

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ
«БЕЛОРУССКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ
ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ»

Кафедра челюстно-лицевой хирургии

**КИСТОЗНЫЕ ОБРАЗОВАНИЯ МЯГКИХ ТКАНЕЙ
ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ**

Учебно-методическое пособие

Минск БелМАПО
2021

УДК 617.51/52-006.2(075.9)

ББК 56.6+55.6я73

К 44

Рекомендовано в качестве учебно-методического пособия
НМС Государственного учреждения образования
«Белорусская медицинская академия последипломного образования»
от 20.05.2021 (протокол № 5)

Авторы:

Людчик Т.Б., доцент кафедры челюстно-лицевой хирургии ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования», кандидат медицинских наук, доцент

Артюшкевич А.С., профессор кафедры челюстно-лицевой хирургии ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования», доктор медицинских наук, профессор

Гричанюк Д.А., заведующий кафедрой челюстно-лицевой хирургии ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования», кандидат медицинских наук, доцент

Яцкевич О.С., доцент кафедры челюстно-лицевой хирургии ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования», кандидат медицинских наук, доцент

Рецензенты:

Глинник А.В. доцент кафедры челюстно-лицевой хирургии УО «Белорусский государственный медицинский университет», кандидат медицинских наук, доцент

Кафедра стоматологии детского возраста УО «Белорусский государственный медицинский университет»

К 44 **Кистозные** образования мягких тканей челюстно-лицевой области : учеб.-метод. пособие / Т.Б. Людчик, А.С. Артюшкевич, Д.А. Гричанюк, О.С. Яцкевич. – Минск: БелМАПО, 2021. – 42 с.
ISBN 978-985-584-636-0

В учебно-методическом пособии изложена проблема клинической картины, диагностики и дифференциальной диагностики врожденных и приобретенных кистозных образований мягких тканей челюстно-лицевой области.

Учебно-методическое пособие предназначено для слушателей, осваивающих содержание образовательных программ: переподготовки по специальности «Челюстно-лицевая хирургия» (дисциплина «Доброкачественные опухоли челюстно-лицевой области»); повышения квалификации врачей-стоматологов-хирургов, врачей-челюстно-лицевых хирургов, врачей-стоматологов.

УДК 617.51/52-006.2(075.9)

ББК 56.6+55.6я73

ISBN 978-985-584-636-0

© Людчик Т.Б. [и др.], 2021

© Оформление БелМАПО, 2021

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	4
ВРОЖДЕННЫЕ КИСТЫ И СВИЩИ ЛИЦА И ШЕИ	6
БРАНХИАЛЬНЫЕ КИСТЫ И СВИЩИ(Q18.0)	7
ВРОЖДЕННАЯ КИСТА И СВИЩ ОКОЛОУШНОЙ ОБЛАСТИ(Q18.1)	7
БОКОВАЯ КИСТА И СВИЩ ШЕИ(Q18.8)	16
СРЕДИННЫЕ КИСТЫ И СВИЩИ ШЕИ (ТИРЕОГЛОССАЛЬНЫЕ КИСТЫ И СВИЩИ) (Q18.8)	21
ДЕРМОИДНЫЕ И ЭПИДЕРМОИДНЫЕ КИСТЫ (K09.81)	27
РЕТЕНЦИОННАЯ КИСТА САЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (ЭПИДЕРМАЛЬНАЯ КИСТА, АТЕРОМА, СТЕАТОЦИТОМА, ТРИХОДЕРМАЛЬНАЯ КИСТА) (L72.1)	32
КИСТА ПОДЪЯЗЫЧНОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ (РАНУЛА) (K11.6)	33
КИСТА МАЛОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ (K11.6)	36
КИСТА ПОДНИЖНЕЧЕЛЮСТНОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ (K11.6)	39
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	41

ВВЕДЕНИЕ

Международная гистологическая классификация опухолей (МГКО) предусматривает разделение опухолей по клиническому признаку только на доброкачественные и злокачественные. При этом в понятие доброкачественности опухоли вкладывается медленный ее рост, отсутствие метастазирования и при полном удалении – рецидивирования. Клетки такой опухоли характеризуются высокой степенью дифференцировки и нечувствительны к лучевому воздействию.

В свою очередь опухоли в зависимости от источника происхождения (ткань, орган) подразделяются на следующие группы:

- I. Эпителиальные опухоли.
- II. Опухоли мягких тканей.
- III. Опухоли костной и хрящевой тканей.
- IV. Опухоли лимфоидной и кроветворной ткани.
- V. Опухоли смешанного генеза.
- VI. Вторичные опухоли.
- VII. Неклассифицируемые опухоли.
- VIII. Опухолоподобные состояния.

В соответствии с вышеизложенным, среди доброкачественных опухолоподобных образований мягких тканей челюстно-лицевой области и шеи можно выделить 2 группы: эпителиальной (эктодермальной) природы и соединительнотканной (мезенхимальной) природы.

Киста (от греч. «пузырь») – патологическая полость в тканях или органах, имеющая стенку и содержимое.

Размер кисты, содержимое и строение стенки бывают различными в зависимости от механизма и давности образования, его локализации.

Различают:

по наличию стенки – истинные кисты (выстланы эпителием) и ложные (специальной выстилки не имеют);

по времени появления – приобретенные (появившиеся после рождения) и врожденные (возникающие при дефектном формировании тканей и органов);

по механизму образования – ретенционные, паразитарные, травматические, дизонтогенетические, опухолевые.

Ретенционные кисты (обычно приобретенные), встречаются в различных железисто-секреторных органах – в челюстно-лицевой области это большие и малые слюнные железы, в придатках кожи, в слизистой оболочке верхнечелюстной пазухи. Эти кисты появляются в связи с затруднением или полным прекращением оттока секрета в результате засорения протока камнем, пылью и т.д., а также пробкой из сгустившегося секрета, сдавлением протока опухолью или рубцом. Секрет, накопившийся в протоке, растягивает ткани, образуя постепенно увеличивающуюся полость с салным, слизистым или другим содержимым. Стенка ретенционной кисты выстлана уплощенным эпителием железы или ее протока. При внутриутробных атрезиях протоков желез развиваются врожденные ретенционные кисты.

Рамолиционные кисты (от размягчения) образуются в ткани при ее локальном омертвлении (при кровоизлияниях, воспалении, инфаркте) и последующем размягчении, разжижении и рассасывании мертвой ткани. Стенка этого типа кисты образована тканью того органа, в котором она находится, но в дальнейшем может заместиться соединительной тканью. К таким кистам в челюстно-лицевой области относят кисты при остеобластокластоме челюстей, при гнойно-воспалительном процессе в мягких тканях, при опухолевом распаде.

Паразитарные кисты – это пузырьчатая личиночная стадия ленточных червей (эхинококк, цистицерк).

Травматические кисты появляются из-за смещения эпителиальных тканей. В челюстно-лицевой области чаще всего возникают послеоперационные серомы в области околоушных желез.

Дизонтогенетические кисты обычно врожденные. Это кистовидное превращение иногда сохраняющихся эмбриональных каналов и щелей, или смещенных тканей при формировании эмбриона. В челюстно-лицевой области к таким кистам относят кисты I и II жаберных щелей, дермоидные кисты.

Опухолевые кисты возникают в тех случаях, когда растущая ткань опухоли в результате нарушенного метаболизма и развития процесса канцерогенеза формирует одно- и многокамерные полости. Такие кисты нередко образуются в железистых органах (аденолимфома околоушной железы, кистозная амелобластома).

Учебно-методическое пособие предназначено для слушателей, осваивающих содержание образовательных программ: переподготовки по специальности «Челюстно-лицевая хирургия» (дисциплина «Доброкачественные опухоли челюстно-лицевой области»); повышения квалификации врачей-стоматологов-хирургов, врачей-челюстно-лицевых хирургов, врачей-стоматологов.

Врожденные кисты и свищи лица и шеи

Среди них различают бранхиальные (от греч. *branhia* — жабры) и тиреоглоссальные кисты и свищи.

Возникновение бранхиальной кисты и свища связано с аномалией развития 1-й и 2-й жаберных щелей и дуг.

Тиреоглоссальная киста и свищ образуются вследствие неполной редукции у эмбриона щитовидно-язычного протока. Врожденные кисты и свищи встречаются сравнительно редко и составляют около 5% всех новообразований лица и челюстей.

Бранхиальные кисты и свищи околоушной области встречаются значительно реже (11%) боковых кист и свищей шеи (89%).

Кисты увеличивается медленно, в течение нескольких лет в виде безболезненного ограниченного образования округлой или овальной формы, эластической консистенции, не спаянного с кожей. Кисту обнаруживают случайно либо при возникновении воспаления.

Врожденные свищи могут быть полными, при этом имеется два выводных отверстия: наружное — на коже, внутреннее — на слизистой оболочке полости рта, и неполными — с одним устьем, наружным или внутренним.

Бранхиальные кисты и свищи(Q18.0)

При патологии 1-й жаберной щели возникает киста или свищ околоушной области, наружного слухового прохода и ушной раковины. Аномалия развития 2-й жаберной щели ведет к формированию боковой кисты или свища шеи.

Врожденная киста и свищ околоушной области(Q18.1)

Киста располагается под основной массой околоушной слюнной железы или в позадичелюстной области над стволом лицевого нерва и часто имеет связь с хрящевым отделом наружного слухового прохода. Клинические проявления такие же, как при доброкачественной опухоли или протоковой кисте околоушной слюнной железы.

Клиническая картина:

- киста обнаруживается, когда начинает ощущаться безболезненная «припухлость» в области околоушной железы;

- в области «припухлости» цвет кожи не изменяется;

- киста определяется в виде образования овальной или округлой формы с четкими границами, эластической консистенции, не спаянное с окружающими тканями, безболезненное. Образование, как правило, подвижное и при надавливании пальцами в одном месте в другом можно ощутить передачу давления, что говорит о ее наполненности жидким содержимым;

- боль может возникнуть как в результате воспаления кисты, так и при затрудненном прорезывании зубов мудрости. В таких случаях наблюдается припухлость в околоушно-жевательной области, ограниченное открывание рта, гиперемия кожи. Процесс может распространиться в височную и подвисочную области. Если очаг воспаления расположен глубоко, то покраснения кожи может и не быть, но характерно резкое ограничение открывания рта.

