

лицевой области у детей, представлены результаты клинического исследования пациентов с данной патологией на примере обследования и лечения ребёнка с флегмоной челюстно-лицевой области, развившейся на фоне стафило-стрептодермии. Намечены пути профилактики развития дерматогенных воспалительных процессов челюстно-лицевой области у детей.

Ключевые слова: пиодермия, дети, флегмона, стафило-стрептодермия.

Стаття надійшла 15.10.10 р.

considered for children, the results of clinical research of patients are presented with this pathology on the example of inspection and treatment of child with the phlegmon of maxillifacial area, developing on a background staphylococcal streptoderma. The ways of prophylaxis of development of dermatogenics inflammatory processes of maxillifacial area are set for children.

Key words: pyoderma, children, phlegmon, staphylococcal streptoderma.

УДК 616.743 – 006.03 – 074

Н.І. Качерня, К.Ю. Бєзвіна
ВДНЗ України "Українська медична стоматологічна академія", м. Поділля

АЛГОРИТМ ОБСТЕЖЕННЯ ХВОРИХ З КІСТАМИ БІЧНОЇ ДІЛЯНКИ ШИЇ

Проведено обстеження 67 пацієнтів з кістами бічної ділянки шиї, яке включало клініко-анамнестичні дані, ультразвукове дослідження, цитологічне, гістологічне, біохімічне, імуногістохімічне дослідження тканинних структур утворення та його вмісту. На підставі узагальнення отриманих результатів розроблений діагностичний алгоритм, застосування якого дозволяє більш точно, за короткий час провести диференційну діагностику кіст бічної ділянки шиї вже на догоспітальному етапі.

Ключові слова: алгоритм, киста шиї, диференційна діагностика.

Робота виконана в рамках науково-дослідних робіт Вищого державного навчального закладу України "Українська медична стоматологічна академія": "Розробка і вдосконалення методів діагностики, лікування, реабілітації та профілактики вроджених та набутих захворювань, дефектів та деформацій щелепно-лицевої ділянки", (номер державної реєстрації 0105U004081) та "Вивчення імунологічного апарату м'яких тканин порожнини рота при генералізованому пародонтиті та ортопедичних утручаннях для розробки сучасних методів імунокорекції" (номер державної реєстрації 0103U001312).

Однією з важливих проблем сучасної щелепно-лицевої хірургії є кістозні утворення. Існує велика кількість класифікацій кіст щелепно-лицевої ділянки, серед яких виділяють набуті (кісти слинних залоз та їх вивідних проток; кісти слизистих залоз верхньощелепних пазух; кісти сальних залоз; травматичні кісти) та вроджені (епідермоїдні та дермоїдні; серединні кісти шиї; бічні кісти шиї; кісти привушної ділянки та кісти язика) [4]. Всі вони мають досить велику давність та основані на походженні кіст і їх локалізації [1].

В щелепно-лицевій ділянці кісти м'яких тканин зустрічаються досить часто, але лише 25% припадає на кісти бічної ділянки шиї. Аномалії розвитку 2-ї або 3-ї пари зябрових (глоткових) кишень можуть призводити до формування бічних кіст і нориць шиї, наприклад, епітеліальне випинання глоткової кишени, з якого утворюються дві частини щитоподібної залози також розглядають як джерело кіст в рамках бранхіогенної теорії їх походження [5, 7]. Внутрішні бранхіогенні кишени утворюються ентодермою, а зовнішні – ектодермальним зародковим листком. Персистуючі залишки зябрових кишень – бранхіогенні кісти шиї можуть бути вислані як багаточисельним плоским епітелієм (ектодермальні кісти), так і багаторядним циліндричним (ентодермальні кісти). В останньому випадку під епітелієм розташований шар лімфоїдної тканини, що безумовно вказує на їх різне походження [3, 5]. Не зважаючи на однотипність клінічних проявів та морфологічних характеристик кіст бічної ділянки шиї, відносно постійну їх локалізацію та топографічну анатомію, помилки в діагностиці складають від 20% до 63% [5, 6].

