

the highest expression was noted in the group, where salivary gland tissue was adjacent to the salivary gland tumour (111, 93±56, 97 versus 8,12±4,4). Correlation analysis of patients with pleomorphic adenoma of the large salivary glands with different fragments of tissues samples demonstrated that the expression level of miRNA-29a differed significantly between the groups (adjacent gland - intact salivary tissue).

Conclusions. A sufficiently high level of miRNA-29a expression in the tissues of pleomorphic adenoma in the large salivary glands compared with the normal (intact salivary gland tissue), 10 times as much can be used as a genetic marker for verification (identification) of this type of tumours. Studies of biopsy material from patients with pleomorphic adenoma in the large salivary glands at the genetic level (by expression of miRNAs-29a) confirm the need not only in enucleating of the tumour (partial parotidectomy), but also in performing of subtotal resection with removal of salivary gland adjacent to the tumour.

DOI 10.31718/2077-1096.20.1.154

УДК 617.53-006.2.-007.253-053.2-07.-08-037

Ткаченко П.І., Старченко І.І., Білоконь С.О., Резвіна К.Ю., Швець А.І.

МЕТОДОЛОГІЧНИЙ ПІДХІД ДО ДІАГНОСТИКИ І ЛІКУВАННЯ БІЧНИХ КІСТ ТА НОРИЦЬ ШИЇ У ДІТЕЙ

Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава

У статті проаналізовано фундаментальні наукові праці та публікації в періодичних виданнях.

На підставі даних ретроспективного аналізу 67 архівних історій хвороб тематичних пацієнтів, які перебували на лікуванні в хірургічному відділенні дитячої міської клінічної лікарні м. Полтави за 10-річний період співробітниками кафедри дитячої хірургічної стоматології встановлювалася частота виникнення бічних кіст шиї і бічних свищів шиї. Для встановлення клінічного діагнозу використовували загальноклінічні, додаткові і спеціальні методи обстеження - діагностичну пункцію. При сумнівних і складних випадках проводили ультразвукову діагностику і магнітно-резонансну томографію, а при наявності нориці - фістулографії в прямій і бічній проекціях. Мікроскопічна будова бічних кіст шиї і бічних свищів шиї вивчали співробітники кафедри патологічної анатомії з секційним курсом на препаратах, виготовлених з післяопераційного матеріалу за загальноприйнятими методиками. Бічні кісти і нориці шиї у дітей зустрічаються в різних вікових групах і складають 31,3% в структурі кісток м'яких тканин щелепно-лицевої ділянки. Маючи непросту анатомо-топографічну локалізацію і своєрідну клініко-морфологічну картину, вони викликають певні труднощі в діагностиці та ускладнення при їх хірургічному лікуванні. Бічні свищі шиї, в залежності від причин виникнення, відрізняються довжиною, анатомічної локалізацією, спрямованості їх ходу і будовою, звичайно вимагає використання сучасних інформативних додаткових маніпуляцій і діагностичних заходів, що забезпечують успіх при проведенні оперативних втручань при оптимальному варіанті їх планування.

Ключові слова: кісти шиї, нориці шиї, діти, лікування, діагностика.

Робота є фрагментом НДР «Інтегративно-диференційоване обґрунтування вибору оптимальних методик оперативних втручань та обсягу лікувальних заходів при хірургічній патології щелепно-лицевої ділянки», державний реєстраційний номер 0116U003821.

Вступ

В структурі стоматологічних захворювань чільне місце займають кістозні утворення щелепно-лицевої ділянки (ЩЛД). При цьому найбільш поширеними серед кіст м'яких тканин (КМТ) ЩЛД є бічні кісти шиї (БКШ), які зустрічаються в 25% від усіх кіст м'яких тканин цієї локалізації, а в останні роки спостерігається тенденція до збільшення їх кількості, особливо в молодшому і старшому шкільному вікових періодах [8, 9, 10].

Незважаючи на розповсюдженість даних утворень, навіть до теперішнього часу ведуться дискусії щодо походження БКШ, однак переважна більшість науковців вважає їх дизонтогенетичною патологією, зазначаючи, що гормональна перебудова дитячого організму, особливо в пубертатному періоді, найчастіше обумовлює активізацію росту та прояви клінічних ознак БКШ [3, 12, 14].

