

Ф. Д. Євчев, А. О. Теличко, М. О. Варешкіна, В. В. Гасвський
**НАШ ДОСВІД ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ
ХВОРИХ ІЗ БІЧНИМИ КІСТАМИ ШИЇ**

Одеський державний медичний університет,
Міська клінічна лікарня № 11

Вступ

Кісти шиї можуть мати серединну або бічну локалізацію, що є наслідком незавершеного ембріонального розвитку зябрових дуг. Патогенез бічних кіст шиї залишається спірним, зважаючи на відмінність у поглядах на ембріональний розвиток шиї. Так, за Е. Н. Majer [9], залишки зобно-глоткової протоки можуть служити причиною виникнення кісти. Автор вважає, що всі природжені аномалії, які викликаються неповною облітерацією зябрового апарату, розташовуються вище під'язикової кістки. Тому бічні кісти, розташовані нижче рівня під'язикової кістки, виникають із зобно-глоткової протоки; а бічні кісти, розташовані вище під'язикової кістки, можуть мати зяброве походження.

Н. Bailey [7] зараховує походження бічних кіст до порушення розвитку зябрового апарату і ділить їх на чотири групи. До першої належать кісти, які розміщуються поверхнево під I шийною фасцією біля переднього краю грудино-ключично-соскового м'яза. Ці кісти рухомі, не спаяні зі шкірою і добре промацуються, якщо не траплялося попереднього запалення стінок кісти. До другої групи належать кісти, розташовані в глибині шиї на великих судинах, нерідко спаяних із внутрішньою яремною веною. Кісти третьої групи лежать між внутрішньою і зовнішньою сонною артерією і розповсюджуються усередину до бічної стінки гортані. Іноді кіста простягається до основи черепа. Кісти четвертої групи, стінки яких покриті циліндровим епітелієм, розташовуються медіально до сонної артерії неподалік від стінки глотки. Іноді неповна внутрішня зяброва норича перетворюється на кісту внаслідок закриття рубцем отвору після тонзилектомії.

При невеликих розмірах і глибокій локалізації бічні кісти виявити важко. За частотою ці кісти виявляються рідше, ніж серединні, у співвідношенні приблизно 1 : 8 [5]. За даними нашої клініки, цей показник становить 1 : 6.

Основним симптомом бічної кісти шиї є поступовий розвиток безболісної припухлості нижче кута нижньої щелепи та біля переднього краю грудино-ключично-соскового м'яза. Швидкому

зростанню кісти сприяє травма. Іноді розміри припухлості змінюються, що може призводити до помилкового діагнозу припухлості запального походження. При прориві кісти у порожнину глотки вона може тимчасово зникнути. У разі розвитку запалення стінки кісти стають щільними і болісними при пальпації. Перехід запалення на суміжні тканини призводить до глибокого абсцесу або флегмони шиї. Кісти великих розмірів порушують акт ковтання, обмежують рухливість гортані, іноді викликають хрипоту та часткову атрофію м'яза.

Звичайні огляди і пальпація дають тільки уявлення про наявність пухлиноподібного утворення. У деяких випадках за наявності судинного утворення при проведенні ретельної пальпації не завжди визначається пульсація. При глибокому розташуванні кісти справжній розмір її важко встановити за допомогою пальпації та навіть звичайної рентгеномографії шиї. Тому хірурги стикаються з труднощами при виборі підходу до хірургічного втручання.

У літературі мало даних про способи візуалізації кіст бічної поверхні шиї і вони чітко не визначені. Традиційно в діагностичний алгоритм включається рентгенографія шиї, УЗ-дослідження органів шиї, пункція (з проведенням цитохімічного та біохімічного дослідження вмісту кісти, промиванням порожнини та введенням антисептика).