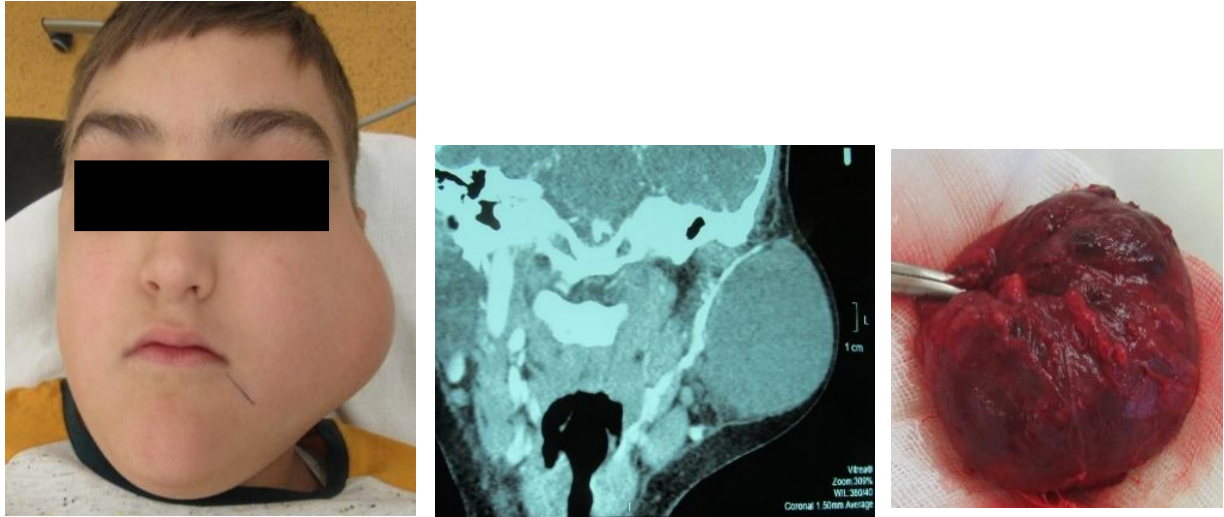


Рис. 1. Врожденная киста околоушной железы (пациент 8 лет)

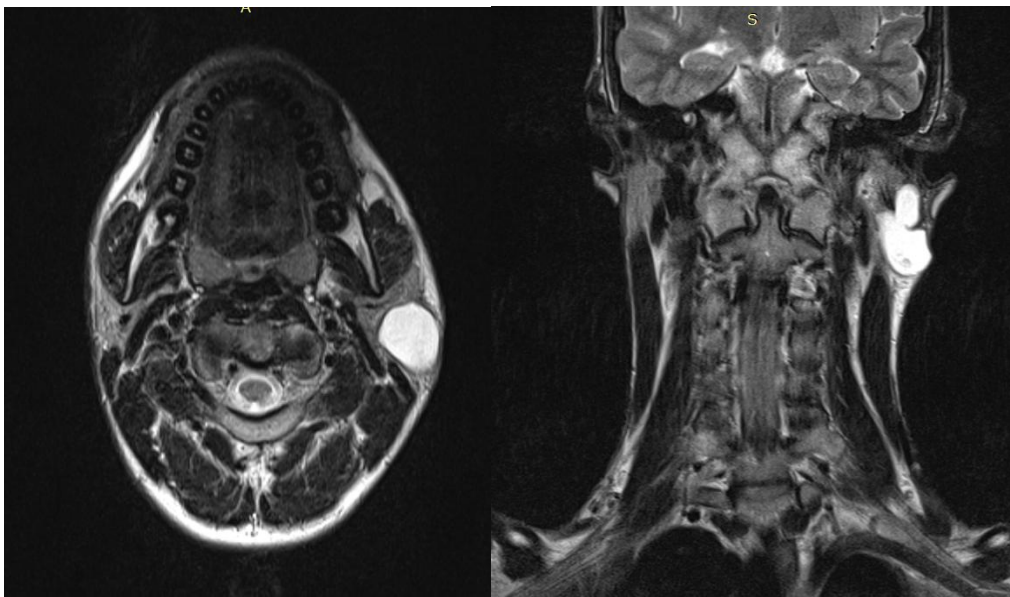


Рис.2. Врожденная киста околоушной железы (пациентка 16 лет)

Бранхиальный свищ с выводным отверстием на коже, расположенным впереди основания завитка ушной раковины, называют предушным. Часто он бывает двусторонним. Отмечается роль наследственного фактора в его образовании.

Свищ позадичелюстной области образуется в результате самостоятельного или оперативного вскрытия нагноившейся бранхиальной

кисты, наружное отверстие его располагается между углом нижней челюсти и передним краем жевательной мышцы. При полных переднем и позадичелюстном свищах второе отверстие открывается на коже хрящевого отдела наружного слухового прохода, при неполном свище стенки последнего вплетаются в него. Отмечается салоподобное отделяемое из свища, окружающая кожа нередко мацерируется. Микроскопически внутренняя выстилка свища и кисты околоушной области представлена многослойным плоским ороговевающим эпителием.

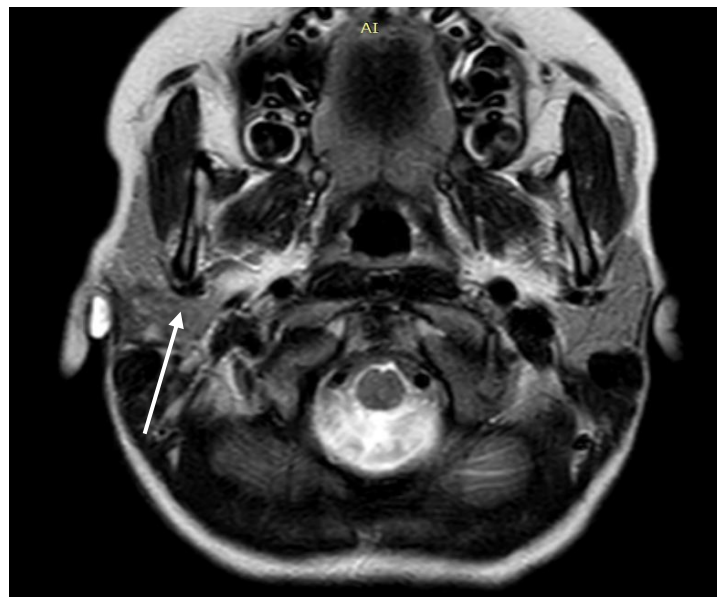


Рис. 3. Свищ позадичелюстной области (пациент 14 лет)



Рис.4. Свищ позадичелюстной области слева (пациентка 16 лет)

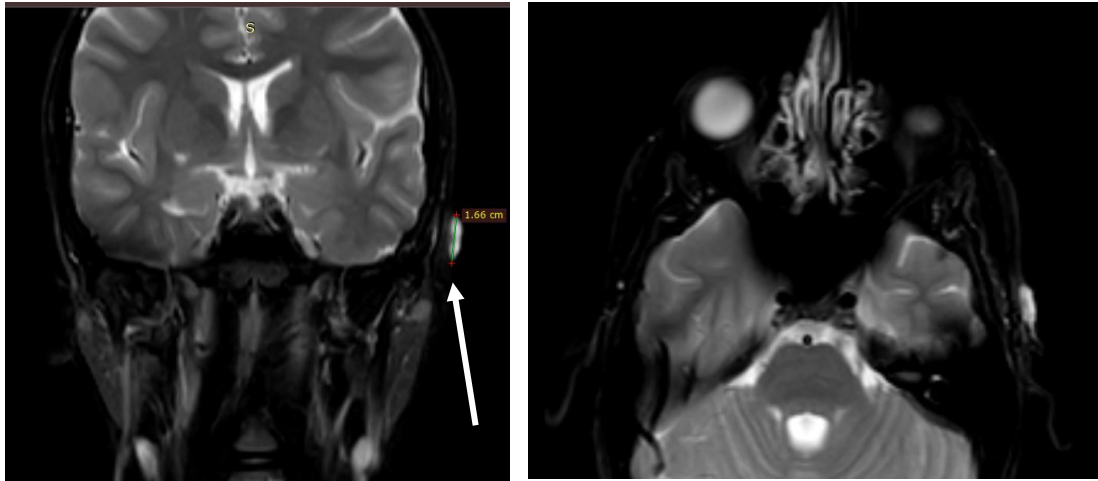


Рис.5. Предушный свищ слева (пациент 14 лет)

Дифференциальную диагностику проводят с:
 - макрокистозной формой лимфангиомы;

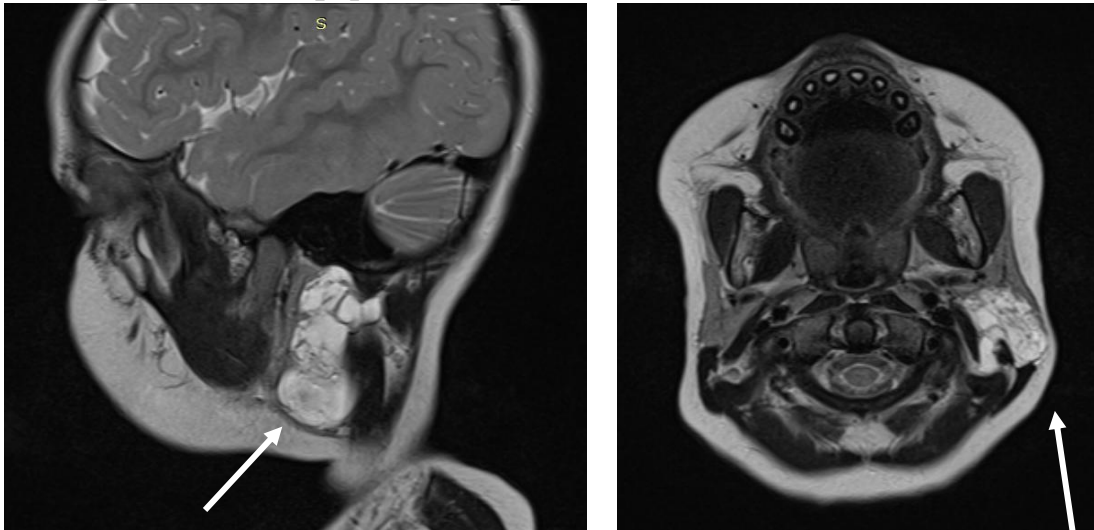


Рис.6. Макрокистозная форма лимф- гемангиомы околоушной железы слева
 (ребенок 2 года)

- гемангиомой околоушно-жевательной области;

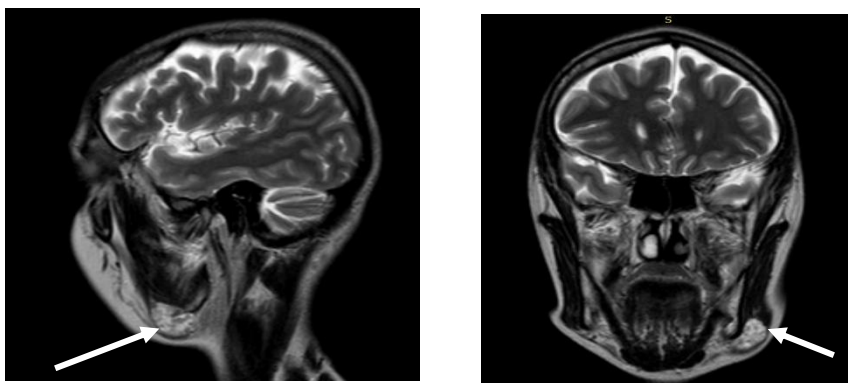


Рис.7. Гемангиома околоушно-жевательной области слева

- макрокистозной формой аденолимфомы;

