной ткани с диффузным расположением лимфоцитов (рис. 2, В). В одном случае (7 %) киста была представлена фиброзной тканью без выстилки с макрофагальной воспалительной реакцией.

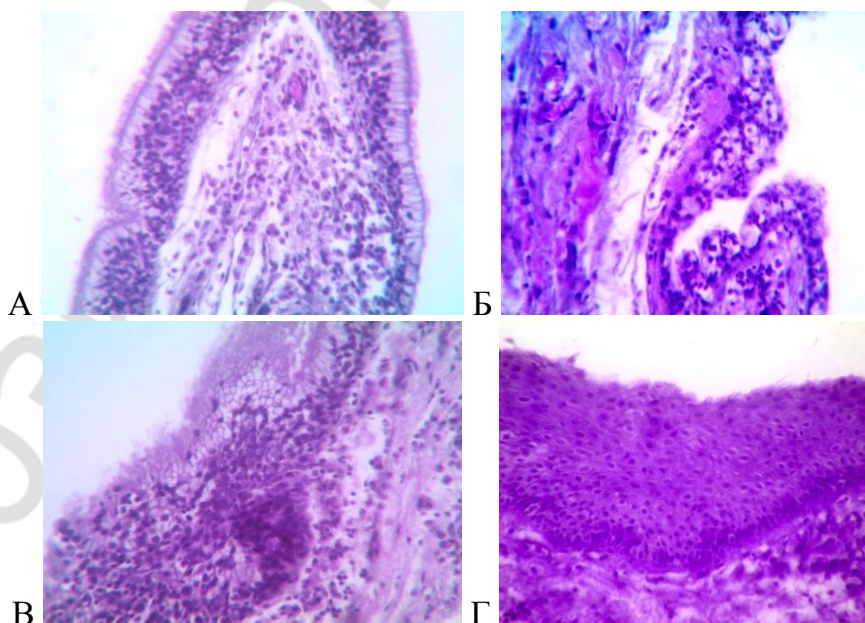


Рис. 2. Фрагменты стенки срединных кист шеи, выстланные:

А, В — многорядным мерцательным эпителием с признаками лимфоцитарной инфильтрации эпителия и подлежащей соединительной ткани; Б — многорядным мерцательным эпителием с признаками вакуолизации цитоплазмы; Г — многослойным плоским неороговевающим эпителием. Окраска гематоксилин-эозином. Увеличение $\times 400$

У пациентов с диагнозом срединный свищ на препаратах кожа со свищевым ходом, фрагментарно выстлана многорядным эпителием, с перифокальными полями грануляционной ткани, склерозом дермы и подкожной жировой клетчатки. Стенка кисты образована волокнистой соединительной тканью с большим или меньшим количеством упорядоченно ориентированных пучков коллагеновых волокон. Клеточные популяции в невоспаленных образованиях представлены преимущественно зрелыми клетками фибробластического ряда, встречаются лимфоциты, макрофаги, плазмоциты. Между кистой и резецированным фрагментом тела

подъязычной кости всегда находилась прослойка волокнистой соединительной ткани, пучки коллагеновых волокон, которой связывали между собой эти структуры.

Выводы. Полость кисты выстлана многорядным мерцательным или многослойным плоским неороговевающим эпителием, часто с признаками дистрофии. В не воспаленных образованиях в подлежащей соединительной ткани находятся клетки преимущественно фибробластического ряда с немногочисленными лимфоцитами, макрофагами, плазмócитами. Стенка кисты образована плотной волокнистой соединительной тканью. Между кистой и подъязычной костью, в местах их наиболее близкого расположения, находятся пучки коллагеновых волокон. При воспалении в стенке кисты преобладает грануляционная ткань, эпителиальная выстилка с признаками деструкции или полного ее отсутствия.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Диагностика* и лечение врожденных кист и свищей шеи / Н. В. Пилипюк [и др.] // Вестник стоматологии. 2011. № 2. С. 44–48.

2. *Источники* развития, клиничко-морфологическая характеристика и принципы лечения срединных кист шеи / П. И. Ткаченко [и др.] // Журнал Гродненского государственного университета. 2014. № 2. С. 61–66.

3. *Чудаков, О. П.* Доброкачественные кистозные образования мягких тканей челюстно-лицевой области : учеб.-метод. пособие / О. П. Чудаков, И. И. Ленъкова, А. Б. Шабанович. Минск : БГМУ, 2006. С. 6–7.

4. *Яблонский, С. В.* Врожденные срединные кисты и свищи у детей / С. В. Яблонский, Н. И. Васильева // Вестник оториноларингологии. 1996. № 5. С. 27–29.

5. Moore, K. L. The developing human / K. L. Moore, T. V. N. Persaud. Philadelphia : W. B. Saunders Company, 1998.

Kitel V. V., Lastovka A. S., Kahanovich T. V.

Morphological aspects of the median cysts and fistulas of neck

Belarusian State Medical University, Minsk

The data of clinicopathological researches of 13 patients with median cysts of the neck and 2 patients with median fistulas of the neck are studied. Operational material was exposed to macroscopic and histologic research.

Key words: median cyst of the neck, fistula, hyoid bone.