Маючи на увазі велику кількість схожих складних захворювань органів шиї, у тому числі й судинних, виправдана диференціальна діагностика бічних кіст шиї з іншими пухлинами [4–6; 8]: дермоїдною кістою, гемангіомою або лімфангіомою, додатковою зобною залозою, пухлиною каротидного тіла, кістозною гігромою, первинною лімфомою, ліпомою, нейрофібромою, кістою щитозязикового ходу, гнійним шийним лімфаденітом, лімфаденітом при ВІЛ-інфекції, туберкульозом лімфатичних вузлів, хронічним задньоглотковим абсцесом й аневризмою.

Наводимо деякі орієнтовні критерії диференціальної діагностики. Дермоїдна кіста лежить поверхнево і ніколи не прикріплюється до бічної стінки глотки. При розтині кісти в ній виявляють волосся.



Кавернозні гемангіоми мають синювате забарвлення, при їх пальпації визначаються розширені звиті вени. Кистоподібна припухлість судинного походження, особливо венозна гемангіома, легко зменшується в об'ємі при натисканні та поволі збільшується після припинення тиску.

Додаткова зобна залоза є рідкісним залишком, розташованим уздовж зобно-глоткового ходу. Вона може поєднуватися з ектопією паращитоподібної тканини.

Пухлина каротидного тіла трапляється рідко. Розташована вона у біфуркації сонної артерії. При пальпації передається різка пульсація. Відрізняти її від кіст зябрового походження, які виявляються частіше, дуже важливо, оскільки видалення пухлини каротидного тіла не позбавлене небезпеки.

Кістозна гідрома розташована в нижній половині шиї; вона часточкова, просвічується, тимчасом як кіста зябрового походження непрозора, одинична, чіткіше відмежована і розташовується у верхньому відділі шиї. Первинна лімфома рідко трапляється у вигляді поодинокого вузла, частіше ж складається з групи спаяних вузлів, що злилися. Лімфома на дотик щільніша, ніж кіста, здебільшого має часточкову будову, при її пункції рідина не виходить. Нейрофіброми частіше є щільними, нерухомими пухлинами, варіюють від 1 до 4 см у діаметрі, іноді виявляються у вигляді множинних утворень.

Кіста щитозязикового ходу, навіть якщо розташована збоку від середньої лінії шиї, ніколи не доходить до грудино-ключично-соскового м'яза і прикріплюється до під'язикової кістки. При ковтанні вона переміщується вгору і вниз.

У разі нагноєння кісти утворення може нагадувати гостре запалення шийних лімфатичних вузлів. Вказівка хворого на раніше існуючу припухлість у ділянці бічної поверхні шиї свідчить про кісту.

Туберкульоз шийних лімфатичних вузлів іноді нагадує кісту. Повна відсутність шийного аденіту вказує на кісту. Крім того, навряд чи можливе існування протягом декількох місяців абсцесу туберкульозного походження без залучення шкірних покривів. Хронічний задньоглотковий абсцес, зазвичай туберкульозного походження, може нагадувати кісту, яка іноді виявляється у глотці, простягається вгору до атланта і в бік до сонної артерії. Питання вирішує пункція.

Аневризма сонної артерії зазвичай випинається в глотку і не завжди передає пульсацію. Аспірація тонкою голкою дозволяє підтвердити діагноз, при труднощах діагностики рекомендується артеріографія.

Відомо, що спосіб лікування всіх доброякісних пухлиноподібних утворень, і зокрема кістозних, один — хірургічний. Проведений аналіз частоти захворювання та складності диференціальної діагностики підтверджує необхідність

розробки способів діагностики та точної візуалізації пухлин шиї для проведення адекватного хірургічного лікування.

Так, на наш погляд, проведення цитохімічного та біохімічного дослідження до лікування як діагностичний критерій не завжди виправдане. На підставі цих досліджень не можна робити висновок ані про гістоструктуру, ані специфіку, вони не дають повної інформації про новоутворення, що заважає вибору способу хірургічного лікування. Ці дослідження доцільно проводити, ретельно вивчаючи післяопераційний матеріал.