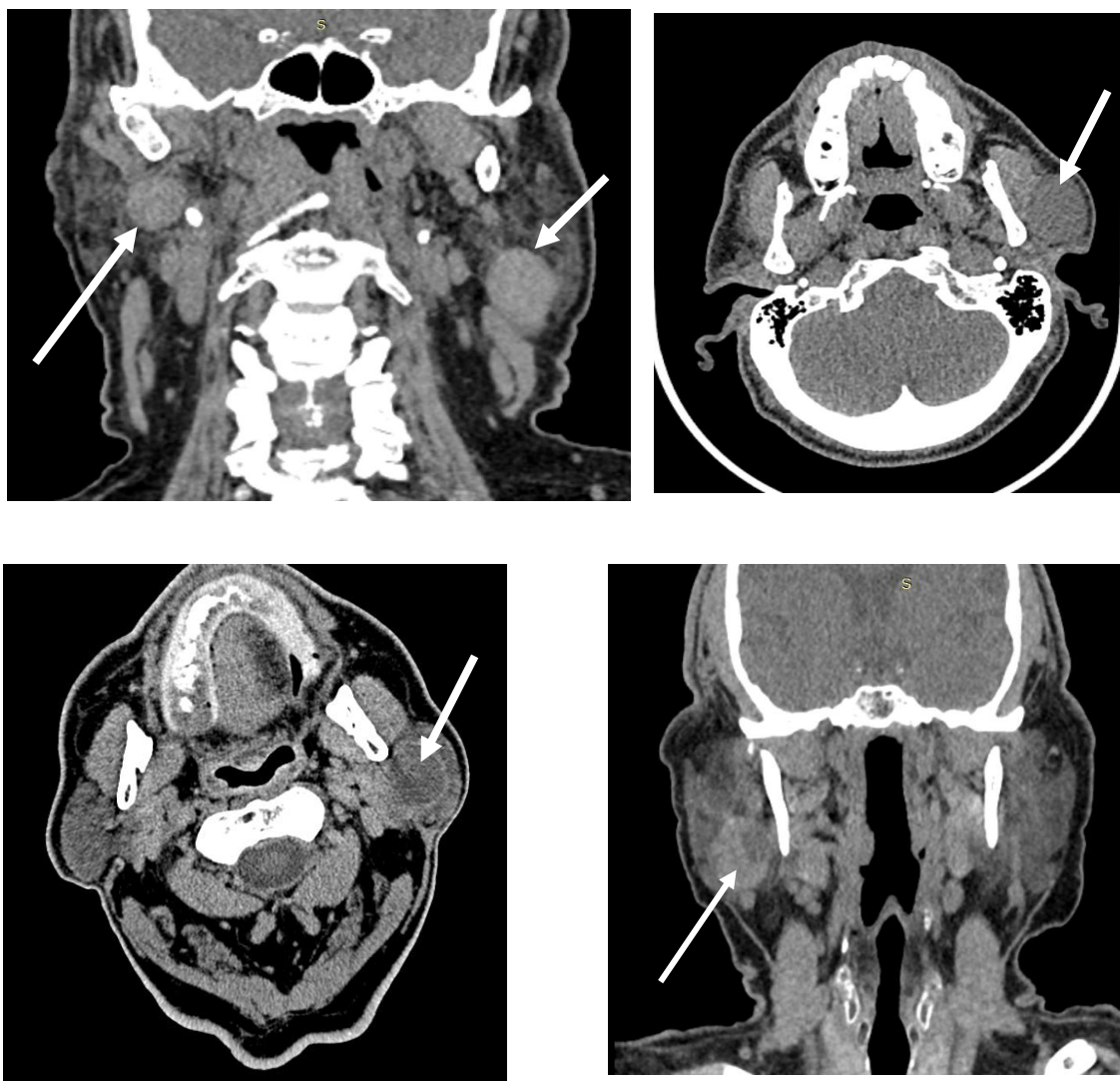


Рис.8. Макрокистозные формы аденолимфом околоушных желез

- кистовидными расширениями протоков при «паренхиматозном паротите» при синдроме Шегрена.

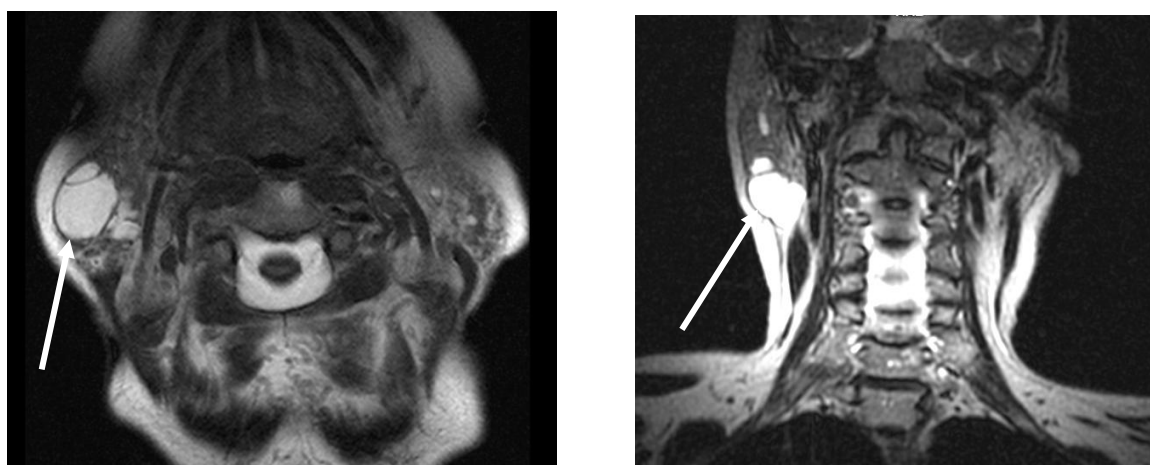
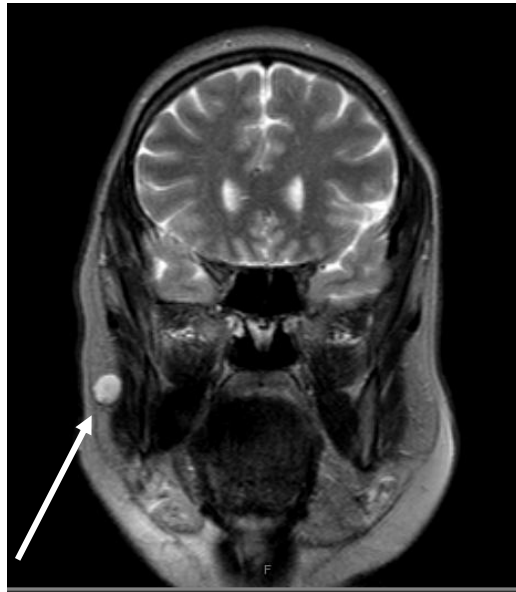


Рис.9. Кистовидные расширения протоков при синдроме Шегрена



- простой протоковой кистой;

Рис. 10. Простая протоковая киста

- врожденным расширением основного выводного протока околоушной железы.

Лечение: проводят удаление образования по оболочке (энуклеацию). В зависимости от глубины залегания доступ к образованию проводят путем частичной или субтотальной резекции околоушной железы с сохранением целостности ветвей лицевого нерва.

Наиболее часто при операциях на околоушной железе используют доступ по Blair (впервые описан V. P. Blair в 1912 г) в модификации H. Bailey (1941 г.), а также по Ковтуновичу (аналог Blair в русскоязычной литературе) описанным в 1953 г. Классические разрезы обеспечивают свободу манипуляций на околоушной железе, хороший визуальный контроль лицевого нерва, а также легко могут быть продлены при необходимости расширения границ оперативного вмешательства.

С целью достижения лучшего эстетического результата в последние 50 лет активно разрабатывались и внедрялись в практику различные варианты

хирургических разрезов, при которых рубец после операции на околоушной железе менее заметен. Так, в 1967 г впервые сообщается о применении оперативного доступа при Facelift (rhytidectomy, Омега-доступ) на околоушной железе, который предусматривает разрез, который начинается от височной области, выше линии роста волос, продолжается в предушной области напротив козелка, идет вокруг мочки уха и переходит в заушную область, где ложится в естественную заушную складку. В сосцевидной области проводят горизонтальный разрез, который поворачивают вниз по линии роста волос. Иногда для улучшения эстетического эффекта разрез в предушной области проводят по заднему краю козелка.

Однако и этот метод не лишен недостатков. Осложнения доступа при Facelift: формирование в некоторых случаях грубого, келоидного рубца в сосцевидной области, развитие дисторсии линии роста волос и локальной алопеции (2,8%), некротизация кожного лоскута в сосцевидной области, увеличение продолжительности операции, затрудненный доступ к верхнему отделу шеи.

Эти проблемы можно решить, используя по показаниям так называемые мини-доступы. Marti-Pages С. (2007) и соавторы описывают доступ, который начинается выше козелка в передней вырезке, далее проходит по его краю, к мочке уха и, охватывая ее, ложится в заушную складку. В заушной области разрез продлевается до середины ушной раковины. Авторы считают, что такой доступ применим при удалении образований небольшого или среднего размера поверхностной доли слюнной железы. При необходимости разрез можно легко расширить, как с применением доступа при Facelift или в подчелюстную и шейную область. Похожий доступ описывают Ahmedli N. (2018), Furuta Y. (2015), Petroianu A (2010) под названием U-shaped (microparotidectomy, periauricular) доступ. По мнению авторов, такой доступ позволяет проводить диссекцию в радиусе 4-6 см от линии разреза, диаметр образования не должен превышать 3 см.

Авторами (Т.Б. Людчик, О.М. Базык-Новикова) разработан метод модифицированного Омега - доступа, который заключается в следующем: под эндотрахеальным наркозом в положении пациента на спине с запрокинутой и повернутой в здоровую сторону головой проводится разметка кожи. Наносится линия U-образной формы окаймляя ушную раковину, а также вертикальная линия от основания мочки уха вниз длиной 1,5-4,0 см в зависимости от размера образования (рис. 11).

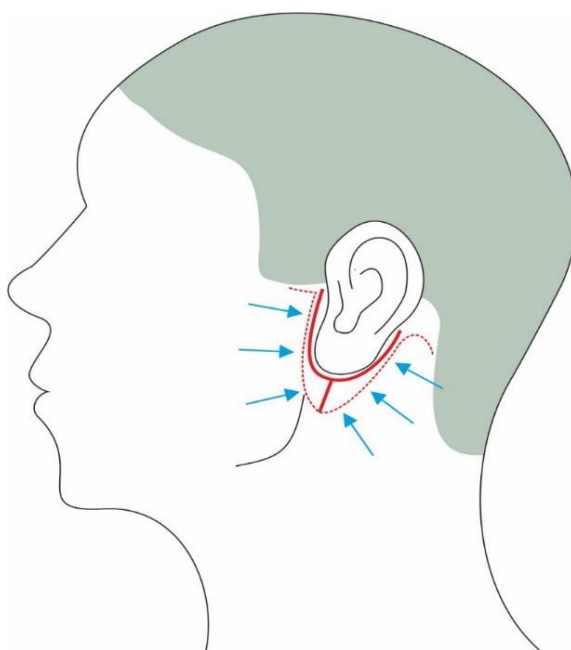


Рис.11. Модифицированный Омега-доступ

Выполняется передний и $\frac{1}{2}$ заднего разреза, а также вертикальный разрез от мочки уха вниз. После ушивания капсулы железы и фиксации SMAS-лоскута иссекается избыток кожи треугольной формы в предушной и заушной областях. Кожный лоскут перемещается вверх к мочке уха и в сосцевидную область. При необходимости также иссекается избыток кожи в сосцевидной области. На кожу накладываются отдельные узловатые или непрерывные внутридермальные швы (рис12,13).

