

ДІАГНОСТИЧНІ АСПЕКТИ БІЧНИХ КІСТ ШИЇ

ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія» (м. Полтава)

khirstom@ukr.net

Робота є фрагментом НДР «Інтегративно-диференційоване обґрунтування вибору оптимальних методик оперативних втручань та обсягу лікувальних заходів при хірургічній патології щелепно-лицевої ділянки», № державної реєстрації 0116U003821.

Вступ. Ембріональні кісти щелепно-лицевої ділянки, за даними літератури, складають близько 1,4% від всіх хірургічних стоматологічних захворювань. Їх поширеність представлена різними цифрами, але, за даними А.А. Тимофєєва, вони зустрічаються в 25% від усіх кіст м'яких тканин щелепно-лицевої ділянки. З анатомічної точки зору це вроджене патологічне порожнинне утворення доброякісного характеру, різної форми та розмірів і складається із замкнутої сполучнотканинної оболонки з рідким або напіврідким умістом [1,2,5].

Їх патогенез до цього часу трактується в наукових публікаціях досить суперечливо. Деякі дослідники вважають їх похідними другої зябрової щілини та другої глоткової кишені, інші пов'язують утворення кіст з необлітерованістю зобно-глоткової протоки, треті висувають лімфо-епітеліальну теорію походження.

Класифікації кіст шиї мають досить велику давність та основані на їх походженні і локалізації [1,5,6], але у Міжнародній класифікації хвороб у розділі вроджених вад Q 18.0 – 18.9 виділяють лише наступні форми: Q 18.0 – пазуха, фістула і кіста зябрової щілини, зябровий (бранхіогенний) рудимент; Q 18.2 – інші пороки розвитку зябрової щілини: пороки розвитку зябрової щілини БДВ, шийна раковина, отоцефалія; Q 18.9 – уроджені вади розвитку голови та шиї, не уточнені: уроджена аномалія голови та шиї БДВ [4].

Загальноприйнята класифікація ембріональних кіст щелепно-лицевої ділянки була запропонована В.М. Безруковим ще у 1965 році, але вона найчастіше застосовується в клінічній практиці:

1. Кісти та фістули привушної ділянки.
2. Серединні кісти та фістули шиї.
3. Бічні кісти та фістули шиї.

Встановити ранні ознаки наявності ембріональних кіст щелепно-лицевої ділянки досить складно. Зазвичай, вони виявляються випадково або під час нагноєння, що виникає найчастіше після активації таких провокуючих факторів, як ГРВІ чи переохолодження. Клінічно кісти бічної ділянки шиї – безболісні утворення округлої чи овальної форми, щільноеластичної консистенції. Шкіра над ними в кольорі не змінена, гіперемія виникає лише при приєднанні вторинної інфекції [6].

Їх диференційну діагностику шиї слід проводити з хронічними лімфаденітами (специфічними та неспецифічними), доброякісними чи злоякісними пухлинами або пухлино подібними утвореннями м'яких тканин шиї, судин, нервів та метастазами. Велика імовірність малігнізації кіст бічної ділянки шиї у вигляді бранхіогенного раку, який виявляється у 4,5% хворих з бічними кістами шиї [5]. Складність діагностики та великий відсоток випадків малігнізації спонукає до більш широкого залучення в систему діагностичних заходів простих, але інформативних методів дослідження.

Метою роботи стало визначення ефективності тонкоголкової аспіраційної біопсії для удосконалення діагностичних заходів та вибору тактики лікування кіст бічної ділянки шиї.

Об'єкт і методи дослідження. Загальні методи обстеження передбачали ретельний збір скарг, встановлення анамнезу життя і захворювання, огляд хворого, визначення тривалості захворювання та особливостей його перебігу. Оцінювали форму, колір шкірних покривів та тургор тканин у місці проекції кісти, визначали розміри, чіткість контурів, співвідношення з грудино-ключично-соскоподібним м'язом, консистенцію, спаяність з оточуючими тканинами.

Тонкоголковою аспірацією кіст бічної ділянки шиї під ультразвуковим контролем проводилась 89 пацієнтам, в тому числі 14 хворих (15,7%) були з нагноєними кістами. Цю маніпуляцію проводили з метою отримання пунктату і його подальшого вивчення безпосередньо за добу-дві перед оперативним втручанням з дотриманням правил асептики. Достатнім для проведення досліджень вважали об'єм 0,05мл, а вивчення клітинного складу аспірату проводився за загальноприйнятими канонами [3,8].