Аналіз більшості публікацій застосування променевої діагностики (РКТ і МРТ) в онкоотоларингології [1] як самостійного методу свідчить про їх невисоку теоретичну та практичну цінність:

— незначний або обмежений об'єм отриманої інформації при аналізі діагностичних зображень (аналіз зображень пухлини проводиться практично завжди для топографо-анатомічної діагностики);

— відсутність показників діагностичної ефективності (чутливості, специфічності, точності), запроваджених у променеву діагностику ще 1947 р.;

— безпідставне викладення результатів аналізу, зображень без будь-якої осмисленої системи семіотики;

— відсутність суттєвої та важливої інформації про умови і протоколи отримання зображень (особливо це важливо щодо МРТ зображень).

У відсотковому співвідношенні точність УЗ-діагностики і способів променевої візуалізації пухлиноподібних утворень шиї за даними літератури різна (таблиця). Так, наприклад точність діагностики для бічних кіст шиї — 45–50 % [1–3]; захворювань слинних залоз — 27–40 % [2]; лімфаденопатій шиї — 56–86 % [1; 2].

Клінічні спостереження протягом 5 років показали, що діагностика на доопераційному етапі у хворих із пухлиноподібними утвореннями є проблематичною.

Мета дослідження — вивчення ефективності способів діагностики бічних кіст шиї.

Завдання роботи — удосконалити комплексний спосіб візуалізації пухлиноподібних утворень на доопераційному етапі.

Матеріали та методи дослідження

До дослідження залучено 200 хворих із пухлиноподібними утвореннями бічної поверхні шиї. Із них 112 чоловіків і 88 жінок віком від 12 до 45 років. На догоспітальному етапі хворі були обстежені поверхнево, отримані дані УЗД і рентгеномограми органів шиї не відбивали дійсну картину захворювання. Тому в умовах стаціонару вивчалася ефективність однокомпонентної та комплексної діагностики органів шиї, включаючи й стандартні методи обстеження (огляд, пальпація). Компоненти діагностики (ультра-



звукове дослідження шиї, МРТ і РКТ) використовувалися як самостійно, так і в комплексі залежно від глибини локалізації кістозного утворення. Хворих було розділено на чотири групи по 50 осіб залежно від способу візуалізації органів шиї: 1-ша група — 50 хворих (УЗД); 2-га група — 50 хворих (МРТ); 3-тя група — 50 пацієнтів (РКТ); 4-та група — 50 хворих (комплексна діагностика в межах трьох технологій — УЗД, РКТ і МРТ).

Виконували УЗД на апараті “Siemens Sonoline 450” і “Toshiba Nemio 17”, в аксіальній проекції (площині) при горизонтальному положенні хворого на спині. Зона обстеження була від лінії нижніх щелеп, защелепових ямок зверху та вниз до ключиць, включаючи всі трикутники шиї. Цей метод не завдає променевого навантаження і з його допомогою можна виявити пухлиноподібне утворення до 2 см (20 мм), віддиференціювати від шийного лімфаденіту та регіонарного метастазу раку гортаноглотки.

Другий метод: МРТ-візуалізація пухлин шиї проводилася на магніторезонансному томографі “Magnetom Vision Plus” («Сименс», Німеччина); МР-дослідження проводилося без будь-якої спеціальної підготовки хворого.

Було використано спосіб візуалізації за допомогою спіральної комп’ютерної томографії у м’якотканинному режимі, яка проводилася на томографі ASTEION SUPER 4 (“Toshiba”, Японія). Томограф є мультизрізовим КТ-сканером із можливістю одночасно отримати дані 4 зрізів завтовшки від 0,5 до 5 мм. Система ASTEION проводить КТ-рентгеноскопії в реальному часі (ASTEION забезпечує показ у реальному часі 12 зображень за секунду). З метою визначення взаємовідношення з магістральними судинами виконували контрастне дослідження (внутрішньовенне введення Омніпак-350 100 мл під час КТ).