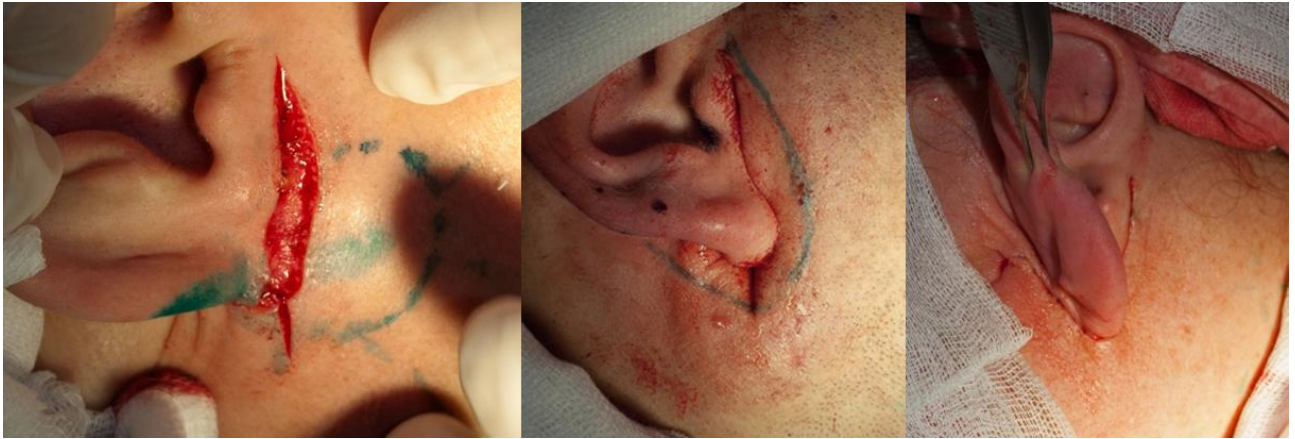


Рис. 12. Основные этапы кожного разреза



Рис. 13. Вид послеоперационной раны на 8-е сутки после операции

Применение модифицированного Омега-доступа позволяет:

- получать лучший эстетический результат операции по сравнению с классическими доступами по Ковтуновичу, Редону, Blair, а также Face-lift устраняя такой отрицательный момент, как заметный рубец шеи и сосцевидной области;
- осуществлять адекватный доступ к любому отделу железы, путем продления длины вертикального разреза;

- при использовании такого доступа нет необходимости мобилизации обширных участков кожи, а значит, питание кожного лоскута не нарушается вне зависимости от длительности операции;

- заушный рубец не продлевается на сосцевидную область и волосистую часть головы, что позволяет избежать таких нежелательных эффектов, как келоидный рубец в сосцевидной области и локальную аллопецию.

Для удаления небольших образований (до 2 см) в задне-нижнем отделе также можно использовать доступ в подчелюстной области. Для этого разрез кожи длиной 5–10 см проводят в задних отделах подчелюстной области, отступая от нижнего края челюсти 1,5–2 см, окаймляя угол нижней челюсти на 1–2 см кверху проекции зачелюстной ямки.

При хирургическом лечении свищей проводят их иссечение, предварительно введя в свищ зонд и прокрасив его (метиленовый синий 1%). Как правило, эту операцию проводят под наркозом. При неглубоких свищевых ходах или при их рецидивировании положительно зарекомендовало использование диодного хирургического лазера на мощности 4-5 Вт по технологии: введение на всю глубину свищевого хода и, подавая излучение, извлечение световода на поверхность.

Боковая киста и свищ шеи(Q18.8)

Киста наблюдается чаще, чем свищ (9:1). Она имеет типичную локализацию, располагается в верхней трети шеи, впереди кивательной мышцы, на сосудисто-нервном пучке, непосредственно примыкает к внутренней яремной вене. Особенно хорошо контурируется при повороте головы больного в противоположную сторону.

Клиническая картина:

- располагается впереди средней трети грудино-ключично-сосцевидной мышцы;

- пальпируется в виде подвижного безболезненного мягкоэластической консистенции овоидного образования;
- может иметь различную величину, достигая 10 см в диаметре;
- цвет кожи над кистой не изменен, и кожа свободно собирается в складку;
- киста довольно часто нагнаивается, увеличиваясь и уплотняясь при этом;
- после вскрытия образуется свищ, идущий к верхнему полюсу нёбной миндалины. В редких случаях наблюдается озлокачествление;
- боковая киста шеи может расти очень медленно, но иногда может достигать больших размеров и вызывать сдавливание гортани, трахеи, а также вызывать затруднение дыхания и расстройства речи.

Содержимое кисты представляет собой мутную жидкость грязно-белого цвета, при цитологическом исследовании которой определяется оксифильная мелкозернистая масса с элементами многослойного плоского эпителия и значительным количеством лимфоцитов. В содержимом кист шеи при цитологическом исследовании обнаруживают зрелые клетки эпителия со слабыми признаками ороговения и значительное количество лимфоцитов. Кристаллы холестерина находят не постоянно;

При инфицировании киста становится болезненной и быстро увеличивается. Нередко воспалительный процесс распространяется на окружающие ткани. В таких случаях кисту трудно дифференцировать от лимфаденита, аденофлегмоны. Важно при первых признаках нагноения осуществить пункцию с промыванием полости кисты антисептиком, но не опорожняя ее полностью. После проведения комплексной противовоспалительной терапии рекомендуется ее удаление.



Рис.14. Врожденная боковая киста шеи

Боковой свищ шеи бывает односторонним и редко двусторонним. Обнаруживается в одних случаях при рождении ребенка, в других случаях является исходом вскрытия нагноившейся боковой кисты шеи. Наружное устье свища располагается на коже боковой поверхности шеи соответственно переднему краю кивательной мышцы. Внутреннее устье полного бокового свища имеет постоянную локализацию в верхнем полюсе небной миндалины. В глубине свищ проходит между наружной и внутренней сонными артериями. Клинически наружное устье свища может быть точечным или расширенным с выбухающими грануляциями, иногда покрытыми мокнущими

корками. Определяются гиперпигментация и мацерация кожи вокруг свища вследствие постоянного выделения из него желтоватой тягучей жидкости. При наличии полного бокового свища больные часто указывают в анамнезе на рецидивирующую одностороннюю ангину, при осмотре определяется увеличение миндалины соответствующей стороны.

Боковой свищ шеи нужно дифференцировать от срединного свища, наружное устье которого иногда бывает смещенным в сторону от средней линии, и специфического воспалительного процесса. Микроскопическая картина выстилки свища соответствует строению стенки боковой кисты шеи.

В диагностике боковых кист и свищей шеи обязательно должна использоваться тонкоигольная пункционная биопсия, УЗИ и РКТ, а при наличии наружного свищевого отверстия – РКТ с фистулографией. МРТ в режиме T2 даст полную картину анатомии образования.



Рис.15. УЗ- картина боковой кисты шеи

Рис.16. Боковая киста шеи (РКТ)

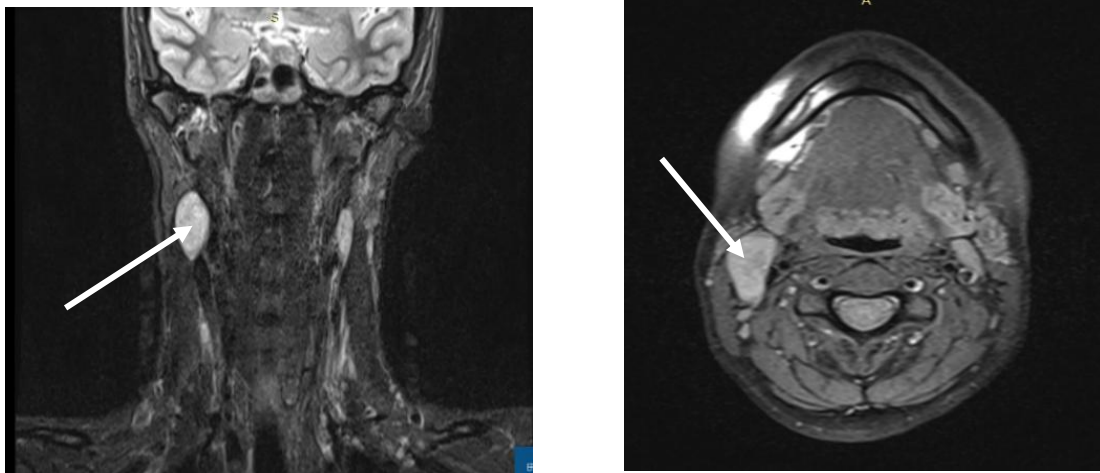


Рис.17. Боковая киста шеи (МРТ)

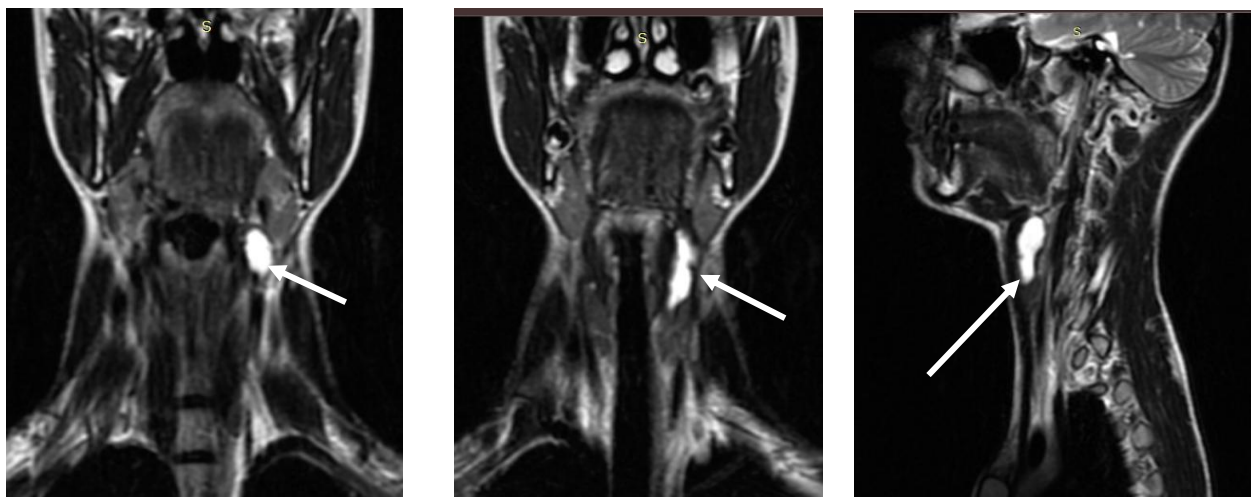


Рис.18. Врожденный боковой свищ шеи (пациент 16 лет)

Дифференциальная диагностика проводится с:

- дермоидной и эпидермоидной кистами;
- хроническим специфическим или неспецифическим гиперпластическим лимфаденитом;
- бранхиогенным раком;
- метастатическими опухолями шеи;

-опухолевыми заболеваниями кроветворной системы – лимфогранулематозом, неходжинской лимфомой, лимфо- и ретикулосаркомой;

- сосудистыми мальформациями (лимф- и гемангиомами);

- аневризмой общей или внутренней сонной артерией;

- хемодектомой;

- при высоком расположении и короткой шее – с кистозной опухолью или кистой околоушной железы;

- обострением хронического поднижнечелюстного сиалоаденита, или при наличии кисты дистального отдела этой железы;

- в период нагноения – с гнойным лимфаденитом, нагноением дермоидной или эпидермоидной кисты;

- при наличии наружного свищевого хода – с наличием инородного тела мягких тканей.

Лечение: проводится удаление кисты под интубационным наркозом. Существуют несколько хирургических доступов: вертикальный по проекции передней границы жевательной мышцы и горизонтальный – по верхней шейной складке. Последний доступ является более эстетичным. При выделении кисты на половину ее сферы рекомендуется путем пункции убрать часть содержимого, что даст возможность хорошего операционного обзора и профилактики ранения внутренней яремной вены. Интраоперационно, при наличии спаянных с оболочкой кисты лимфатических узлов, последние рекомендуется удалить.

Срединные кисты и свищи шеи

(тиреоглоссальные кисты и свищи) (Q18.8)

Срединные кисты являются результатом внутриутробного нарушения обратного развития щито-язычного протока. Срединный зачаток щитовидной железы, располагающийся в подъязычной области, спускается затем на шею,

проходя через подъязычную кость. По пути опускания зачатка остается эмбриональный ход, который в норме облитерируется (закрывается).