Метою роботи було розробити алгоритм діагностики хворих на кісту бічної ділянки шиї.

Матеріал та методи дослідження. Клінічні спостереження стосуються 67 хворих на кісту бічної ділянки шиї віком від 13 до 65 років (чоловіків – 31, жінок – 36), які склали чотири групи спостереження. Перша представлена 20 пацієнтами (29,7%) із бранхіогенною кістою шиї, друга включала – 18 хворих (26,9%) із епідермоїдною кістою бічної ділянки шиї, третя – 18 хворих (26,9%) з дермоїдною кістою бічної ділянки шиї, четверта – 11 пацієнтів (16,5%) із кістою слинної залози.

Обстеження хворих здійснювали згідно загальноприйнятої схеми, звертаючи особливу увагу на анамнез, клінічні прояви захворювання та попереднє лікування. В якості первинного документа нами складена спеціальна карта обстеження хворих із даною патологією, де фіксувались провокуючі фактори, супутня соматична патологія, загальні та місцеві симптоми, локалізація кісти, її розміри, результати додаткових методів обстеження. Застосовували ультразвукове дослідження, тонкоіглову аспірацію під контролем ультразвукового дослідження, цитологічне та біохімічне дослідження пунктату, імунологічний статус периферійної крові, гістологічне та імуногістохімічне дослідження стінки кісти [2].

Результати дослідження та їх обговорення. Аналіз отриманих даних указує, що пік захворюваності приходить на віковий період із 21 до 35 років. Переважна більшість – це жінки (53,7%). Локалізувалася кіста бічної ділянки шиї з різних її сторін, але частіше зліва – 35 хворих (52,2%), справа – 32 хворих (47,8%). Пацієнти скаржилися на наявність утворення на бічній поверхні шиї в 26 випадках (38,8%) та 41 пацієнт (61,2%) – звертав увагу на припухлість під щелепою. Результати вивчення анамнезу захворювання засвідчили, що провокуючим фактором виникнення КБДШ у 26 осіб (38,8%) було переохолодження; 20 хворих (29,8%) – не могли зазначити провокуючий фактор, який сприяв розвитку захворювання; у 15 пацієнтів (22,4%) цьому сприяли простудні захворювання; у 6 випадках (9%) це був стрес або прийом гормональних контрацептивних препаратів. Загальна тривалість перебігу захворювання варіювала. Так, у 37 випадках (55,2%) пацієнти відмітили появу припухлості на бічній поверхні шиї від тижня до 6 місяців; 18 хворих (26,9%) свідчили про існування хвороби 1-2 роки; у 12 випадках (17,9%) утворення існувало протягом 3 років.

Локально при обстеженні хворих визначалася асиметрія шиї за рахунок наявності утворення овальної форми в 34 пацієнтів (50,8%), округлої у 33 хворих (49,2%). Відносно кивального м'яза локалізація КБДШ була варіабільною: для 37 випадків (55,2%) характерним було розташування утворення попереду м'яза, у 21 пацієнта (31,3%) воно розташовувалося позаду нього, у 5 випадках (7,4%) – над м'язом, для 4 хворих (6%) характерним було розташування його під кивальним м'язом. Розмір утворення був різноманітним: від 2 до 4 см – 20 хворих (30%), від 4 до 6 см – 19 хворих (28,3%), від 6 до 8 см – 25 хворих (37,3%), від 8 до 10 см – 2 хворих (2,9%), в одному випадку (1,5%) розмір утворення був 13 см у діаметрі. Стосовно консистенції: твердо-еластичною вона була у 26 випадках (38,8%); у 19 пацієнтів (28,4%) утворення було щільним; у 12 – (17,9%) еластичним та в 10 випадках (14,9%) – м'яко-еластичним. У усіх хворих при пальаторному обстеженні поверхня утворення була гладенькою, відмічалася безболісність, утворення з оточуючими тканинами не спаєне, рухливе. Колір шкірного покриву ділянки над утворенням залишався звичайного забарвлення в усіх випадках, регіональні лімфатичні вузли не збільшені. Таким чином, співставлення особистих напрацювань з аналізом клінічного обстеження хворих на КБДШ показав, що клінічна картина відповідає даним, широко освітленим у сучасній літературі [6,7]. Наступним етапом діагностики ми обрали ультразвукове дослідження як високоінформативний метод. Ехографічна картина кістозної порожнини в пацієнтів досліджуваної групи відповідає даним літератури [4].