Для контролю і візуалізації цієї процедури застосовували стандартну методику ультразвукового дослідження у В-режимі. У випадку затрудненого проникнення голки в кістозну порожнину (при наявності щільної фіброзної капсули) для запобігання пошкодження структур розташованих поблизу кісти обиралась траєкторія пункційного каналу, не екстраполюючи на значимі за діаметром кровоносні судини, тобто в більш вертикальному напрямку. Для тонкоголкової аспірації використовувався стандартний одноразовий шприц об'ємом 5-10 мл з голкою 20-22 G. З метою мінімізувати ризик ушкодження кровоносних судин, в якості мікродренажу використовували «Вінфлон», який застосовували для відмивання порожнин кіст, що нагноїлися. В деяких випадках, а це стосується лише дермоїдних кіст з ознаками

нагноєння, проведення евакуації густого гнійного вмісту було неможливим і потребувало розтину гнійного осередку в 5 випадках, що склало 5,6%.

Результати дослідження та їх обговорення.

Клінічні спостереження стосуються 89 хворих на кісту бічної ділянки шиї віком від 13 до 65 років. Із них чоловіків – 42 (47,2%), жінок – 47 (52,8%). Аналіз отриманих даних дозволив встановити, що пік захворюваності на КБДШ приходився на віковий період із 21 до 35 років, тобто зрілий вік першого періоду за віковою класифікацією ВОЗ. Локалізувалися кістозні утворення частіше зліва – 56 хворих (62,9%), справа – 33 хворих (37,1%).

Відповідно до розробленого нами алгоритму обстеження [7], усі хворі на КБДШ були розподілені на групи: перша представлена 27 пацієнтами (30,3%) із бронхіогенною кістою шиї, друга включала – 23 хворих (25,8%) із епідермоїдною кістою бічної ділянки шиї, третя – 24 хворих (27%) з дермоїдною кістою бічної ділянки шиї, четверта – 15 пацієнтів (16,9%) із кістою слинної залози. Це знайшло підтвердження після вивчення цитологічної картини пунктату та проведеного ультразвукового дослідження.

Зокрема, при бронхіогенних кістах у всіх 27 хворих під час проведення тонкоголкової аспірації під контролем УЗД отримано слизувату мутну рідину біло-сірого кольору, багату на злушені епітеліоцити зі збереженою формою, що розташовувалися окремо (циліндричний і плоский епітелій) та у вигляді конгломератів, поодинокі дегенеративні форми епітеліоцитів, лімфоцити, еритроцити.

При епідермоїдній кісті – в пунктаті при цитологічному дослідженні аспірату з порожнини 23 хворих встановлено присутність характерної аморфної маси жовто-білого кольору, мутної, крихкуватої або слизоподібної рідини з утворенням на поверхні блискучої плівки, яка вміщувала кристали холестерину. Характерною ознакою була наявність у препаратах безструктурних мас, залишків зруйнованих клітин, лусочок, “голих” ядер. На цьому фоні нами знайдена велика кількість клітин плоского епітелію, які розташовувались як окремо, так і у вигляді шарів та пластів. Інколи зустрічалися поодинокі еритроцити, лімфоцити, кератин, що свідчило на користь епідермоїдної кісти.

Під час проведення ТГА у 24 хворих при дермоїдних кістах з порожнини утворення отримано суміш брудно-сірого кольору з неприємним запахом, що вміщував безструктурні маси та плоскі епітеліальні клітини, які нагадували зернисті клітини епідермісу, зустрічалися лусочки плоского епітелію. На фоні детриту визначалася присутність жиру, кристалів жирних кислот та рогових мас, дрібні морморфні клітини залозистого епітелію.

При проведенні тонкоголкової аспірації кістозних утворень, похідних з слинних залоз у всіх пацієнтів отримували прозорий уміст жовтуватого кольору. Цитологічне дослідження пунктату дозволило виявити в цитограмах на фоні безструктурних мас наявність великої кількості клітин плоского епітелію у вигляді шарів і пластів та поодинокі еритроцитів, лімфоцитів і кристалів холестерину.