Ефективність комплексної діагностики (УЗД, МРТ, РКТ) пухлиноподібних утворень шиї оцінювали за чутливістю (Ч), специфічністю (С) і точністю (Т) методів порівняно з інтраопераційною знахідкою та патогістологічним результатом. Ці критерії обчислювалися за формулами:

$$Ч = \frac{\text{справжні позитивні результати}}{\text{справжні позитивні} + \text{хибнонегативні результати}} \cdot 100 \%;$$

$$С = \frac{\text{справжні негативні результати}}{\text{справжні позитивні} + \text{хибнонегативні результати}} \cdot 100 \%;$$

$$Т = \frac{\text{справжні позитивні результати}}{\text{справжні позитивні} + \text{хибнонегативні результати}} \cdot 100 \%.$$

Результати дослідження та їх обговорення

Під нашим спостереженням перебувало 200 хворих із пухлиноподібними утвореннями бічної поверхні шиї. Вивчена семіотика пухлиноподібних утворень шиї за даними звичайних оглядів, пальпації, ехографічних характеристик УЗД і параметрів МРТ і РКТ.

Визначальними критеріями оцінки ехограм кістозних утворень були: розміри, контури, форма, ехогенність, співвідношення з магістральними судинами, стан паренхіми утворення (рис. 1) та показники візуалізації утворень шиї (товщина зрізів, довжина, щільність, контури, співвідношення з магістральними судинами), одержані при РКТ- і МРТ-дослідженнях (рис. 2–5).

У 50 хворих УЗД-діагностика органів шиї дозволила візуалізувати всі утворення на шиї, і лі-

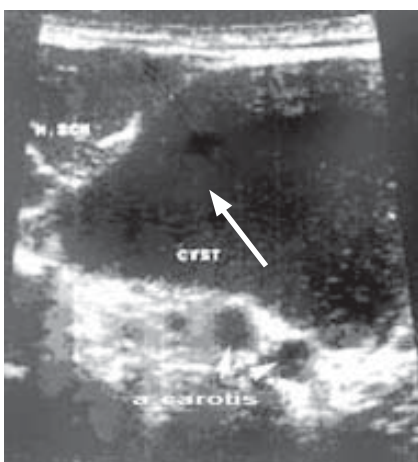


Рис. 1. УЗД шиї: пухлиноподібне утворення



Рис. 2. РКТ органів шиї: пухлиноподібне утворення

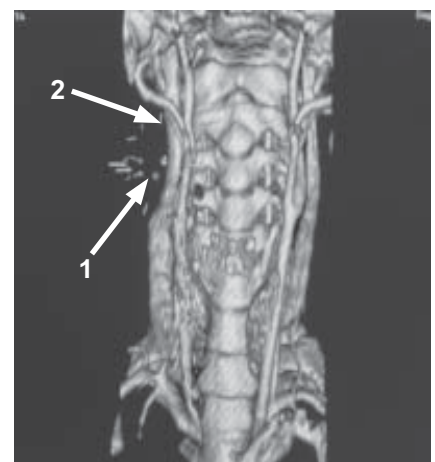


Рис. 3. Судинний режим: 1 — зона кістозного зображення; 2 — зона компресії, деформації біфуркації сонної артерії



ше у 39 (78 %) хворих виявилось можливим розрізнення кіст від лімфаденопатії та інших утворень шиї. Із них у 11 (22 %) хворих діагностика на доопераційному етапі не збігалася з операційною візуалізацією. Точність способу сягала 78 %.

Точність променевої діагностики — МРТ і мультиспіральної РКТ — становила відповідно 84 і 80 %. Не збігалися дані з операційними (патогістологічними) відповідно у 16 і 20 % випадків.