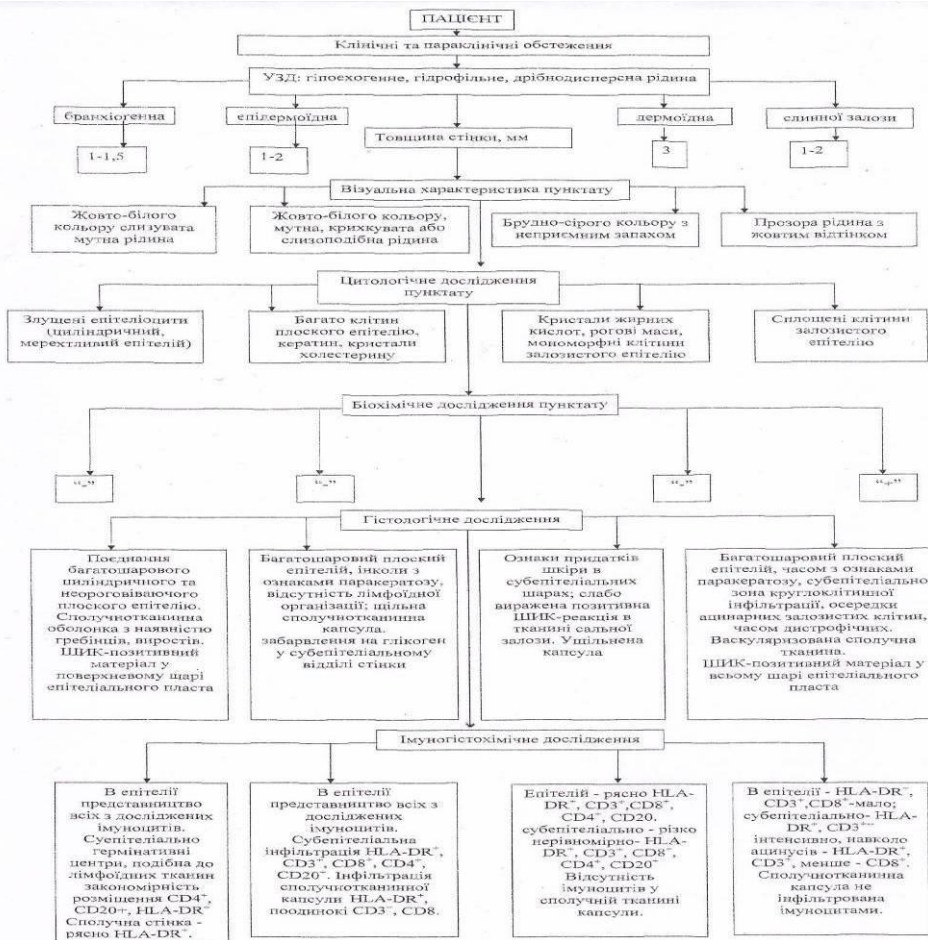
Аналіз дослідження візуальної та цитологічної картини умісту бранхіогенної кісти шиї показав в 20 випадках (29,7%) характерну слизувату мутну рідину біло-сірого кольору, багату на здушені епітеліоцити зі збереженою формою, що розташовувалися окремо (циліндричний і плоский епітелій) та у вигляді конгломератів, поодинокі дегенеративні форми епітеліоцитів, лімфоцити, еритроцити. Для 18 пунктів (26,9%) з епідермоїдних кіст характерна наявність аморфної маси жовто-білого кольору, мутної, крихкуватої або слизоподібної рідини з утворенням на поверхні блискучої плівки. Характерною ознакою була наявність у препаратах безструктурних мас, залишків зруйнованих клітин, лусочок, “голих” ядер, велика кількість клітин плоского епітелію, які розташовувались як окремо, так і у вигляді шарів та пластів, поодинокі еритроцити, лімфоцити, кератин, що свідчило на користь епідермоїдної кісти. Візуальна оцінка пункту та його цитологічне вивчення з порожнини 18 кістозних утворень (26,9%) дермоїдного типу показали наявність умісту брудно-сірого кольору з неприємним запахом, що включав безструктурні маси та плоскі епітеліальні клітини, які нагадували зернисті клітини епідермісу, лусочки плоского епітелію, присутність жиру, кристалів жирних кислот та рогових мас, дрібні мономорфні клітини залозистого епітелію. При пункції кіст слинної залози (11 випадків – 16,4%) отримували 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.

