

КЛІНІЧНА ТА ЦИТОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА КІСТ БІЧНОЇ ДІЛЯНКИ ШИЇ

П.І. Ткаченко, К.Ю. Резвіна, Н.М. Лохматова

ВДНЗУ "Українська медична стоматологічна академія"

Резюме

В статті представлена порівняльна характеристика клінічних і цитологічних особливостей кіст, які локалізуються в боковій області шиї.

Ключевые слова: кисты, клинические проявления, пункция, цитологическое исследование.

Summary

The comparative description of clinical and cytologic features of cysts which are situated lateral area of a neck are presented in the article.

Key words: cysts, clinical implications, puncture, cytological research.

Література

1. Бернадский Ю.И. Основы челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии / Ю.И. Бернадский. - Витебск: Белмедкнига, 1998. – С. 239-244.
2. Литвинова Л.Я. Срединные и боковые кисты и свищи шеи (клиника, диагностика и лечение): дис. ... канд. мед. наук: 14.00.04 / Литвинова Л.Я. – М., 1994. – 127 с.
3. Добромислова Н. А. Кисты и кистоподобные образования шеи: значение и возможности лучевой диагностики / Н. А. Добромислова, В. И. Амосов, Н. Л. Петров // Вестник хирургии им. И. И. Грекова. – 2003. – Т. 162, № 5. – С. 12-18.

4. Надточий А.Г. Эхографическое исследование челюстно-лицевой области у детей. Показания к проведению, тактика и методики исследования / А.Г. Надточий // Ультразвуковая диагностика. – 2000. – №2. – С. 113-120.
5. Процык В.И. Дифференциальная диагностика лимфоаденопатий челюстно-лицевой области и шеи : дис. ... канд. мед. наук: 14.01.22 / Процык В.И. – К., 2001. – 159 с.
6. Цитологическая диагностика опухолей и предопухолевых процессов ; под ред. А.С. Петровой. – М.: Медицина, 1985. – 292 с.
7. A rare case of salivary heterotopy simulating a lateral cervical cyst / G.A. Gadzhimirzaev, Z.M. Gusnieva, R.G. Gadzhimirzaeva [et al.] // Western Otorinolaryngol. – 2006. – Vol. 3. – P. 60.

Бічні кісти шиї (БКШ) належать до вроджених вад розвитку та становлять собою відносно рідкісні хвороби - 1,44 % у структурі всіх стаціонарних стоматологічних хворих [1]. Діагностика і лікування їх ускладнені через складність анатомо-топографічної будови цієї ділянки. За даними більшості науковців, бічні кісти мають переважно типову локалізацію у верхній або середній третині бічної поверхні шиї по внутрішньому краю груднино-ключично-соскоподібного м'яза, іноді частково заходячи під нього. На думку інших авторів, бічні кісти можуть розташовуватися навіть у підщелепній ділянці [2].

Бічна кіста шиї досить часто нагноюється, при цьому вона стає щільною, малорухомою, болючою при пальпації, має тенденцію до швидкого збільшення. У хворих з'являється загальна клінічна симптоматика, характерна для гострого гнійного запалення (нездужання, слабкість, підвищення температури тіла та ін.). Нерідко в запалення втягуються прилеглі тканини, що опосередковано вказує на можливе

залучення в процес клітинної ланки імунітету за рахунок гіперфункції лімфоїдних структур, що входять до її складу [3].

Пацієнти зі скаргами на зміни об'єму й / або консистенції тканин ділянки шиї досить часто звертаються до лікарів суміжних спеціальностей. Клінічні симптоми (тривалість анамнезу, локалізація, консистенція утвору) є важливими, але не визначальними ознаками щодо нозології патологічного процесу. Слід підкреслити, що в цій ділянці можуть локалізуватися й кісти іншого походження: ектопії слинної залози, що може слугувати джерелом виникнення БКШ як від під'язикової (ранула), так і підщелепної, та які досить важко віддиференціювати від справжніх бічних кіст шиї [4, 5, 7].