Виявлення та діагностування БКШ і нориць, що не функціонують, як й інших КМТ, розташованих безпосередньо в ЩЛД у дітей, викликає певні труднощі, обумовлюючи високу частоту діагностичних помилок [4, 5, 8, 11, 13].

Мета дослідження

Визначення частоти виявлення БКШ та бокових нориць шиї (БНШ) у дітей і проведення порівняльної характеристики результатів особистих напрацювань з науковими дослідженнями стосовно їх клініко-морфологічних особливостей та принципів лікування.

Матеріали та методи дослідження

Нами ретельно проаналізовано фундаментальні наукові праці і публікації в періодичних виданнях щодо зазначеної мети.

На підставі даних ретроспективного аналізу 67 архівних історій хвороб тематичних пацієнтів, що

знаходились на лікуванні у хірургічному відділенні дитячої міської клінічної лікарні м. Полтави за 10-річний період, співробітниками кафедри дитячої хірургічної стоматології встановлювалась частота виникнення БКШ та БНШ. Клінічні особливості їх перебігу визначено безпосередніми спостереженнями за відповідними хворими.

Для встановлення клінічного діагнозу використовували загальноклінічні, додаткові й інколи спеціальні методи обстеження, зокрема діагностичну пункцію. При сумнівних і складних випадках проводили УЗД та МРТ, а за наявності нориці – фістулографію в прямій і боковій проєкціях [17].

Мікроскопічну будову БКШ та БНШ вивчали співробітники кафедри патологічної анатомії з секційним курсом на препаратах, виготовлених з післяопераційного матеріалу за загальноприйнятими методиками.

Результати дослідження та їх обговорення

В таблиці 1 наведено структуру КМТ ЩЛД у дітей за вказаний період дослідження, з якої видно, що безпосередньо БКШ за частотою діагностування “поступаються” лише серединним кістам шиї.

Таблиця 1
Структура кіст м'яких тканин щелепно-лицевої ділянки у дітей

Нозологічна форма	Кількість спостережень	
	абс	%
Серединна кіста шиї	23	34,3
Бокова кіста шиї	21	31,3
Дермоїдна кіста	15	22,4
Епідермоїдна кіста	8	12,0
Всього	67	100

Попри те, що інші науковці здебільшого зустрічали таку патологію у підлітків чи молодих людей до 30 років [2, 6], ми БКШ найчастіше спостерігали у пацієнтів ясельної вікової групи, молодшого і старшого шкільного віку (66,6%). За даними, наведеними в наших попередніх публікаціях, на їх частку припадало лише 3% в структурі всіх доброякісних новоутворень м'яких тканин обличчя та шиї у дітей [8, 10], а локалізація БКШ завжди була односторонньою, хоча, за літературними даними, у 2% випадків можливе їх двостороннє розташування [3, 4, 5, 13].

Раніше ми зазначали, що БКШ мають досить складну топографо-анатомічну локалізацію: у всіх спостереженнях вони починалися від грушоподібного синуса, прямуючи далі із глотки вище гортанного нерва і щитоподібного хряща та спускаючись вниз латеральніше трахеї і зворотнього нерва в грудну клітину. Зазвичай, вони піднімаються на бокову поверхню шиї позаду загальної сонної артерії, а перед повторним спуском огинають під'язичний нерв, розташовуючись попереду кивального м'яза [9].

Однак науковці зазначають, що повний набір ознак класичного варіанту БКШ є досить рідкісним: медіально прилягаючи до внутрішньої яремної вени на рівні біфуркації загальної сонної артерії, задній відділ кісти знаходиться під кивальним м'язом, а її верхня частина – під шилопід'язичним та заднім черевцем двохчеревцевого м'язів. Таким чином, найчастіше типовою локалізацією кістозного утворення є розташування у верхніх відділах шиї на рівні кута нижньої щелепи попереду кивального м'язу [4, 5].

В наших спостереженнях провокуючими чинниками, що сприяли клінічним проявам саме істинних БКШ, здебільшого були гострий катар верхніх дихальних шляхів, важке фізичне навантаження або травма, а всі хворі та їхні батьки відмічали досить повільний ріст утворень.