Аналіз біохімічного дослідження пунктів виявив негативні результати по визначенню α -амілази у 56 випадках (83,6%) та у 11 (16,4%) – позитивні. У літературних джерелах не існує інтерпретації кількісних характеристик α -амілази в пункті кісти, тому ми припускали її наявність у кількості 16-32 мл крохмалю/мгхгод, що є нормою для прозорих рідин організму (сироватка крові, сеча). Більш високі показники ми розцінювали як продукт секреції слинної залози. Таким чином, у нас з'явилася ще одна принципова диференційна ознака, яку ми маємо застосовувати при діагностиці КБДШ. Після проведення гістологічних досліджень операційного матеріалу нами встановлено, що в середньому шарі стінки визначалися чисельні вузли лімфоїдної тканини – 16 біоптатів (23,9%). Внутрішня поверхня КБДШ в 14 (20,9%) випадках укрита бородавчастими розростаннями з лімфоїдної тканини, у 8 випадках (11,9%) була визначена наявність уже сформованих фолікулів лімфатичного вузла. У 7 випадках (10,4%) виявлені добре розвинені сальні залози, у 8 (11,9%) – волосяні цибулини. Крім того, у 3 біоптатах (4,5%) знайдені як сальні залози, так і волосяні цибулини.

Для встановлення можливих диференційних відмінностей між КБДШ ми використали фарбування гістологічного матеріалу за ван Гізон та ШИК-реакцією (Дьоміна К.Ю., 2006). Отримані результати свідчать про наявність сполучної тканини у 46 випадках (68,7%), яка розташовується одразу під епітеліальним пластом. Під час її вивчення в 19 випадках (28,3%) вона була щільна, навіть дещо гіалінізована, а у 18 (26,9%) – мала пухку будову. У 27 препаратах (40,3%) епітелій, який вистилав стінку кісти, був багаторядним циліндричним, а в 16 випадках (23,9%) він був сплосченим і повільно переходив у багат шаровий неороговіваючий. Для 9 випадків (13,4%) характерним було поєднання сплосненого та багат шарового неороговіваючого плоского епітелію. У 8 випадках (11,9%) епітелій, який вистилав стінку кісти, був багаторядним плоским, для 3 випадків (4,5%) характерним було утворення епітеліальних гребінців. У 9 випадках (13,4%) просліджувалися вузькі

щілини, частково вислані плоским епітелієм, що свідчить про залишки зяберних ходів. Також при дослідженні гістоструктури КБДШ в препаратах визначаються кровonosні судини – 20 випадків (29,8%).