Отже, метою дослідження стало вивчення клініко-цитологічних диференційованих ознак кіст різного походження бічної ділянки шиї.

Матеріали та методи дослідження.

Згідно з метою були проведені загальні клінічні методи обстеження, які передбачали ретельний збір анамнезу: скарги, тривалість захворювання та особливості його перебігу. На огляді хворого звертали увагу на бік ураження, розміри утвору та наявність змін у цій ділянці. Оцінювали форму (овальна, округла), колір шкірних покривів (без змін, гіперемований) та тургор у місці проекції кісти, визначали розміри, чіткість контурів, співвідношення з груднино-ключично-соскоподібним м'язом (спереду, позаду, над чи під ним), консистенцію (еластична, м'яко-еластична, твердо-еластична), спаяність із прилеглими тканинами, напрямок її зміщення (передньо-задній, верхньо-нижній). Установлювали наявність регіонарних лімфатичних вузлів, їхні розміри, консистенцію, болочість, рухомість, спаяність із прилеглими тканинами.

Для уточнення характеру КБДШ (бокова, епідермоїдна, дермоїдна, кіста слинної залози) та виявлення атипівих клітин провели пункційну тонкоголкову біопсію під ультразвуковим контролем у 67 пацієнтів, хід

голки і траєкторію пункційного каналу контролювали ехоскопічно. Для аспірації використовували стандартний одноразовий шприц об'ємом 5-10 мл із голкою 20-22 G. Вивчення клітинного складу аспірату проводили за стандартними методиками [6].

Результати дослідження та їх обговорення.

Було обстежено 67 хворих на КБДШ віком від 13 до 65 років (чоловіків – 31, жінок – 36). За результатами клінічного обстеження були виявлені такі клінічні ознаки: асиметрія в середній третині шиї за рахунок утвору овальної форми – 34 пацієнти (50,7 %), округлої – 33 пацієнти (49,3 %). Колір шкірного покриву над утвором залишався звичайним у всіх випадках, шкіра бралася в смужку. Співвідношення до кивального м'яза: попереду м'яза кіста розташовувалася в 37 хворих (49,3 %); позаду м'яза – 21 хворий (31,3 %); над грудино-ключично-соскоподібним м'язом – 5 хворих (7,5 %); у 4 хворих (5,9 %) утвір локалізувався під м'язом.

Щодо розміру утворів визначено: від 2 до 4 см – у 13 хворих (19,4%), від 4 до 6 см – у 26 хворих (38,8 %), від 6 до 8 см – у 24 хворих (35,8 %), від 8 до 10 см – у 3 хворих (4,5 %) та в 1 випадку (1,5 %) розмір утвору був 13 см.

При пальпації у 26 (38,8 %) хворих визначали утвір твердо-еластичної консистенції, в 19 (28,4 %) випадках – щільної консистенції, 12 (17,9 %) утворів при пальпації були еластичними та в 10 (14,9 %) випадках консистенція розцінювалася як м'яко-еластична.

У всіх хворих під час пальпації поверхня утвору була гладкою, утвір із прилеглими тканинами не спаяний, неболючий. Регіонарні лімфатичні вузли пальпаторно не визначалися в жодному випадку.

Візуальне та цитологічне дослідження пунктату в 20 випадках (29,7%) дозволило встановити наявність слизувато-мутної рідини біло-сірого кольору, багатой на злущені епітеліоцити зі збереженою формою, що розташовувалися окремо (циліндричний і плесканий епітелій) та у вигляді

конгломератів, поодинокі дегенеративні форми епітеліоцитів, лімфоцити, еритроцити, що вказувало на наявність бронхіогенної кісти шиї.

При вивченні пунктату 11 (26,9 %) хворих виявляли наявність аморфної маси жовто-білого кольору, мутної, крихкуватої або слизоподібної рідини з блискучою плівкою на поверхні. Характерною ознакою були наявність у препаратах безструктурних мас, залишків зруйнованих клітин, лусочок, “голих” ядер, велика кількість клітин плескатої епітелію, які розташовувались як окремо, так і у вигляді шарів та пластів, поодинокі еритроцити, лімфоцити, кератин, що свідчило на користь епідермоїдної кісти.

