

*Махмуди Мостагим Сепиде*

## **ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ВРОЖДЕННЫХ КИСТ ШЕИ**

*Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. И. И. Ленкова*

*Кафедра челюстно-лицевой хирургии,*

*Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск*

*Mahmudi Mostaghim Sepideh*

## **DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF CYSTS OF THE NECK**

*Tutor: associate professor I. I. Lenkova*

*Department of Oral and Maxillofacial Surgery,*

*Belarusian State Medical University, Minsk*

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

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

**Resume.** Reliability of diagnosis of congenital cysts and fistulas of the neck is important for the rehabilitation of patients with this pathology, as well as to avoid errors during surgical treatment.

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

**Актуальность.** Правильная диагностическая тактика при лечении образований шеи позволяет хирургу избежать осложнений в послеоперационном периоде, что связано с уменьшением срока реабилитации пациентов.

**Цель:** выявить частоту врождённых кист шеи и бронхиогенных раков по материалам кафедры и клиники челюстно-лицевой хирургии БГМУ за 5 лет 2015-2019г.г., на базе 11-й городской клинической больницы Минска.

### **Задачи:**

1. Определить особенности клинического течения врождённых образований шеи;
2. Систематизировать методы их диагностики (основные и дополнительные);
3. Систематизировать методы хирургического лечения.

**Материал и методы.** Общее количество госпитализированных пациентов, находившихся на лечении в 1-м отделении челюстно-лицевой хирургии 11 городской клинической больницы г. Минска за период 2015-2019 г.г., составило 9638. Из них количество пациентов с опухолями 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 (24%) лет; 2 пациента - старше 60 лет (6%).

**Результаты и их обсуждение.** Алгоритм обследования пациентов в предоперационном периоде: клиническое исследование, УЗИ, КТ исследование (рис. 1,2), пункционная биопсия в дооперационном периоде и гистологическое исследование в послеоперационном периоде, 37 человек прошли МРТ. 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.

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. Воспаление срединной и боковой кист, по данным литературы, наблюдается у 60% пациентов. Клинически это проявляется болью, инфильтрацией. В случае спонтанной диссекции, или неадекватного хирургического вмешательства после устранения воспалительных явлений остается и формируется функционирующий свищ (рис. 3).



**Рис. 1** - Срединная киста шеи на КТ



**Рис. 2** - Боковая киста шеи на КТ



**Рис. 3** - Пациент В. Срединная киста шеи, свищ



**Рис. 4** - Пациент М. Боковая киста шеи

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 (рис.4).

Дифференциальная диагностика боковых и срединных кист проводится, как правило, с хроническими лимфаденитами шеи, бронхогенными раками, дермоидными кистами, каротидными хемодектомами, опухолями слюнных желез.

За период с 2015 по 2019 г.г. в 1-м отделении челюстно-лицевой хирургии 11-й ГKB прооперировано 137 пациентов. Из них 37 человек со срединными кистами шеи: 23 пациентам проводилась цистэктомия с фрагментарной резекцией тела подъязычной кости; 13 пациентам – цистэктомия с резекцией тела подъязычной кости, одному пациенту - цистэктомия с удалением надкостницы без резекции тела подъязычной кости. С боковыми кистами шеи прооперировано 98 пациентов, им проводилась цистэктомия с последующим морфологическим исследованием макропрепарата в послеоперационном периоде (рис.5).



**Рис. 5** – Макропрепарат боковой кисты шеи

Результаты морфологического исследования срединных кист шеи: киста щитовидного протока - 28 пациентов; киста щитовидного протока с очагами локального хронического воспаления - 6 пациентов; киста щитовидного протока с тканью щитовидной железы и признаками узловато-коллоидного зоба - 2 пациента; кроме подтвержденной кисты, препарат содержал ткань парашитовидной железы - 1 пациент.

Результаты морфологического исследования боковых кист шеи: бронхогенная эктодермальная киста - 62 пациента; бронхогенная киста с признаками воспаления прилежащих лимфатических узлов или признаками реактивных изменений местных тканей - 30 пациентов; бронхогенный рак – 4 пациента; лимфатическая ткань с

клетками Пирагова – Longerhance - 1 пациент; бронхиогенная киста с признаками синусового гистиоцитоза - 1 пациент. Таким образом, по результатам морфологического исследования в послеоперационном периоде диагноз врождённой кисты шеи не был подтверждён у 5 пациентов (14%) в связи со злокачественным перерождением, хотя при предоперационном цитологическом исследовании образования данных за его злокачественное перерождение не было выявлено.

В послеоперационном периоде, клинически, у 3 пациентов наблюдались осложнения в виде выделения слизеподобного содержимого между швами, что наводило на мысль о нерадикальности оперативного вмешательства, возможности наличия невыявленных дополнительных свищевых ходов. 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 проведённой диагностической пункции в предоперационном периоде. После уточнения разновидности пункционной иглы, используемой для проведения цитологического исследования, было установлено, что диаметр её превышал 2 мм.

#### **Выводы:**

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

2 Алгоритм обследования пациентов: клиническое исследование, УЗИ, пункционная биопсия, КТ исследование, при необходимости МРТ в дооперационном периоде. Лучевая диагностика и морфологическое исследование в до- и послеоперационном периодах являются ведущими в верификации врождённых кист шеи;

3 С целью проведения диагностической пункции 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;

4 Злокачественное перерождение кист шеи наблюдалось у пациентов с боковыми кистами (в нашем исследовании – 5 пациентов (14%).

#### **Литература**

1. Иванова С.В. Клинико-морфологическая характеристика боковых, срединных кист и свищей шеи: Автореф. дис... канд. мед. наук. - Омск, 2003. - С.29.
2. Иванова С.В., Зиновьев А.С., Ивасенко П.И. Два случая малигнизации боковых кист шеи / В сборнике «Современные проблемы стоматологии». - Новосибирск, 1998, - С.156-158.
3. Пархимович Н.П. Принципы диагностики врождённых кист шеи / Н.П.Пархимович., И.И.Ленькова, Н.А.Саврасова// . – 2019. - № 3. – С.57-59.