Отримані результати дослідження при БКШ при забарвленні ШИК-реакцію встановили ШИК-позитивний матеріал у поверхневому шарі епітеліального пласта. У хворих на епідермоїдну КБДШ спостерігали картину позитивного забарвлення на глікоген у субепітеліальному відділі стінки епідермоїдної КБДШ. При дермоїдній КБДШ виявлена слабо виражена позитивна реакція, переважно, у тканині сальної залози. При аналізі стінки кісти слинної залози бічної ділянки шиї встановлена наявність ШИК-позитивного матеріалу у всьому шарі епітеліального пласта. Відомо, що БКШ має синонім – лімфоепітеліальна кіста шиї. Лімфоїдні органи та тканини являються імунокомпетентними органами, але не встановлена їх роль і немає обґрунтованих доказів щодо ролі імунної системи в розвитку цієї патології. Важливість питання про роль основних клітин адаптивного імунітету в патогенезі кіст бічної ділянки шиї продиктоване необхідністю вдосконалення алгоритму диференціальної діагностики істинних БКШ. Як показали літературні дані, існує багато підтверджень, що морфологічна організація БКШ нагадує лімфоїдну тканину [5], склад і представництво в якій субпопуляцій імунних клітин не наведені в науковій літературі. Нами встановлено, що представництво і розподіл основних імунних клітин у стінках кіст може слугувати важливою диференційно-діагностичною ознакою, удосконалює та обґрунтовує, в сукупності з висвітленими попередніми критеріями, алгоритм клініко-лабораторної діагностики всіх бічних кіст шиї/



Розроблений нами діагностичний алгоритм слід широко використовувати в повсякденній клінічній практиці для попередньої диференційної діагностики кіст бічної ділянки шиї та встановлення остаточного діагнозу в складних та сумнівних випадках.

Перспективи подальших розробок. Впровадження запропонованого нами алгоритму обстеження хворих з бічними кістами шиї в клінічну практику практичних лікувальних закладів дозволить оптимізувати діагностичний процес у даній категорії хворих вже на догоспітальному етапі та визначитися, в деякій мірі, з обґрунтуванням хірургічного доступу та обсягом оперативного втручання.

Література

1. Врожденные срединные и боковые кисты шеи / [Шашкевич А.П., Асмоловский В.М., Сивенкова Е.П., Жеренкова Л.В.] // Пороки развития и наследственные заболевания. – Смоленск, 1982. – С. 91-95.

2. Дьоміна К.Ю. Клініко-імуногістохімічна характеристика бічних кіст шиї: дис... канд.мед.наук: – 14.01.22 / Дьоміна Катерина Юрійвна. – Полтава, 2007. – 160 с.
3. Евстифеев Е. Д., Суханов С. А. Врожденные кисты и свищи шеи у детей // Актуал. вопр. педиатрии и детской стоматологии на европейском Севере: Материалы областной научно-практической конференции, посвященной памяти П. А. Выжлецова / Архангельск, 1999. – С. 73-76.
4. Процьк В.И. Дифференциальная диагностика лимфоаденопатий челюстно-лицевой области и шеи: дис ... канд. мед. наук: – 14.01.22 / Процьк В.И. – К., 2001. – 159 с.
5. Солнцев А.М. Кисты челюстно-лицевой области и шеи. / Солнцев А.М., Колесов В.С. – К., 1982. – С. 142.
6. Kurokawa I. Cutaneous dermoid cyst: cytokeratin and filaggrin expression suggesting differentiation towards follicular infundibulum and mature sebaceous gland / I. Kurokawa, K. Nishimura, A. Hakamada et al. // Oncol Rep. – 2006. – Vol. 16, N 2. – P. 295-299.
7. Hoyt B.J. Forth branchial cyst presenting with right-side vocal cord paralysis / B.J. Hoyt, B. Lee, S.M. Taylor et al. // J Otolaryngol. – 2004. – Vol. 33, N 4. – P. 273-275.

Резюме

АЛГОРИТМ ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ С КИСТАМИ БОКОВОЙ ОБЛАСТИ ШЕИ

Ткаченко П.І., Резвіна К.Ю.