При об'єктивному обстеженні завжди визначалось безболісне, рухливе, щільно-еластичне кругле утворення з чіткими контурами і гладкою поверхнею та не зміненою в кольорі шкірою над ним (Рис. 1а).

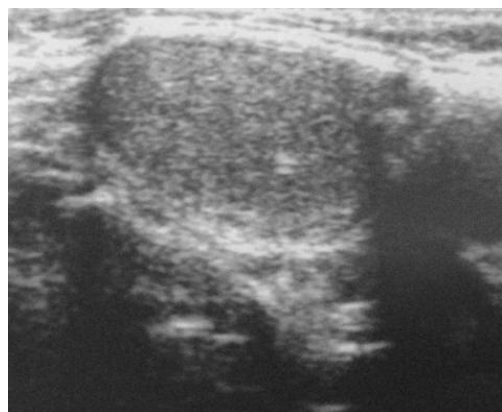


Рис. 1. БКШ у дитини: а – загальний вигляд, б – УЗД-грама

Ущільнення, болісність та обмежена рухливість із колатеральним набряком і гіперемією шкірних покривів супроводжували БКШ при їх запаленні, що визначалось у 6 випадках (28,6%).

При неускладненому перебігу на УЗД-грамі визначались утворення округлої форми з чіткими рівними контурами різних розмірів, гіпо- або ізоехогенної структури з ділянками гіперехогенності, а у разі нагноєння структура порожнинних утворень змінювалася на рівномірно гіпоехогенну з чіткими контурами та ущільненням прилеглих до них м'яких тканинних структур (Рис. 1б).

Вмістом БКШ зазвичай була сірувато-біла рідкувата субстанція з пластівцевими домішками, а при запаленні – гнійний ексудат, що визначалось пункційною біопсією.

Всім пацієнтам з неускладненим перебігом захворювання в плановому порядку проводилась екстирпація утворень за загальноприйнятими відпрацьованими класичними методиками, які мали в кожному конкретному випадку деякі свої технічні складнощі і утруднення через тісний контакт оболонки БКШ із судинно-нервовим пучком шиї, зокрема яремною веною (Рис. 2).