При полном отсутствии закрытия возникают срединные свищи, при образовании замкнутой полости - срединные кисты шеи.

Тиреоглоссальные кисты и свищи встречаются в 39% случаев от всех врожденных кист и свищей челюстно-лицевой области и шеи.

Тиреоглоссальная киста располагается по средней линии шеи в под- или надподъязычной области и в корне языка. При локализации на шее определяется плотное образование, округлой формы, с четкими границами, эластической консистенции, с кожей не спаянное. При пальпации отмечаются безболезненность, ограниченная подвижность, спаянность с телом подъязычной кости, которая четко обнаруживается при глотании.

Клиническая картина срединной кисты:

- располагается по срединной линии шеи;
- диаметр кисты не превышает 2-3 см, но постепенно, с возрастом, содержимое увеличивается и размеры кисты возрастают;
- имеет мягкоэластическую консистенцию;
- пальпация ее безболезненна;
- при глотании отчетливо определяется смещение образования вместе с подъязычной костью кверху;
- подвижность в вертикальном и горизонтальном направлениях ограничена;
- часто удается пальпировать отходящий от верхнего полюса кисты плотный тяж;
- кожные покровы над кистой в цвете не изменены, свободно собираются в складку;
- киста может нагнаиваться (60%). При нагноении возникают местные симптомы - покраснение кожи, припухлость, повышение температуры, боль при глотании. При этом после самопроизвольного вскрытия может сформироваться свищ, идущий от наружного отверстия к подъязычной кости;

- может сообщаться с полостью рта через сохранившийся щитовидный проток, который открывается на корне языка в области слепого отверстия

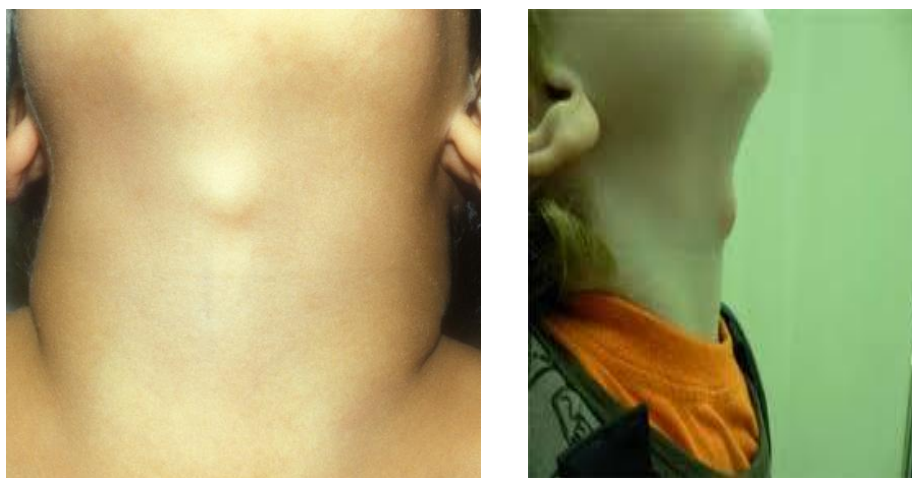


Рис. 19. Срединная киста шеи

Содержимое тиреоглоссальной кисты представляет собой мутную желтоватую тягучую жидкость. Цитологическим исследованием установлено наличие клеток многослойного плоского эпителия и лимфоидных элементов. Эпителий оболочки кисты, как и выстилка срединного свища, имеет эндодермальное происхождение.

При кисте корня языка последний приподнят, отмечаются нарушение речи и затруднение глотания. Инфицирование содержимого кисты приводит к болезненности, отеку, инфильтрации окружающих тканей. В этих случаях клиническая картина напоминает таковую при лимфадените или абсцессе. При частых рецидивах абсцесса языка следует подозревать наличие кисты в его корне.

Тиреоглоссальный свищ возникает, как правило, после самопроизвольного или хирургического вскрытия срединной кисты шеи. Наружное устье свища располагается на коже по средней линии шеи, преимущественно между подъязычной костью и щитовидным хрящом. Кожа часто в рубцах, иногда вокруг свища разрастаются грануляции. Отделяемое скудное слизеподобное. При полном свище внутреннее устье располагается в

области слепого отверстия языка. Пальпаторно свищевой ход, как и срединная киста шеи, всегда связан с телом подъязычной кости.



Рис. 20. Срединный свищ шеи

В диагностике срединных кист и свищей шеи обязательно должна использоваться тонкоигольная пункционная биопсия, УЗИ и РКТ, а при наличии наружного свищевого отверстия – РКТ с фистулографией. МРТ в режиме T2 даст полную картину анатомии образования.

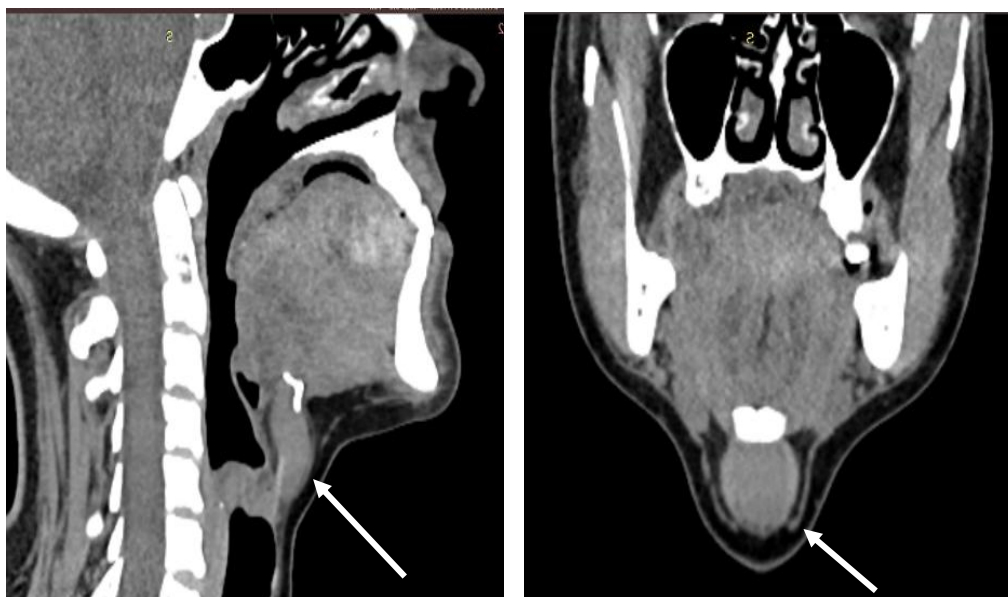


Рис. 21. РКТ срединной кисты шеи

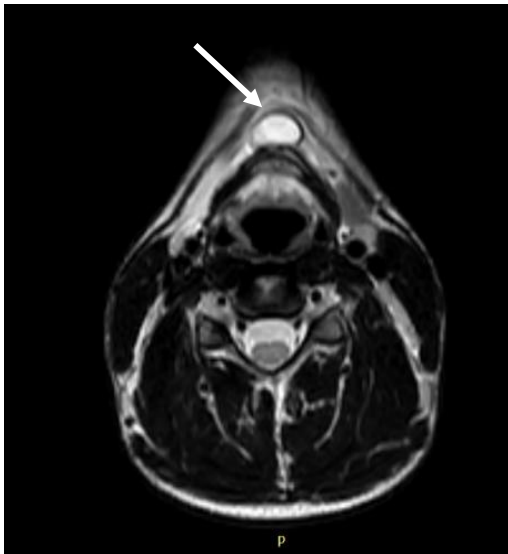


Рис. 22. МРТ срединной кисты шеи

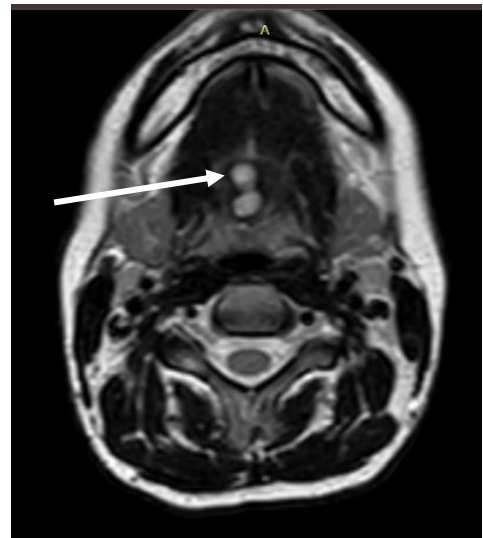
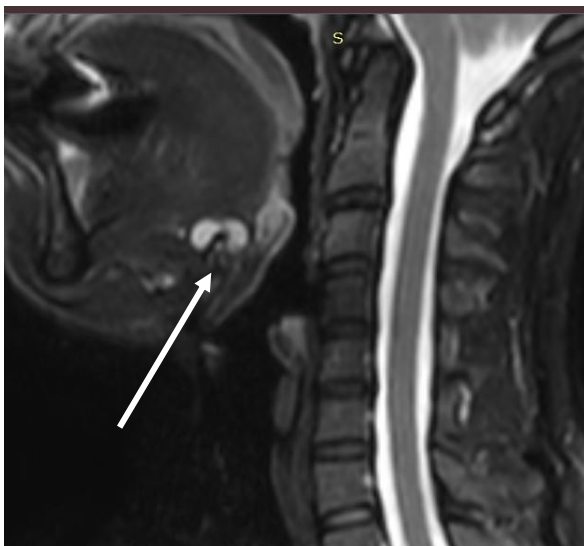


Рис. 23. МРТ срединной кисты шеи (в области коня языка)

Дифференциальная диагностика проводится с:

- дермоидной кистой дна полости рта;
- хроническим специфическим или неспецифическим гиперпластическим лимфаденитом;
- сосудистыми мальформациями (лимф- и гемангиомами);

- со струмой языка или аденомой дистопированной щитовидной железы;

- в период нагноения – с гнойным лимфаденитом, нагноением дермоидной или эпидермоидной кистами;

- при формировании свища с гнойным отделяемым – с инородным телом мягких тканей передней поверхности шеи.

Лечение данной патологии – исключительно хирургическое. Известно, что с целью профилактики послеоперационных рецидивов необходимо при удалении срединных кист и свищей шеи проводить резекцию тела подъязычной кости с нарушением ее непрерывности. Операцию выполняют под интубационным наркозом. Разрез проводят по верхней шейной складке симметрично от белой линии шеи вправо и влево. После рассечения поверхностной фасции разрез переводят в вертикальное направление, выделяя кисту или свищ (желательно в него ввести зонд или прокрасить) до тела подъязычной кости, после чего выполняют резекцию кости и выделяют тканевой тяж, который может продолжаться до «слепого» отверстия языка.

Подъязычная кость является связующим звеном между мышцами дна полости рта и шеи, неотъемлемой частью всего скелетно-мышечного каркаса, нарушение которого приводит к негативным последствиям. Так, после данной операции и удаления части мышечного каркаса шеи может возникать нарушение процессов глотания и звукообразования. Несмотря на радикальность такого метода операции, отмечаются рецидивы заболевания.

Разработана сотрудником БГМУ (Т.В. Каханович) методика удаления срединных кист и свищей шеи с резекцией тела подъязычной кости без нарушения ее анатомической непрерывности, в ходе которой под оптическим увеличением операционного микроскопа с использованием 5 –10-кратного оптического увеличения проводилось изучение топографо-анатомического взаимоотношения удаляемой кисты (свища) с подъязычной костью. Разработанная малотравматичная микрохирургическая методика удаления срединных кист и свищей шеи с резекцией тела подъязычной кости без

нарушения ее анатомической непрерывности, наряду с радикальностью лечения сохраняет правильное пространственное положение подъязычной кости и прикрепленных к ней мышечных структур, уменьшает послеоперационные боли.