Зіставлення діагностичної ефективності цих показників — чутливості (Ч) і специфічності (С) УЗД, МРТ і РКТ у м'якотканинному режимі — з даними авторів [1; 2] наводиться у таблиці.

З таблиці видно, що діагностична точність авторів [1] і [2], порівняно з даними однокомпонентної діагностики, виконаної у наших хворих, практично не відрізнялася. Реально підтверджується підвищення ефективності при використанні діагностичної візуалізації всіх трьох технологій: УЗД, МРТ, РКТ із контрастуванням. Точність діагностики сягала 96 %.

Найбільша розбіжність спостерігалася при УЗД-діагностиці (22 %), а також при РКТ (20 %). При МРТ-діагностиці розбіжність становила 16 %.

Усім 200 хворим із бічними кістами шиї проведено хірургічне лікування та мікроскопічне і патогістологічне дослідження. Під час операції у 29 хворих синтопія утворення не збігалася з даними, отриманими на етапі передопераційної діагностики. Проведено аналіз використання методів діагностики: за допомогою трьох технологій (УЗД, МРТ, РКТ) хірургічні знахідки виявлено у 2 % випадків, а окреме застосування МРТ, РКТ, УЗД було менш ефективним, ніж доопераційна діагностика. Операційна знахідка полягала в тому, що пальпація та дані МРТ і РКТ, які свідчили про спаяння з магістральними судинами та на-

явність пульсації утворення на етапі діагностики, не підтверджувалися на операційному столі або навпаки. Вивчення післяопераційного матеріалу дозволило встановити природу пухлиноподібного утворення (мікроскопічне та патогістологічне дослідження виконано у 100 % хворих).

Дослідження макропрепарату. Видалений макропрепарат мав вигляд м'якоеластичного утворення з вираженою дрібносудинною сіткою (рис. 6). На розрізі вміст кісти звичайно непрозорий, містить багато кристалів холестерину.

Мікроскопія показала наявність клейкої слизової рідини з кристалами холестерину.

Патогістологічний висновок був остаточним для визначення клінічного діагнозу.

Ектодермальна кіста (епідермальна або дермоїдна) з багат шаровим плоским епітелієм і придатками шкіри виявлена у 27 (13,5 %) хво-

Таблиця

Чутливість і специфічність методів діагностики пухлиноподібних утворень шиї, %

Метод діагностики	[1]		[2]		Результати наших досліджень	
	Ч	С	Ч	С	Ч	С
Ультразвукове дослідження	86,7	80,0	74,1	87,8	78	22
МРТ	89,7	81,8	84,4	68,2	84	16
РКТ у м'якотканинному режимі	—	—	—	—	80	20
УЗД, МРТ, РКТ	—	—	—	—	96	4
Патогістологічний	—	—	88,8	100	100	100

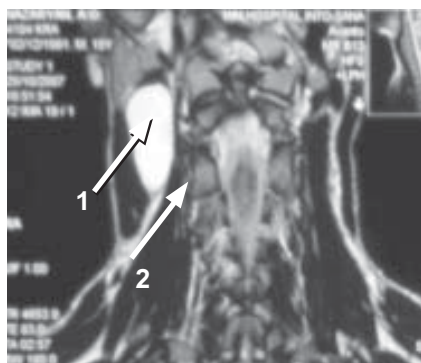


Рис. 4. МРТ органів шиї: 1 — пухлиноподібне утворення; 2 — біфуркація сонної артерії та взаємовідношення з утворенням

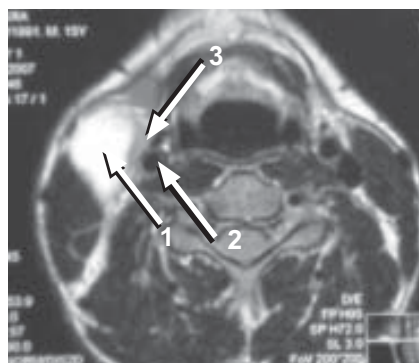


Рис. 5. МРТ органів шиї: 1 — пухлиноподібне утворення; 2 — загальна сонна артерія та взаємовідношення з утворенням; 3 — лімфоїдна та пухка сполучна тканина між кістою і магістральними судинами