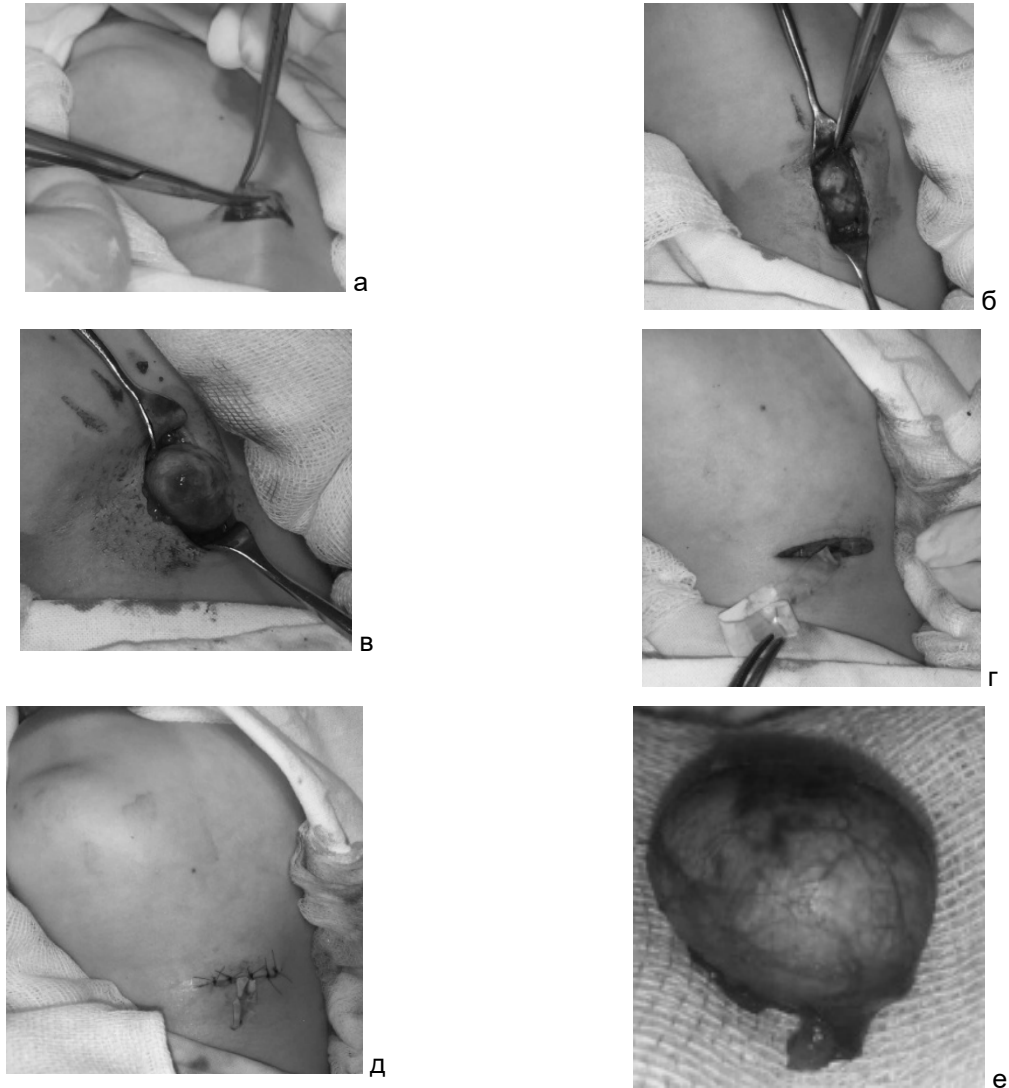


Рис. 2. Етапи цистектомії з приводу БКШ зліва у дитини (а-д) та мікропрепарат БКШ (е)

Мікроскопічно стінка БКШ мала класичну будову [7] та була представлена сполучнотканиною оболонкою, вистеленою багатошаровим плоским або високим одношаровим циліндричним епітелієм. Завжди зустрічалася лімфоїдна тканина у вигляді як хаотично розташованих лімфоїдних елементів, так і сформованих фолікулів. В 3 випадках (14,3%) додатково визначалися й структурні компоненти, схожі з фолікулами

щитоподібної залози.

В наших дослідженнях за 10-річний період спостерігалось 6 випадків вроджених та набутих бокових норниць шиї (Рис. 3), причому як при вродженому, так і набутому походженні вони були представлені однобічним варіантом з локалізацією переважно в верхній та середній третині бокової поверхні шиї.



а



б

Рис. 3 Загальний вигляд вродженої (а) та набутної (б) БНШ

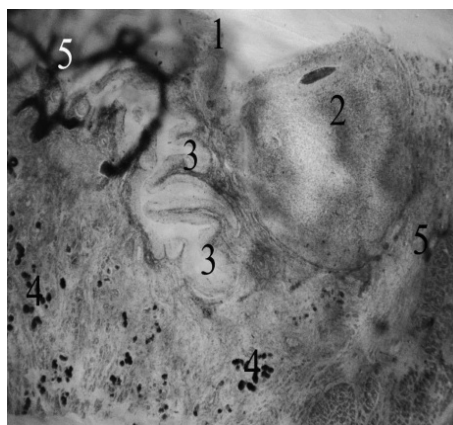


Рис. 4. Мікрофотограма фрагменту язика на 18-20 тижнях внутрішньоутробного розвитку. Епоксидний шліф. Забарвлення метиленовим синім. Об. 3,5^х, ок. 7^х.

1 – покривний епітелій слизової оболонки язика; 2 – язичний мигдалик; 3 – фрагменти зобно-глоткової протоки; 4 – малі слинні залози; 5 – венозні судини

Бокові нориці шиї виявляли: у 1 дитини (16,7%) відразу після народження, у 4 – (66,6%) вона виникла після розтину бокових кіст, що нагноїлися, і у 1 – (16,7%) після невдало проведеного оперативного втручання, коли під час видалення БКШ була пошкоджена капсула та видалити її повністю не вдалося.