Дермоидные и эпидермоидные кисты (K09.81)

Дермоидная киста образуется в результате порока развития и формирования лица в местах сращения у эмбриона лобного, верхнечелюстных и нижнечелюстных бугров, где образуются идущие вглубь тканей складки эпидермиса. Относится к тератомам, имеет медленный рост.

Клиническая картина дермоидной кисты:

- определяется в подподбородочной области, на дне полости рта, у корня и крыльев носа, внутреннего и наружного краев глазницы;
- округлое образование, плотно-эластической консистенции, при пальпации безболезненно, не связано с кожей и слизистой оболочкой, при крупных размерах определяется симптом «зыбления»;
- при локализации в области дна ротовой полости может давать функциональные расстройства в виде затруднения движения языка и глотания. Располагаясь на дне полости рта, оно определяется строго по средней линии над челюстно-подъязычной мышцей и просвечивает желтоватым цветом.

Дермоидная киста представляет собой полостное образование с толстой оболочкой, заполненное кашицеобразной массой грязно-белого цвета с неприятным запахом. Содержимое кисты состоит из слущившегося эпидермиса, продуктов выделения сальных, потовых желез и волосяных фолликулов, иногда с наличием волос.

Диагностика включает тонкоигольную пункционную биопсию, УЗИ, РКТ или МРТ.

Лечение: дермоидная киста подлежит хирургическому удалению во избежание развития гнойно-воспалительного процесса и нарушению

функций. Выбор метода анестезиологического пособия зависит от возраста пациента и локализации образования. Если киста подверглась развитию гнойного процесса, то проводят первичную хирургическую обработку гнойного очага с некрэктомией. После стихания воспаления для получения



лучших эстетических результатов проводят удаление кисты через 6 месяцев. В отсутствии воспаления сама операция выполняется с учетом эстетики разреза, возможно применение миниинвазивных технологий – лазерокоагуляции диодным лазером на мощности 4-5 Вт. Рецидив возможен при неполном удалении оболочки кисты.



Рис. 24. Дермоидные кисты ушной раковины и височной области



Рис. 25. Дермоидная киста дна ротовой полости

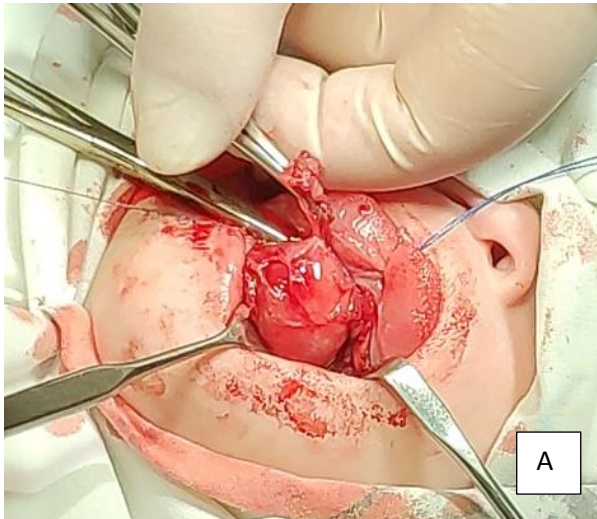


Рис.26. А. Выделение врожденной кисты дна ротовой полости.

Б. Макропрепарат

Эпидермоидные кисты встречаются в любом возрасте, локализуются преимущественно на голове, туловище и верхних конечностях. Эта киста

является пороком развития, возникающим вследствие отшнуровки эпидермиса в эмбриогенезе.

Клиническая картина:

- опухолевидное образование округлой формы, мягкой консистенции;
- связано с кожей, смещается вместе с окружающими тканями.

Содержимое кисты вне стадии нагноения представлено желтоватой или бурой прозрачной жидкостью (содержит кристаллы холестерина).

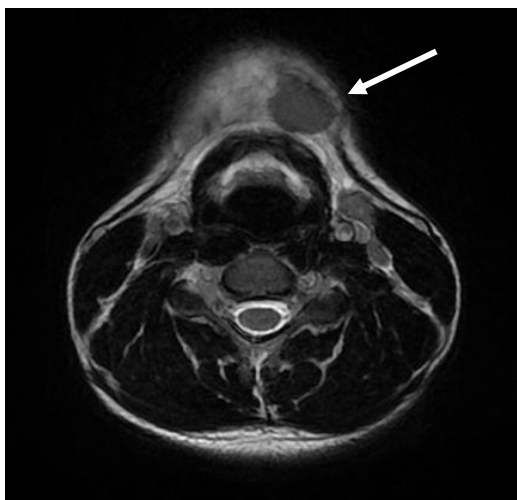


Рис. 27. Эпидермоидная киста поднижнечелюстной области слева

Диагностика включает тонкоигольную пункционную биопсию, УЗИ, РКТ или МРТ.

Дифференциальная диагностика дермоидных и эпидермоидных кист проводится с:

- боковыми и срединными кистами шеи. Проводятся контрастная цистография и пункция кисты. При введении в кистозную полость рентгено - контрастных веществ дермоидные кисты, в отличие от срединных, заполняются равномерно и не имеют боковых ответвлений, а также свищевого хода;

- абсцедирующими лимфоузлами. Макроскопически трудно отличить пунктат при нагноении. Уточнить диагноз возможно при операционной эксцизионной биопсии в «холодный» период;

- атеромой (эпидермальной кистой) – отсутствие спаянности с кожей и кратерообразного углубления сальной железы;

- при расположении в зоне околоушной железы необходимо дифференцировать с простой протоковой кистой, макрокистозной аденолимфомой или врожденной кистой;

- при локализации в области корня носа и верхне-наружного края орбиты образование как правило связано с надкостницей и становится неподвижным, что требует дифференцировать его от мозговой грыжи;

- эпидермоидную кисту необходимо дифференцировать с макрокистозной формой лимфангиомы;

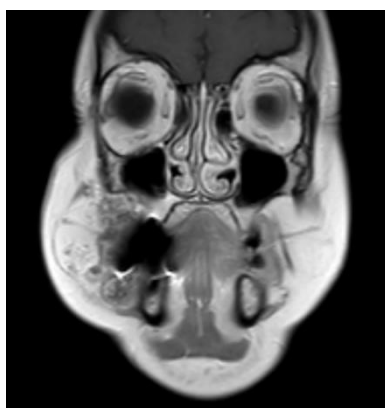


Рис. 28. Макрокистозная форма лимфангиомы правой щечной области

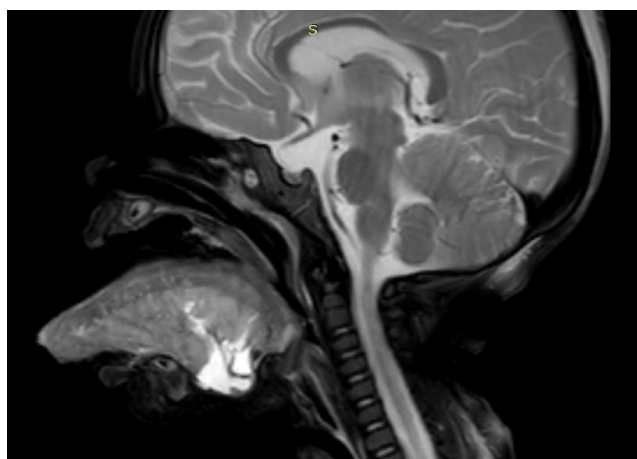
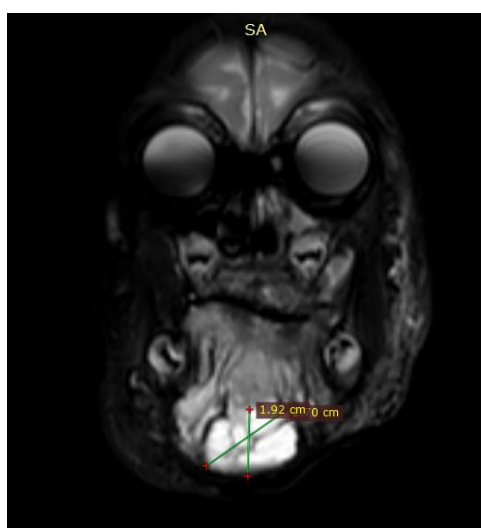


Рис.29. Макрокистозная форма лимфангиомы дна ротовой полости и корня языка

- опухолевыми заболеваниями кроветворной системы – лимфогранулематозом, неходжинской лимфомой, лимфо- и ретикулоасркомой;

- специфическими процессами – туберкулезным поражением лимфатических узлов, бартонеллезом («болезнью кошачьих царапин»).

Лечение: эпидермоидная киста подлежит оперативному лечению. Выбор метода анестезиологического пособия зависит от возраста пациента и локализации образования. Если киста подверглась развитию гнойного процесса, то проводят первичную хирургическую обработку гнойного очага. После стихания воспаления для получения лучших эстетических результатов проводят удаление кисты через 6 месяцев. В отсутствии воспаления сама операция выполняется с учетом эстетики разреза, возможно применение миниинвазивных технологий – лазерокоагуляции диодным лазером на мощности 4-5 Вт. Рецидив, как правило, не наступает.

Ретенционная киста сальной железы (эпидермальная киста, атерома, стеатоцитома, триходермальная киста) (L72.1)

Развивается вследствие закупорки наружного отверстия выводного протока сальной железы.

Клиническая картина:

- округлое образование, связанное с кожей, имеется кратерообразное углубление – втянутое устье выводного протока сальной железы;
- кожа над образованием в складку не собирается;
- образование смещается вместе с кожей;
- часто нагнаивается.

Внутренняя поверхность атеромы выстлана плоским эпителием, в полости содержится детрит, ороговевшие клетки эпидермиса.



Рис.30. Атерома щечной области слева, макропрепарат на разрезе.

При нагноении атеромы появляются боль, покраснение, отек, флюктуация. Возможно самопроизвольное вскрытие. После воспаления возможно рубцевание или наполнение секретом.

Лечение: Хирургическое лечение проводят под местной анестезией. Особенностью операционного разреза является удаление участка кожи, содержащего кратерообразное устье сальной железы. Желательно при этом не травмировать оболочку самой атеромы. Направления разреза должно совпадать с естественными складками кожи.

Киста подъязычной слюнной железы (ранула) (K11.6)

В детском возрасте ранулы встречаются часто, имеют ретенционную природу, в редких случаях (при кистозном расширении Вартонова протока) являются пороком развития.

Клиническая картина ранулы:

- при расположении в верхнем этаже дна полости рта располагается спереди или сбоку от подъязычного валика;
- при наполнении кисты слизистая оболочка растягивается и приобретает голубоватый оттенок;
- по мере роста кисты определяются затруднения в движении языка, сосании и глотании (у маленьких детей);
- при расположении в нижнем этаже дна полости рта определяется выпячивание мягких тканей в подподбородочной и поднижнечелюстной областях;
- пальпация образования безболезненна, возможно определение симптома «зыбления»;
- при пункции или при самопроизвольном вскрытии определяется тягучая слюна.

Для полной диагностики применяется тонкоигольная пункционная биопсия, УЗИ, МРТ.