З причини нагноєння утворень за медичною допомогою звернулися 14 пацієнтів (15,7%). Із них

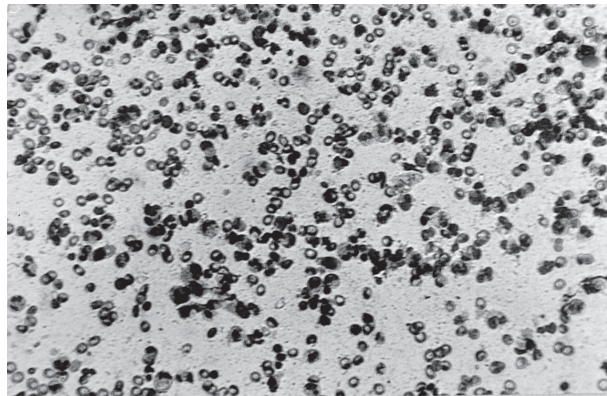


Рис. Мікрофотографія мазка при нагноєнні кісти бічної ділянки шиї хворої В., 41 рік, історія хвороби № 33086. Визначається наявність детриту, фрагментованих нейтрофілів, поодинокі моноцитів, еритроцитів та лімфоцитів різних розмірів.

в 10 випадках (11,2%) це стосувалося дермоїдних кіст і по 2 випадки (2,3%) припадало на бронхіогенну та епідермоїдну кісту.

Проявів запального процесу при наявності кісти слинної залози ми не спостерігали.

Пункційна біопсія дозволила отримати гнійний ексудат. При цитологічному дослідженні якого в цитограмах вдалося виявити на фоні детритних мас значну кількість нейтрофільних лейкоцитів з ознаками дегенеративних змін та фрагментацію клітинних елементів, їх поодинокі збережені форми, моноцити, лімфоцити і еритроцити. Переважна більшість клітин не має чітких контурів, втративши специфічну зернистість (рис.).

Для всіх кіст характерною ознакою була присутність класичної картини запального процесу. З метою зняття його проявів нами запропонована методика евакуації умісту утворення за допомогою мікрокатетера «Вінфлон» під час проведення ТГА під УЗД контролем. Санацію порожнини проводили розчином діоксидину протягом 3-4 днів до отримання його без детритних домішок і ексудату. Після додаткового проведення консервативних медикаментозних заходів і стихання явищ запалення через 3-4 тижні всі хворі були прооперовані за класичною методикою.

Висновки. Для удосконалення діагностичних заходів у хворих з кістами бічної ділянки шиї слід використовувати метод тонкоголкової аспірації умісту утворення з додатковим застосуванням мікродренажу «Вінфлон» під контролем ультразвукового дослідження. Після вивчення клітинного складу пунктату вже на догоспітальному етапі є підстави для розподілу кіст на бронхіогенні, дермоїдні, епідермоїдні та кісти слинних залоз, що дозволяє визначитися з тактикою подальшого лікування. При нагноєнні кістозних утворень в переважній більшості випадків вдається ліквідувати явища запалення консервативними методами і лише у 2,3% спостережень хворі потребували оперативного втручання і стосувалося це дермоїдних кіст.

Перспективи подальших досліджень. Планується продовжити вивчення ефективності та застосування діагностичного алгоритму у хворих з кістами бічної ділянки шиї.

Література

1. Киселев А.С. Бранхиогенные кисты и свищи лица и шеи / А.С. Киселев, А.Р. Пажетнев // Российская оториноларингология. – 2007. – №5. – С. 91-95.
2. Маланчук В.О. Доброякісні пухлини та пухлино подібні ураження щелепно-лицевої ділянки та шиї / В.О. Маланчук, А.В. Кончак. – Навчальний посібник. – К.: Видавничий дім «Асканія», 2008. – 320 с.
3. Митьков В.В. Клиническое руководство по ультразвуковой диагностике / В.В. Митьков, М.В. Медведев. – М.: Видар, 1996. – С. 303-329.
4. Міжнародна статистична класифікація хвороб споріднених проблем охорони здоров'я: Десятий перегляд. – Том. 1. – Частина 2. – Всесвітня організація охорони здоров'я. – Женева, – 1998. – С. 199.
5. Тимофеев А.А. Челюстно-лицевая хирургия / А.А. Тимофеев. – К., 2010. – 574 с.
6. Ткаченко П.І. Кісти щелепно-лицевої ділянки (клініко-морфологічні аспекти) / П.І. Ткаченко, І.І. Старченко, С.О. Білоконь, К.Ю. Резвіна. – Полтава, 2013. – 103 с.
7. Ткаченко П.І. Алгоритм обстеження хворих з кістами бічної ділянки шиї / П.І. Ткаченко, К.Ю. Резвіна // Світ медицини та біології. – 2011. – №1. – С. 104-107.
8. Gritzmann N. Sonography of soft tissue masses of the neck / N. Gritzmann, A. Hollerweger, P. Macheiner [et al.] // J. Clin. Ultrasound. – 2002. – V. 30. – № 6. – P. 356-373.