Із літературних джерел відомо, що вроджені БНШ виникають внаслідок порушення ембріогенезу. Від того, з якої зябрової кишені вони виникли, залежить і локалізація зовнішнього отвору: в ділянці мочки вуха, в середній третині шиї спереду кивального м'яза або вздовжнього надключицю. Більшість таких нориць є наскрізними – відкриваючись над або під мигдаликом, вони з'єднують глотку зі шкірою. Однак інколи нориці є сліпими, не маючи глоткового отвору [3, 5, 9, 14].

З 4-го тижня ембріонального розвитку починається взаємне переміщення зябрових дуг (I та II насуваються на III і IV «телескопуванням»), при чому від II дуги вниз відокремлюється дахоподібний відросток (processus percularis), вздовж якого теж можуть локалізуватися шийні нориці [4, 6].

Р.І. Венгловський в генезі БКШ та БНШ виключне значення надавав залишкам зобно-

глоткової протоки (ЗГП): починаючись з третьої внутрішньої борозни на бічній стінці глотки, вона прямує косо за грудиною, а на її нижньому кінці розвивається вилочкова (зобна) залоза. Протока зазвичай редукується на 2-му місяці розвитку ембріона, однак в своїх дослідженнях він знайшов її залишки на шляху від глотки до груднини у 14% всіх обстежених ним трупів [11].

На епоксидних шліфах, виготовлених за власними методиками [1, 15], ми дослідили структуру язика у 5 ембріонів людини на 18-20 тижнях гестації, отриманих після штучного переривання вагітності за соціальними показаннями, на яких також визначали необлітеровані ділянки ЗГП (Рис. 4).

Зовнішній отвір БНШ в Звипадках (50,0%) був крапкоподібним, а в 3 – (50,0%) – широким з оточенням його пишними грануляціями, а постійний відток серозно-слизового або слизового ексудату призводив до мацерації шкіри навколо гирла нориці. При зондуванні БНШ тонкий поліетиленовий катетер проникав на глибину від 2 до 5 см.

Всім пацієнтам із БНШ перед оперативним втручанням проводилась фістулографія з введенням водорозчинних рентгенконтрастних речовин (верографін, уротраст, триамбраст), чим

встановлювались напрямом і довжина норицевого ходу (Рис. 5). Для чіткого визначення локалізації та проєкції нориці через її зовнішній отвір

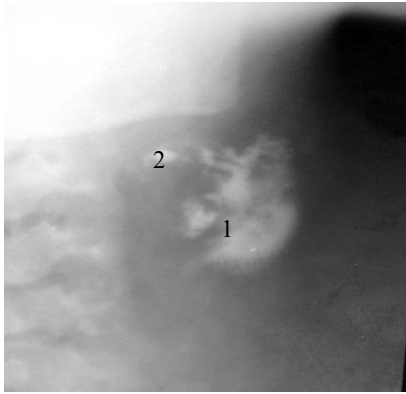


Рис. 5. В ділянці середнього відділу бічної поверхні шиї на місці розташування БКШ визначається депо рентгенконтрастної речовини різної інтенсивності з нечіткими контурами (1) і залишки її в просвіті нориці (2)

Після висічення всі нориці направлялись на морфологічне дослідження, яким встановлено, що стінка вроджених БНШ складалася з щільної волокнистої сполучної тканини, вистеленої як багатoshаровим плоским незроговіючим, так і багаторядним циліндричним епітелієм, а їх внутрішня поверхня в більшості випадків мала розростання лімфоїдної тканини. Натомість набуті нориці, складаючись, здебільшого, із грануляційної тканини, епітеліальний шар мали не завжди (Рис. 6).

Можна припустити, що саме наявність епітеліальної висилки на тлі постійної підтримки запального процесу унеможливають загоснення нориці, підтримуючи її постійне функціонування [7].

Висновки

1. Бокові кісти та нориці шиї у дітей зустрічаються в різних вікових групах і складають 31,3% в структурі кіст м'яких тканин щелепно-лицевої ділянки. Маючи непросту анатомо-топографічну локалізацію та своєрідну клініко-морфологічну картину, вони викликають певні труднощі в діагностиці і ускладнення при їх хірургічному лікуванні.