Рис. 31. Киста подъязычной слюнной железы справа

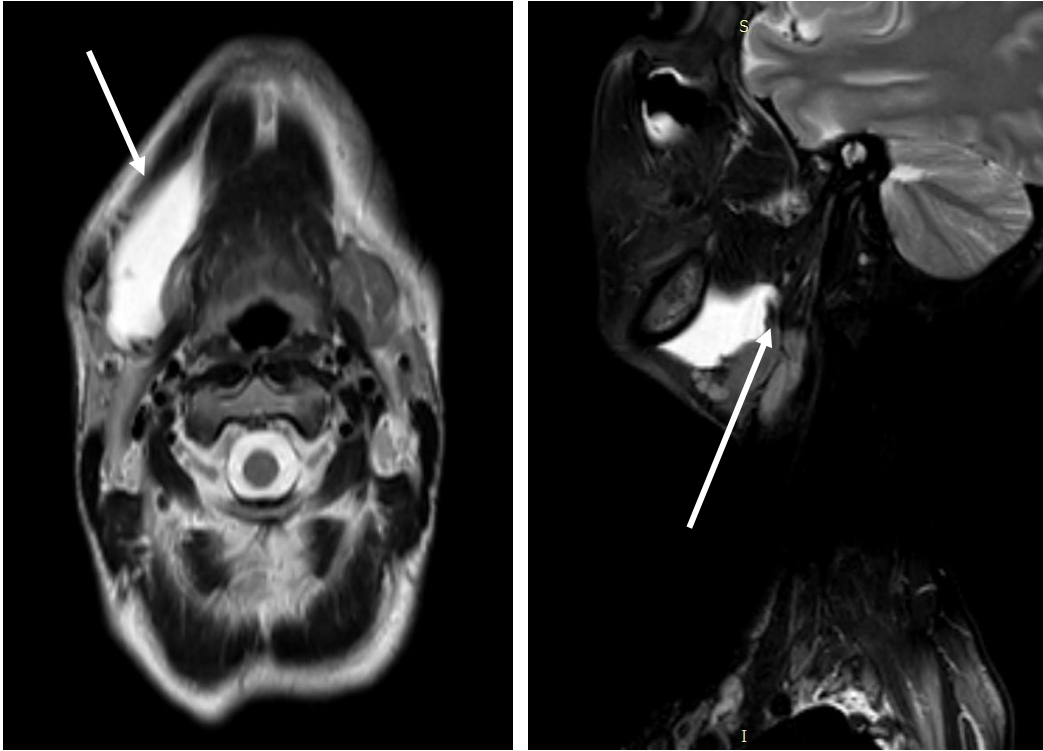


Рис. 32. Киста подъязычной слюнной железы
(выше диафрагмы полости рта)

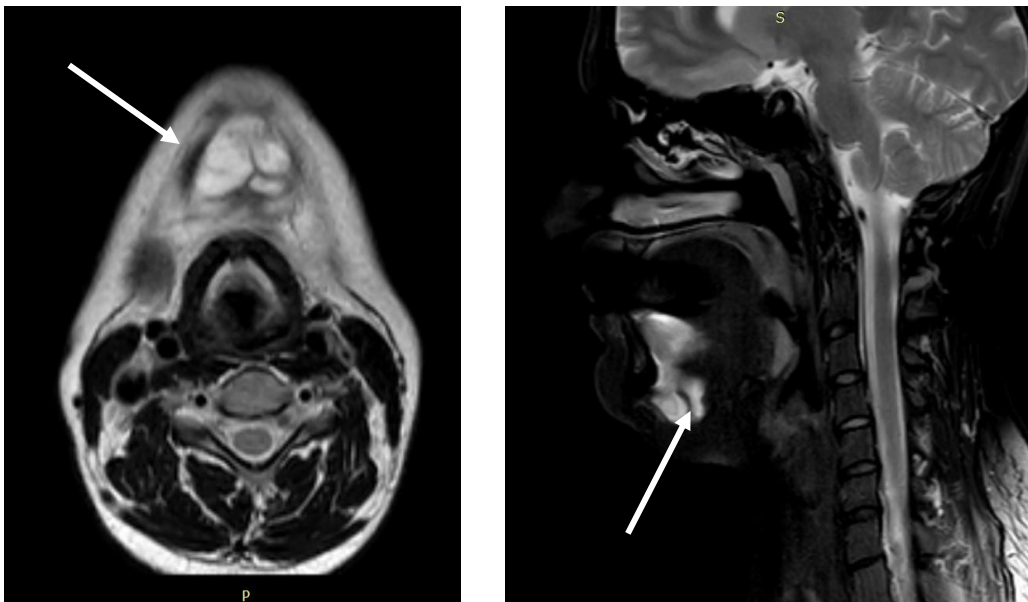


Рис.33. Киста подъязычной слюнной железы
(выше и ниже диафрагмы полости рта)

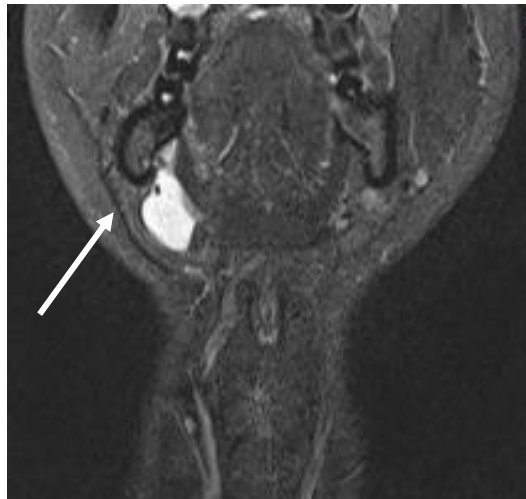


Рис. 34. Киста подъязычной слюнной железы
(ниже диафрагмы полости рта)

Дифференциальная диагностика:

При локализации выше диафрагмы ротовой полости с:

- ретенционной кистой малой слюнной железы;
- липомой дна полости рта;
- дермоидной кистой дна ротовой полости.

При локализации ниже диафрагмы ротовой полости с:

- дермоидной и эпидермоидной кистами;
- кистой поднижнечелюстной слюнной железы;
- хроническим гиперпластическим лимфаденитом подподбородочной и поднижнечелюстной области;
- бронхиогенными кистами.

Лечение: хирургическое лечение проводится под местной или общей анестезией и зависит от локализации и размеров образования, а также от возраста пациента.

При расположении кисты выше диафрагмы ротовой полости желательно выполнять цистотомию, которая заключается в удалении «крыши» кисты и сшивания ее оболочки со слизистой оболочкой дна ротовой полости. Попытки цистэктомии нередко обречены на рецидив кисты.

Возможно применение миниинвазивного лечения при помощи хирургического лазера (диодного, неодимового). В таких случаях под местной анестезией проводят фотоперфорацию «крыши» кистозной полости, эвакуируют секрет и проводят лазерную абляцию оболочки контактным методом. При выставлении максимальных параметров работы лазера возможно проводить внутривполостное облучение расфокусированным лучом.

Применение лазерного излучения снижает послеоперационные боли, не требует наложения швов, не приводит к повреждению основного выводного протока железы, стимулирует регенерацию тканей и сама операция выполняется при наличии навыков технически несложно.

При расположении кисты ниже диафрагмы дна ротовой полости проводится цистэктомия под интубационным наркозом с применением наружного доступа. Для предупреждения рецидивирования желательно после удаления кисты провести обработку раневой поверхности расфокусированным лучом лазера на максимальной мощности аппарата для дополнительной абляции прилежащих к кисте долек железы. А также в обязательном порядке провести ревизию мышечной диафрагмы ротовой полости на предмет наличия в ней грыжевых щелей с последующим их зашиванием.

При расположении кисты над - и под диафрагмой ротовой полости часто прибегают к разделению операции на две части: сначала выполняют удаление из нижнего отдела, а через 2 месяца – из подъязычной области. При применении хирургического лазера операция может быть выполнена одномоментно соединяя вышеописанные приемы. Причем вначале выполняется цистэктомия из нижнего этажа дна ротовой полости.

Киста малой слюнной железы (K11.6)

Являясь ретенционной кистой травматической этиологии, кисты малых слюнных желез чаще всего располагаются на слизистой оболочке губ (обычно нижней) или по линии смыкания зубов в щечной области.

Клиническая картина:

- округлое образование, возвышающееся над слизистой оболочкой;
- при пальпации эластичное, слизистая истончена имеет голубоватый оттенок, просвечивает полупрозрачное содержимое;
- при травматизации происходит вскрытие кисты с выделением тягучей слюны, в дальнейшем киста наполняется вновь.



Рис. 35. Ретенционная киста малой слюнной железы нижней губы справа



Рис. 36. Ретенционная киста малой слюнной железы слизистой оболочки
щечной области слева

Лечение: применяется стандартное хирургическое лечение, заключающееся в проведении местной анестезии и иссечении двумя полуовальными сходящимися разрезами слизистой оболочки над образованием с выделением последнего зажимом и ножницами. При ревизии раневой поверхности необходимо убедиться в отсутствии в местах наложения швов малых слюнных желез. Если таковые имеются, то их можно «выщипать» анатомическим пинцетом. Эта манипуляция предохранит от возможного образования еще одной ретенционной кисты.

Возможно применение миниинвазивного лечения при помощи хирургического лазера (диодного, неодимового). В таких случаях под местной анестезией проводят фотоперфорацию «крыши» кистозной полости, эвакуируют секрет и проводят лазерную абляцию оболочки контактным методом. При выставлении максимальных параметров работы лазера возможно проводить внутривполостное облучение расфокусированным лучом.

Преимуществом лазерокоагуляции является отсутствие швов и болевого послеоперационного синдрома

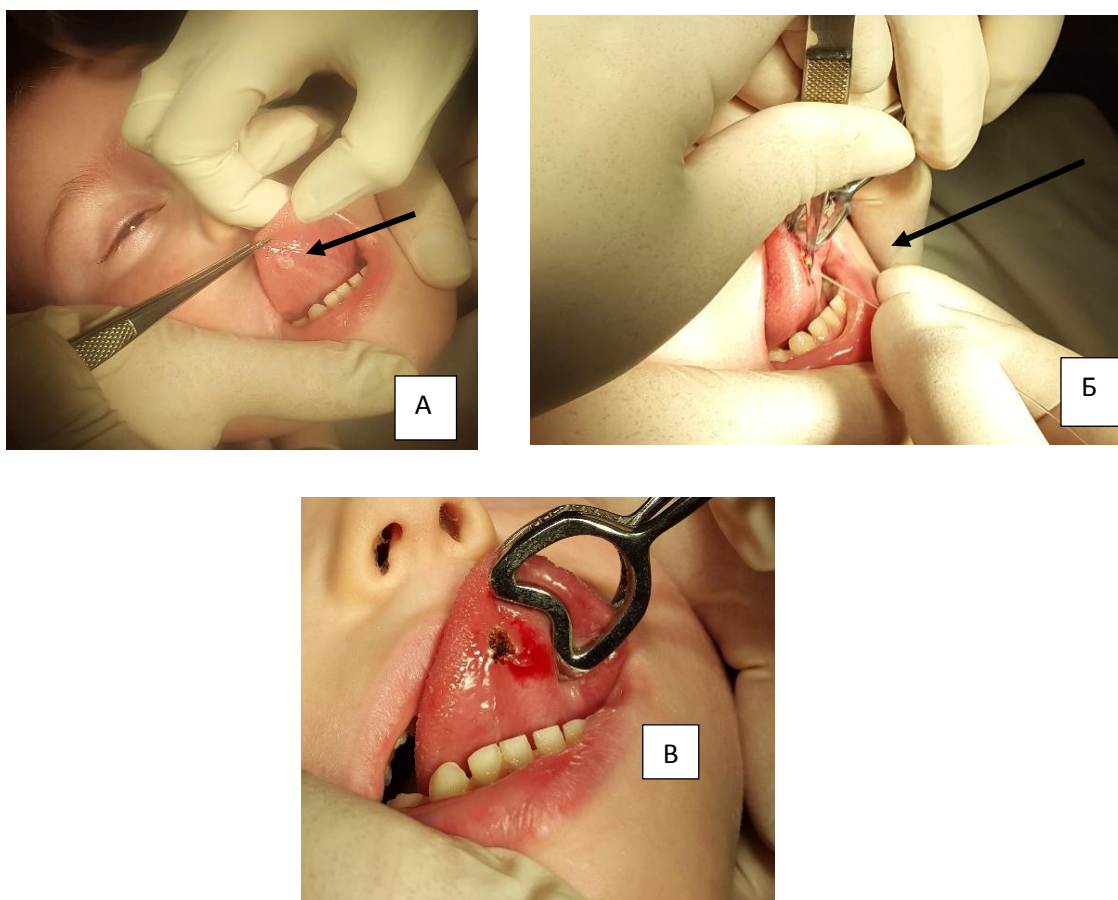


Рис.37. А. Ретенционная киста малой слюнной железы нижней поверхности языка. Б. Проведение лазерокоагуляции.
В. Вид раны после лазерокоагуляции

Киста поднижнечелюстной слюнной железы (К11.6)

Встречается такая киста редко.