Проведено обстеження 67 пацієнтів з кистами бокової області шиї, которое включало клініко-анамнестическі дані, ультразвукове дослідження, цитологічне, гістологічне, біохімічне, імуногістохімічне дослідження тканинних структур утворення і його вмісту. Розроблено діагностичний алгоритм, застосування якого дозволяє більш точно, в короткий проміжок часу провести диференціальну діагностику кіст бокової області шиї вже на догоспітальному етапі.

Ключевые слова: алгоритм, киста шиї, диференціальна діагностика.

Стаття надійшла 11.10.10 р.

ALGORITHM OF EXAMINATION OF PATIENTS WITH CYSTS OF LATERAL REGION OF NECK

Tkachenko P. I., Rezvina K.Yu.

Examination of 67 patients with cysts of lateral region of neck which included clinico-history data, ultrasonic research, the cytologic, histological, biochemical, immunohistochemical researches of tissue structures of formation and its contents is spent. On the basis of generalisation of the received results the diagnostic algorithm which application allows more precisely is developed, in a short time interval to carry out differential diagnostics of cysts lateral region of neck already at pre-hospital stage.

Key words: algorithm, neck cyst, differential diagnostics.

УДК 616.36-003.826:615.361-008.6-07:616.36-004-092

О.Ю. Філіппова

Дніпропетровська державна медична академія

МОРФОЛОГІЧНІ ПАРАМЕТРИ НЕАЛКОГОЛЬНОГО ТА АЛКОГОЛЬНОГО СТЕАТОГЕПАТИТІВ У ХВОРИХ ІЗ ПАТОЛОГІЄЮ БІЛІАРНОГО ТРАКТУ

Морфологічні зміни печінки у хворих з неалкогольними та алкогольними стеатогепатитами мають багато спільного, проте ступінь їх тяжкості при АСГ більш виражена. Стеатоз легкого 19 (47,5%) і помірного 12 (30,0 %) ступеню був характерніший для пацієнтів з НАСГ, а у пацієнтів з АСГ частіше виявляли стеатоз помірного 10 (35,7 %) і вираженого 10 (35,7%) ступеню. Макровезикулярна форма стеатозу була найбільш характерною для усіх обстежених хворих і спостерігалася у 22 (55,0%) хворих на НАСГ та у 18 (64,3%) із АСГ. Для НАСГ характернішою є лімфоцитарна інфільтрація, то для АСГ - лейкоцитарна інфільтрація портальних трактів і вогнищ некрозу. Характерною рисою стеатозу при алкогольному ураженні печінки є його переважання у перивенулярній зоні. Вогнища некрозу і фіброз переважали у хворих АСГ.

Ключові слова: стеатогепатит, діагностика, морфологічні параметри

Жирова хвороба печінки (ЖХП), або жировий гепатоз печінки вже більше десяти років є найбільш обговорюваною проблемою серед гастроентерологів та терапевтів різних країн. В популяційних дослідженнях ЖХП трапляється в 90% випадків. Шкідливі звички у харчуванні, вживання алкоголю та нестача фізичної активності призводять до появи гепатозу навіть у дітей та підлітків. Поширеність неалкогольної ЖХП у дітей складає від 3 до 10 %, збільшуючись до 38-53 % за наявності ожиріння [2,9]. За минулі десять років цей показник виріс з 2,6 до 5 % [9]. Більшість випадків недуги є одним з проявів загального порушення метаболізму і пов'язані з розвитком ожиріння, діабету і надлишком жирів у крові [4,5]. Жирова хвороба печінки виникає внаслідок відкладання крапельок жиру в печінкових клітинах [3,5]. Сьогодні діагностика жирової хвороби печінки в умовах терапевтичного або гастроентерологічного стаціонару представляє певні труднощі. Так, наприклад, при неалкогольній жировій хворобі печінки у 70 % пацієнтів відсутні відхилення в лабораторних аналізах [2,7], а при алкогольній жировій хворобі печінки