2. Бокові нориці шиї, залежно від причин виникнення, відрізняються довжиною, анатомічною локалізацією, спрямованістю їх ходу та будовою, що зазвичай потребує використання сучасних інформативних додаткових маніпуляцій і діагностичних заходів, які забезпечують успіх при проведенні оперативних втручань за умови оптимального варіанту їх планування.

Перспективи подальших досліджень

Наведений матеріал може стати підґрунтям для подальших поглиблених науково-практичних досліджень по вивченню клініко-морфологічних особливостей, розташування та будови бокових кіст і нориць шиї залежно від ембріональних

безпосередньо перед операцією вводили розчин діамантового зеленого або метиленового синього, що значно полегшувало процес її видалення.

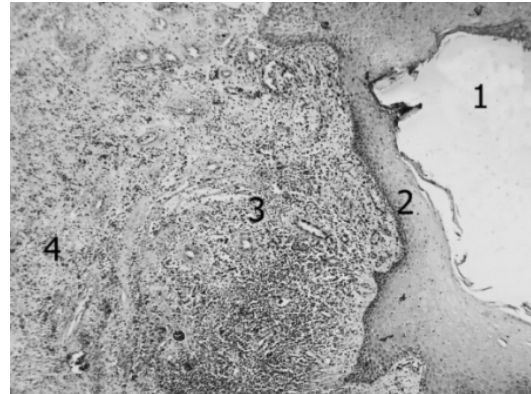


Рис. 6. Мікроскопічна будова набуті нориці бокової ділянки шиї. Забарвлення гематоксином та еозином. Об. 4^х, ок. 10^х.

1 – просвіт нориці; 2 – багатoshаровий плоский епітелій; 3 – грануляційна тканина; 4 – волокниста сполучна тканина.

джерел їх походження та особливостей клінічних проявів.

Література

1. Belokon' SA, Vitko YUN, Tkachenko PI, Starchenko II, Grin' VG. Optimizatsiya issledovaniya strukturnykh elementov biologicheskikh tkaney na gistotopograficheskikh shlifakh [Optimization of the study of structural elements of biological tissues on histotopographic sections]. Molodoy uchonyy. 2014; 15 (74): 134-7 (Ukrainian).
2. Borysov OA, Hayevs'kyi YUV, Hayevs'kyi AYU, ta in. Variant klinichnoho perebihu brankhiogennoyi (bichnoyi) kisty [Clinical course of bronchiogenic (lateral) cyst]. Zhurnal vushnykh nosovykh i horlovykh khvorob. 2004; 5: 44-5 (Ukrainian).
3. Zelenskiy VA, Mukhoramov FS, Detskaya khirurgicheskaya stomatologiya i chelyustno-litsevaya khirurgiya [Pediatric surgical dentistry and maxillofacial surgery]. Moskva, 2008. 206 p. (Russian).
4. Kiselev AS, Pazhetnev AR. Brankhiogennoye kisty i svishchi litsa i shei. Rossiyskaya otorinolaringologiya [Branchiogenic cysts and fistulas of the face and neck. Russian otorhinolaryngology]. 2007; 5: 91-5. (Russian).
5. Malanchuk VO, Konchak AV. Dobroyakisni pukhlyny ta pukhlynopodibni urazhennya shchelepno-lytsevoyi dilyanky ta shyyi [Benign tumors and tumors of the maxillofacial area and neck]. Navchal'nyy posibnyk. – K.: "Askaniya". 2008. 320 p. (Ukrainian).
6. Manakova LN, Blotskiy AA, Yelanskaya YES. Bokovaya kista shei [Lateral cyst of neck]. Vestnik otorinolaringologii. 2006; 1: 65-6 (Russian).
7. Pal'tsev MA, Anichkov NM. Atlas patologii opukholey cheloveka [Atlas of the pathology of human tumors]. M.: Meditsina; 2005. 424 p. (Russian).
8. Tkachenko PI, Starchenko II, Bilokon' SO, Hurzhiy OV, Lohmatova NM. Dobroyakisni novoutvorenniya m'yakyykh tkany shchelepno-lytsevoyi dilyanky ta slynykh zaloz u ditey [Benign neoplasms of the maxillofacial area and salivary glands in children]. Poltava; 2015. 80 p. (Ukrainian).
9. Tkachenko PI, Starchenko II, Bilokon' SO, Rezvina KYU. Kisty shchelepno-lytsevoyi dilyanky (kliniko-morfolohichni aspekty) [Cysts of maxillofacial regions (clinical and morphological aspects)]. Poltava; 2013. 103 p. (Ukrainian).
10. Tkachenko PI, Bilokon' SO, Starchenko II, Hurzhiy OV, Bilokon' NP, Lytvyn AO. Kisty myakyykh tkany shchelepno-lytsevoyi dilyanky ta shyyi u ditey [Soft tissue cysts of the maxillofacial area and neck in children]. Svit medytsyny ta biolohiyi. 2016; 3: 80-4. (Ukrainian).
11. Tkachenko PI, Starchenko II, Bilokon' SO. Pro pokhodzhennya ta morfolohichni vidminnosti shchyto-yazychnoyi i zobno-hlotkovoyi protok yak anatomichnykh utvoren', sicho mozhat' staty dzhherelom rozvytku kist shyyi [On the origin and morphological differences of the thyroid and dental-pharyngeal ducts as anatomical entities that can become a source of the cysts of the neck]. Visnyk problem biolohiyi i medytsyny. 2014; Vyp. 2. T. 2: 179-182p. (Ukrainian).
12. Tkachenko PI, Rezvina KYU. Fistulohrafiya v diahnozytsi i likuvanni noryts' shyyi [Fistulography in the diagnosis and treat-