Візуальна оцінка пунктату і його клітинного складу з порожнини 18 кістозних утворів (26,9 %) показала наявність умісту брудно-сірого кольору з неприємним запахом, який містив безструктурні маси та плоскі епітеліальні клітини, що нагадували зернисті клітини епідермісу, лусочки плескатої епітелію, жир, кристали жирних кислот та рогових мас, дрібні мономорфні клітини залозистого епітелію, що свідчило про наявність у цих хворих дермоїдної кісти.

За допомогою пункції новоутворів у 11 випадках (16,4 %) отримали прозорий уміст жовтуватого кольору, цитологічне дослідження якого дозволило виявити на фоні безструктурних мас наявність великої кількості сплосчених клітин залозистого епітелію у вигляді шарів і пластів та поодиноких еритроцитів, лімфоцитів, що вказувало на наявність кісти слинної залози.

На підставі аналізу результатів візуального вивчення пунктату і складу його клітинних елементів нам удалося сформувати 4 групи спостереження. Перша група представлена 20 пацієнтами (29,7 %) із БКШ, друга включала 18 хворих (26,9 %) з епідермоїдною КБДШ, третя – 18 (26,9 %) хворих із дермоїдною КБДШ, четверта група – 11 хворих (16,5 %) із кістою слинної залози (КСЗ). Показники свідчать, що пік захворюваності

припадав на вікову групу з 21 до 35 років як у жінок, так і в чоловіків (табл. 1).

Таблиця 1

**Розподіл хворих на кісту бічної ділянки шиї за
віковими групами і статтю**

Стать, вік	Група хворих								Усього	
	I		II		III		IV			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
д, 12-15	1	1,5							1	1,5
ч, 17-21					1	1,5			1	1,5
ж, 16-20			1	1,5	1	1,5	1	1,5	3	4,5
ч, 22-35	4	5,9	5	7,5	5	7,5	5	4,5	19	28,4
ж, 21-35	6	8,9	5	7,5	6	8,9	5	7,5	22	32,8
ч, 36-60	7	10,4	2	2,9	1	1,5			10	14,9
ж, 36-55	2	2,9	5	7,5	2	2,9			9	13,4
ч, 61-74					1	1,5			1	1,5
ж, 56-74					1	1,5			1	1,5
Усього	20	29,7	18	26,9	18	26,9	11	16,5	67	100

Надалі це дозволило нам відповідно провести клінічну оцінку кожного різновиду кістозного утвору.

Так, у першій групі на загальному обстеженні визначалась асиметрія в середній третині шиї за рахунок наявності утвору овальної форми – в 16 хворих (80 %) та округлої - в 4 хворих (20 %). Колір шкірного покриву над місцем припухання залишався звичайним у всіх випадках, шкіра бралася в смужку. Відносно кивального м'яза локалізація БКШ була варіабельною: для 14 випадків (70 %) характерним було розташування утвору попереду м'яза та в 6 (30 %) хворих він розташовувався позаду нього.

Розмір утвору був різним: від 4 до 6 см – 7 хворих (35 %), від 6 до 8 см – 10 (50 %), від 8 до 10 см – 2 хворі (10 %), у 1 випадку (5 %) діаметр утвору був 13 см.

У 10 випадках (50 %) консистенція утвору визначена як твердо-еластична, у 6 хворих (30 %) вона була щільною; в 3 – м'яко-еластичною (15 %) та в 1 – еластичною (5 %). У всіх хворих поверхня була гладкою, кіста з прилеглими тканинами не спаяна, неболюча. Регіонарні лімфатичні вузли не визначалися.