Клиническая картина:

- киста обнаруживается, когда начинает ощущаться безболезненная припухлость в поднижнечелюстной области;
- в области припухлости цвет кожи не изменяется;
- в полости рта подъязычный валик несколько приподнят;
- при пальпации определяется овальное или округлое образование с четкими границами, эластической консистенции, не соединенное, безболезненное;
- образование, как правило, подвижное и при надавливании пальцами в одном месте в другом можно ощутить передачу давления, что говорит о ее наполненности жидким содержимым;
- боль появляется в ситуации, когда развивается абсцесс, который может возникнуть как в результате воспаления кисты, так и при затрудненном прорезывании зубов мудрости. При диагностической пункции образования получают мутную бесцветную жидкость со слизью. При этом образование исчезает, но через некоторое время вновь достигает прежних размеров. Для уточнения диагноза и составления плана лечения возможно проведение цистографии, УЗИ и МРТ.

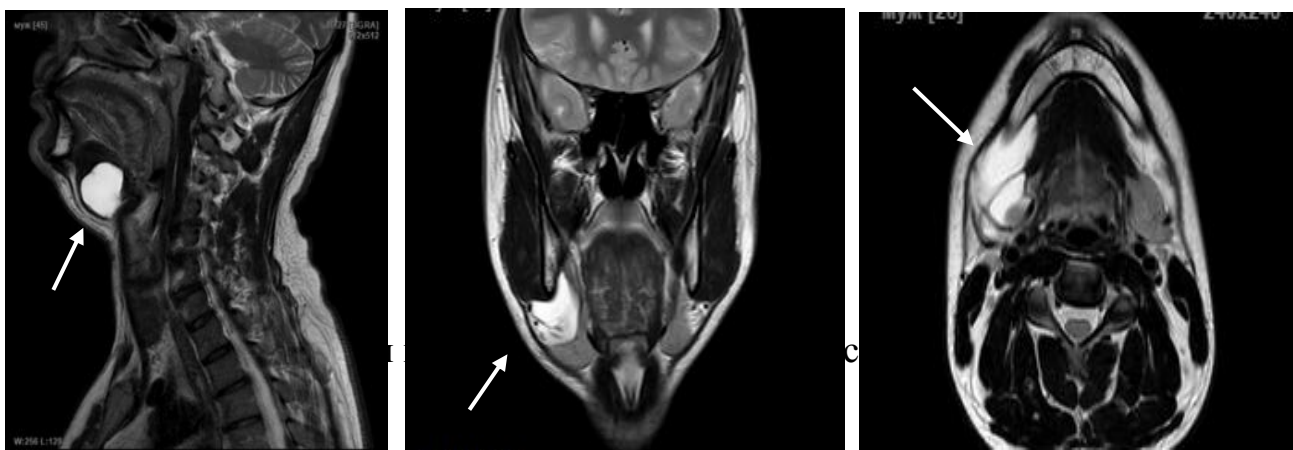


Рис. 38. Ретенционная киста поднижнечелюстной слюнной железы справа

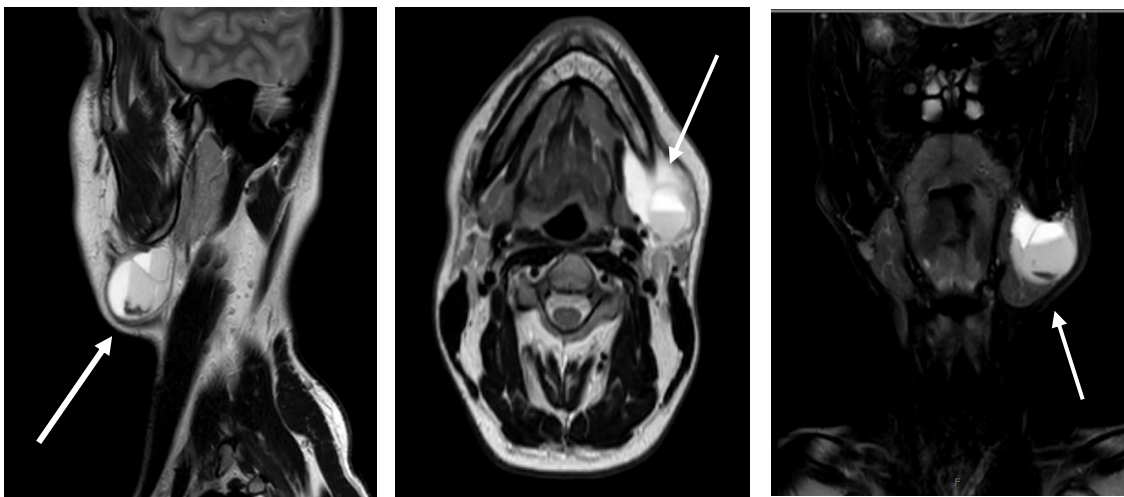


Рис. 39. Ретенционная киста поднижнечелюстной слюнной железы слева

Дифференциальная диагностика проводится с:

- ретенционной кистой подъязычной слюнной железы ниже диафрагмы ротовой полости;
- эпителиальными опухолями слюнных желез (аденокистозная карцинома);
- дермоидными и эпидермоидными кистами;
- неэпителиальными опухолями: лимф- и гемангиомой слюнной железы
- расширением протока за конкрементом при слюннокаменной болезни;
- послеоперационной серомой слюнной железы;
- высоким расположением боковой кисты шеи;
- аневризмой сонной артерии.

Лечение: проводится экстирпация поднижнечелюстной слюнной железы, содержащей кисту под интубационным наркозом. Разрез выполняют по верхней шейной складке или параллельно ей, отступая от края нижней челюсти на 2,5 см для профилактики травматизации краевой ветви лицевого нерва. В ходе операции перевязываются лицевые артерия и вена, язычный и петля подъязычного нерва. Основной выводной проток перевязывают, прошивают, поперечно рассекают, а культю обрабатывают коагулятором или лучом лазера. Необходимо послойно зашить рану, при этом нельзя оставлять полостей. Для профилактики развития в подчелюстном треугольнике гематомы, необходимо на 3 дня оставить дренаж.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Врожденные кисты и свищи шеи / Г.А. Гаджимирзаев [и др.] // Вестник отоларингологии, 2016. – № 81 (5). – С. 27–28.
2. Диагностика и лечение врожденных кист и свищей шеи / Н.В. Пилипюк, Т.А. Гобжелянова, А.Н. Чумаков [и др.] // Вестник стоматологии, 2011. – № 2. – С. 44–48.
3. Дрегалкина, А.А. Проблемы дифференциальной диагностики врожденных боковых кист шеи / А.А. Дрегалкина, Л.Д. Герасимова, Ю.П. Роншталова // Проблемы стоматологии, 2010. – № 2. – С. 8–23.
4. Зеленский, В.А. Детская хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия / В.А. Зеленский, Ф.С. Мухорамов. – Москва, 2008. – 206 с.
5. Каханович, Т.В. Микрохирургическая методика удаления срединных кист и свищей шеи / автореф. дисс...к.м.н. – Минск, 2020. – 22 с.
6. Киселев, А.С. Бранхиогенные кисты и свищи лица и шеи / А.С. Киселев, А.Р. Пажетнев // Российская отоларингология, 2007. – № 5. – С. 91–95.
7. Куликов, А.В. Кисты и свищи шеи / А.В. Куликов, В.С. Куницкий, С.А. Семенов // Оториноларингология Восточная Европа, 2017. – Т. 7, № 3. – С. 273–280.
8. Лазерные технологии в хирургии и фотодинамической терапии / И.Г. Ляндрес, А.П. Шкадаревич, Т.Б. Людчик, В.Л. Семенчук ; под общ. ред И.Г. Ляндреса. – Минск : Медьял, 2018. – 320 с.
9. Модифицированный омега-доступ при операциях на околоушной железе / О.М. Базык-Новикова, Т.Б. Людчик // Медицина, 2019. – № 4 – С. 16–20.
10. Опухоли слюнных желез / А.И. Пачес, Т.Д. Таболиновская // Практическая медицина, 2009. – М. – С. 158–178.
11. Поликлиническая и госпитальная детская хирургическая стоматология / А.К. Корсак, Т.Н. Терехова, А.Н. Кушнер, Ю.В. Зенькевич. – Минск, 2013. – 552 с.
12. Хирургическая стоматология : учебник / В.В. Афанасьев [и др.] ; под общ. ред. В.В. Афанасьева. – М : ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 880 с.
13. Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия. Национальное руководство. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 928 с.
14. Koch, V.L. Cystic malformations of the neck in children| / V.L. Koch // Pediatric Radiology, 2005. – Vol. 35, Issue 5. – P. 463–477.
15. LaRiviere, C.A. Congenital cervical cysts, sinuses, and fistulae in pediatric surgery / C.A. LaRiviere, J.H.T. Waldhausen // Surgical Clinics., 2012. – Vol. 92, Issue 3. – P. 583–597.
16. Ustundag, E. Cervical bronchogenic in head and neck region: review of the literature / E. Ustundag, M. Iseri, G. Keskin // The Journal of Laryngology & Otology, 2005. – Vol. 119. – P. 419–423.

Учебное издание

Людчик Татьяна Борисовна
Артюшкевич Александр Сергеевич
Гричанюк Дмитрий Александрович
Яцкевич Олег Степанович

**КИСТОЗНЫЕ ОБРАЗОВАНИЯ МЯГКИХ ТКАНЕЙ
ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ**

Учебно-методическое пособие

В авторской редакции

Подписано в печать 20.05.2021. Формат 60x84/16. Бумага «Discovery».

Печать ризография. Гарнитура «Times New Roman».

Печ. л. 2,56. Уч.- изд. 3,13. Тираж 50 экз. Заказ 180.

Издатель и полиграфическое исполнение –
государственное учреждение образования «Белорусская медицинская
академия последипломного образования».

Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя,
распространителя печатных изданий № 1/136 от 08.01.2014.

Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя,
распространителя печатных изданий № 3/1275 от 23.05.2016.

220013, г. Минск, ул. П. Бровки, 3, кор.3.

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ
«БЕЛОРУССКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ
ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ»

Кафедра челюстно-лицевой хирургии

**КИСТОЗНЫЕ ОБРАЗОВАНИЯ МЯГКИХ ТКАНЕЙ
ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ**

Минск БелМАПО
2021