- ment of fistulas of the neck]. *Svit medytsyny ta biolohiyi*. 2017; 1(59):79-83. (Ukrainian).
13. Topol'nitskiy OZ. *Stomatologiya detskogo vozrasta*. *Khirurgiya [Dentistry of childhood. Surgery]*. M.: GEOTAR-Media. 2016; 311 p. (Russian).
14. Khar'kov LV, Yakovenko LM, Chekhova IA. *Khirurgichna stomatologiya dytyachoho viku [Surgical dentistry of childhood]*. K.: Knyha-plyus; 2003. 480 p. (Ukrainian).
15. Kostylenko YU.P., Boyko I.V., Starchenko I.I., Pryluts'kyi A.K. Sposib vyhotovlennya histolohichnykh preparativ, ekvivalentnykh semitynovym zrizam z velykymy obstezhuvanymy ploshchamy dlya bahatotsil'ovoho morfolohichnoho doslidzhennya. *Neurosci Behav Physiol*. 2008. lystopad; 38 (9): 897-9. doi: 10.1007 / s11055-008-9067-5. Epub 2008, 31 zhovtnya.

Реферат

МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ БОКОВЫХ КИСТ И СВИЩЕЙ ШЕИ У ДЕТЕЙ

Ткаченко П.И., Старченко И.И., Белоконь С.А., Резвина Е.Ю., Швець А.И.

Ключевые слова: кисты шеи, свищи шеи, дети, лечение, диагностика.

В статье проанализированы фундаментальные научные труды и публикации в периодических изданиях.

На основании данных ретроспективного анализа 67 архивных историй болезней тематических пациентов, которые находились на лечении в хирургическом отделении детской городской клинической больницы г. Полтавы за 10-летний период сотрудниками кафедры детской хирургической стоматологии устанавливалась частота возникновения боковых кист шеи и боковых свищей шеи.

Для установления клинического диагноза использовали общеклинические, дополнительные и специальные методы обследования – диагностическую пункцию. При сомнительных и сложных случаях проводили ультразвуковое исследование и магнитно-резонансную томографию, а при наличии свища - фистулографии в прямой и боковой проекциях.

Микроскопическое строение боковых кист шеи и боковых свищей шеи изучали сотрудники кафедры патологической анатомии с секционным курсом на препаратах, изготовленных из послеоперационного материала по общепринятым методикам.