У другій групі з епідермоїдною КБДШ локально на обстеженні хворих визначалась асиметрія шиї за рахунок наявності утвору в ділянці проекції сонного трикутника овальної форми в 7 пацієнтів (38,9 %), округлої – в 11 (61,1 %). Шкірний покрив над місцем припухання залишався звичайного кольору в усіх випадках і брався в смужку. Відносно кивального м'яза співвідношення КБДШ було варіабельним: у 2 випадках (11,1 %) вона розташовувалась під м'язом, у 3 – над м'язом (16,7 %), для 7 спостережень (38,9 %) характерним було розташування утвору попереду м'яза і в 6 (33,3 %) він локалізувався позаду нього.

Розміри кіст також були різними: від 2 до 4 см у 8 хворих (44,4 %), від 4 до 6 см – у 7 (38,9 %), від 6 до 8 см – у 2 (11,1 %), від 8 до 10 см - у 1 пацієнта (5,5 %).

У 2 випадках (11,1%) консистенція утвору визначена нами як м'яко-еластична, в 9 (50 %) – еластична, в 6 випадках (33,3 %) вона була твердо-еластичною та в 1 хворого (5,6 %) – щільною. При пальпаторному обстеженні контуруюча поверхня була гладка, неболюча, з прилеглими тканинами не спаяна. Регіонарні лімфатичні вузли не визначалися.

При дермоїдних кістах бічної поверхні шиї локально на обстеженні визначалась асиметрія за рахунок наявності овального утвору в 7 хворих (38,9 %), округлої форми – в 11 (61,1 %). Колір шкірного покриву ділянки над місцем припухання завжди залишався звичайним. Шкіра над утвором бралася в смужку. Відносно кивального м'яза локалізація дермоїдної кісти була варіабельною: у 2 випадках (11,1 %) вона локалізувалася під м'язом,

для 9 випадків (50 %) характерним було розташування її попереду м'яза та в 7 пацієнтів (38,9 %) вона розташовувалася позаду нього.

Розміри утворів був різними: від 2 до 4 см – у 5 хворих (27,8 %), від 4 до 6 см – у 6 хворих (33,3 %), від 6 до 8 см – у 7 (38,9 %).

У 9 хворих (50 %) утвір був щільним при пальпації, у 5 випадках (27,8 %) його консистенція була твердо-еластичною, в 4 (22,2 %) – м'яко-еластичною. Контуруюча поверхня при пальпаторному обстеженні була гладкою, з чіткими контурами, неболюча в усіх хворих.

У четвертій групі хворих із кістами слинних залоз під час обстеження визначалась асиметрія шиї за рахунок наявності утвору овальної форми в 4 хворих (36,4 %), округлої - в 7 пацієнтів (63,6 %). Колір шкірного покриву ділянки над місцем припухання залишався звичайним у всіх випадках. Шкіра над утвором бралась у смужку. Відносно кивального м'яза локалізація КСЗ бічної ділянки шиї була варіабельною: у 2 випадках (18,2 %) утвір розташовувався над м'язом, для 7 випадків (63,6 %) була характерна локалізація його попереду м'яза та у 2 хворих (18,2 %) - позаду нього.

Коливалися і розміри утворів. Так, у 6 пацієнтів (54,5 %) вони були від 4 до 6 см; у 5 випадках (45,5 %) - від 6 до 8 см.

У 5 випадках (45,5 %) консистенція утвору визначена твердо-еластичною; у 3 хворих (27,3 %) вона була щільною при пальпації; у 2 (18,2 %) – еластичною та в 1 випадку (9,1 %) м'яко-еластичною за умов збереження гладкої поверхні, без проявів спаяності його з прилеглими тканинами. Регіонарні лімфатичні вузли не визначалися.

Висновки.

Отже, проведені нами дослідження доводять важливість диференційованої діагностики кіст бічної ділянки шиї та засвідчують ефективність тонкогolkової біопсії під контролем ехографії. Попри схожі клінічні прояви різних нозологічних форм їх, вони відрізняються

клітинним складом пунктатів, що дозволяє вже на догоспітальному етапі встановити правильний діагноз, спланувати обсяг оперативного втручання і визначити раціональний доступ до кістозного утвору.