УДК – 616.743-006.2-07

ДІАГНОСТИЧНІ АСПЕКТИ БІЧНИХ КІСТ ШИЇ

Ткаченко П. І., Резвіна К. Ю.

Резюме. В статті наведені результати власних клінічних спостережень та цитологічного дослідження вмісту кіст бічної ділянки шиї. Визначена діагностична інформативність клітинного складу пунктату, який отримували під контролем ультразвукового дослідження. На підставі порівняльного аналізу даних показників встановлено, що в цій ділянці можуть локалізуватися кісти різні за походженням: бранхіогенні, дермоїдні, епідермоїдні та кісти слинних залоз.

Ключові слова: кісти шиї, цитологічне дослідження, тонкогolgкова аспірація, ультразвукова діагностика.

УДК – 616.743-006.2-07

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ БОКОВЫХ КИСТ ШЕИ

Ткаченко П. И., Резвина К. Ю.

Резюме. В статье приведены результаты собственных клинических наблюдений и цитологического исследования содержимого кист боковой области шеи. Определена диагностическая информативность клеточного состава пунктата, который получали под контролем ультразвукового исследования. На основании сравнительного анализа данных показателей установлено, что в этой области могут локализоваться кисты различного происхождения: бранхиогенные, дермоидные, эпидермоидные и кисты слюнных желез.

Ключевые слова: кисты шеи, цитологическое исследование, тонкоигольная аспирация, ультразвуковая диагностика.

UDC – 616.743-006.2-07

DIAGNOSTIC ASPECTS OF NECK LATERAL CYST

Tkachenko P., Rezvina K.

Abstract. Set the early signs of fetal cysts maxillofacial area is difficult. Usually, they are randomly or during festering that occurs most often after activation of trigger factors, such as ARVI or hypothermia. Clinically, cysts lateral neck area – the formation of painful round or oval, dense consistency. The skin over them in color is not changed, congestion occurs only when you connect to a secondary infection.

Their necks differential diagnosis should be made with chronic lymphadenitis (specific and nonspecific), benign or malignant tumors or tumor formations like the soft tissues of the neck, blood vessels, nerves and metastases. Large cysts likelihood of malignancy lateral neck area as branhiogenic cancer that is found in 4.5% of patients with lateral neck cysts. The complexity of diagnosis and a high percentage of cases of malignancy leads to greater involvement in the diagnostic management of simple but informative methods. The aim was to determine the effectiveness. Fine needle aspiration biopsy to improve diagnostic measures and choice of treatment of cysts of the lateral neck area.

Material and methods. General survey methods included the careful complaints installation and life history of the disease, patient examination, determination of disease duration and characteristics of its flow. Evaluated the shape, color of skin and tissue turgor in the seat projection cysts determined size, sharpness of contours, ratio of sternum-clavicular-mastoid muscle, consistency, cohesion with the surrounding tissues. Clinical observations concerning 89 patients with bone lateral neck area aged 13 to 65 years. Of them men – 42 (47.2%), women – 47 (52.8%). Analysis of the data revealed that the peak incidence at age cyst of lateral area of neck – its patients from 21 to 35 years, that mature age of first period by age World Health Organization classification. Localized cystic formation often left – 56 patients (62.9%), right – 33 patients (37.1%). According to the survey algorithm developed by us cyst of lateral area neck all patients were divided into groups: the first is represented by 27 patients (30.3%) its branhiogenic cyst of neck, the second included – 23 patients (25.8%) of epidermoid cyst of the lateral area neck, third – 24 patients (27%) of dermoid cyst of the lateral areas of the neck, the fourth – 15 patients (16.9%) of salivary gland cyst. This was confirmed after examining cytological punctate pattern and conducted ultrasound examinations. After studying the cellular composition punctate at the prehospital is reasonable for distribution to branhiogenic cysts, dermoid, epidermoid cysts and salivary glands cysts, allowing you to decide on further treatment tactics. When festering cystic formations in most cases can eliminate the effects of inflammation conservative methods, and only 2.3% of cases, patients required surgery and concerned a dermoid cyst.

Keywords: cysts of neck, cytological examination, ultrasound diagnostic.

Рецензент – проф. Рибалов О. В.

Стаття надійшла 03.03.2016 року