Боковые кисты и свищи шеи у детей встречаются в различных возрастных группах и составляют 31,3% в структуре костей мягких тканей челюстно-лицевой области. Имея непростую анатомо-топографическую локализацию и своеобразную клинко-морфологическую картину, они вызывают определенные трудности в диагностике и осложнения при их хирургическом лечении.

Боковые свищи шеи, в зависимости от причин возникновения, отличаются длиной, анатомической локализацией, направленностью их хода и строением, обычно требуют использования современных информативных дополнительных манипуляций и диагностических мероприятий, обеспечивающих успех при проведении оперативных вмешательств при оптимальном варианте их планирования.

Summary

METHODOLOGICAL APPROACH TO DIAGNOSIS AND TREATMENT OF LATERAL CYSTS AND FISTULA OF NECK IN CHILDREN

Tkachenko P.I., Starchenko I.I., Belokon S.A., Rezvina E.Yu., Shvets A.I.

Key words: neck cysts, fistulas of the neck, children, treatment, diagnosis.

In the structure of dento-facial diseases, cysts of the maxillofacial area occupy a leading position. Lateral cysts of the neck are the most common among soft tissue cysts of the maxillofacial area and make up 25% of all soft tissue cysts of this localization; moreover, in recent years there has been a tendency to increase in their number.

The purpose of the research is to determine the occurrence rate of fistulas and cysts on the lateral neck areas in children and to compare the results obtained with scientific findings regarding the clinical and morphological features of the cysts and fistulas as well as the principles of the treatment.

Materials and methods. We have analyzed fundamental scientific works and publications in periodicals for this purpose. Based on the data of retrospective analysis of 67 archival case histories of inpatients of the surgical department of the Paediatric Municipal Hospital in Poltava for a 10-year period, the staff of the department of paediatric surgical dentistry established the occurrence rate of the lateral neck cysts and fistulas.

To make diagnosis, we used general clinical examination, and special examination techniques, diagnostic puncture. In doubtful and complicated cases, ultrasound and magnetic resonance imaging were performed; direct and lateral projections were obtained in cases of fistula.

The microscopic structure was studied by the staff of the Department of Pathological Anatomy with a section course by using microslides made of postoperative samples by standard techniques.

Results and discussion. Lateral neck cysts were most commonly observed in the young children, younger and older schoolchildren (66.6%); the localization of the lateral neck cysts was always unilateral, although, according to the literature, the possibility of their bilateral location made up 2%. The lateral neck cysts have a complex topographic and anatomical location: they rise on the lateral surface of the neck behind the common carotid artery, and before descending they bend the hyoid nerve, located in front of the sternocleidomastoid muscle. Thus, the most common typical localization of cysts is the upper neck at the level of the mandible angle in front of the sternocleidomastoid muscle. According to our findings, the factors, which can provoke this condition, are acute catarrhal inflammation of the upper respiratory tract, severe physical exertion or trauma; all patients and their parents noted a rather slow growth of the formations.

Objective examination has always identified a painless, moving, tight, elastic round mass with clear con-

tours and a smooth surface, no discoloration of the skin above it.

In uncomplicated courses, ultrasound scanning detects the rounded mass with clear even contours of different sizes, hypo- or isoechogenic structure with areas of hyperechogenicity. In the cases of suppuration the structure of the cavity changes to uniformly hypoechoic. The content of the lateral neck cysts was greyish-white liquid with flakes; in cases of inflammation it was represented by purulent exudates.

In our studies, 6 cases of congenital and acquired lateral fistulas of the neck were observed over a 10-year period, they were presented with a unilateral variant with localization mainly in the upper and middle thirds of the lateral surface of the neck. Lateral fistulas of the neck were revealed in 1 child (16.7%) immediately after birth; in 4 children (66.6%), fistulas arose after the dissection of the lateral cysts, and in a child (16.7%) this was due to after an unsuccessful surgery.

The lateral cysts and neck fistulas in children are found in different age groups and make up 31.3% in the structure of soft tissue cysts of the maxillofacial area. Lateral fistulas of the neck, depending on the causes, differ in length, anatomic localization, their structure; therefore, this pathology usually requires the use of modern informative additional manipulations and diagnostic techniques to ensure the success of surgical procedures with the optimal variant of their planning.