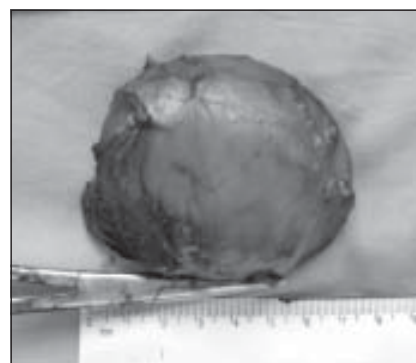


Рис. 6. Видалений макропрепарат (7 см)



рих. Клінічно локалізація цих кіст поверхнева, за класифікацією Bailey, — це перша група порушення розвитку зябрового апарату.

Ендодермальна кіста діагностована у 173 (86,5 %) хворих. Стінка кісти вистелена циліндричним епітелієм із лімфоїдною тканиною. Приблизно у 40 % випадків реєструвалася метаплазія із циліндричного епітелію у багат шаровий плоскоклітинний епітелій у зв'язку з тривалим запальним процесом.

Клінічно ці кісти локалізувалися глибоко, над сонною артерією, під нею або медіальніше. За класифікацією Bailey — це II, III і IV група порушення розвитку зябрового апарату.

Наводимо приклад. Хворий А., 16 років, із бічною кістою шиї ендодермального походження. За даними комплексної діагностики УЗД і МРТ, без спайкового процесу з магістральними судинами. Утворення локалізувалося над біфуркацією сонної артерії та між нею, спостерігалася деформація артерії. Під час доопераційного обстеження виявлено пульсацію, що наводило на думку про судинне походження кісти.

Операційна знахідка показала наявність спайкового процесу з адвентицією біфуркації сонної артерії, внутрішньою сонною артерією та внутрішньою яремною веною (див. рис. 3–5), що створювало труднощі під час хірургічного втручання (рис. 7–9).

Отримані результати підтверджують необхідність комплексного вивчення семіотики пухлиноподібних утворень шиї на доопераційному етапі, оскільки комплексна діагностика дає найбільший відсоток достовірної візуалізації.

Висновки

1. Використана окремо МРТ, РКТ й УЗ-діагностика дозволили візуалізувати пухлиноподіб-

ні утворення відповідно у 84, 80 та 78 % випадках, проте лише у 88 % вдалося віддиференціювати їх від метастатичних і судинних утворень шиї.

2. Визначення топографо-анатомічних взаємовідношень пухлиноподібного утворення і сонної артерії проводиться за допомогою трьох методів візуалізації: МРТ, РКТ, УЗД з контрастуванням. Ефективність цієї технології становить близько 96 %.

ЛІТЕРАТУРА

1. Абизов Р. А., Скорик А. А., Шило Т. В. Поєднання раку гортані з боковою кістою шиї, яка симулювала метастатичний вузол // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. — 2001. — № 2. — С. 85-86.
2. Митьков В. В., Медведев М. В. Клиническое руководство по ультразвуковой диагностике. — М., 1997. — С. 271-274.
3. Винников А. К. Доброкачественные объемные образования лица и шеи // Рос. мед. вестн. — 2001. — № 3. — С. 51-55.
4. Власов В. В. Эффективность диагностических исследований. — М.: Медицина, 1988. — 256 с.
5. Демина К. Ю. Клинико-морфологическая характеристика боковых кист шеи лимфоэпителиального генеза // Світ медицини та біології (Полтава). — 2005. — № 1. — С. 80-86.
6. Митченко В. И., Демина К. Ю. Дифференциальная диагностика боковых кист шеи бронхогенного и лимфоэпителиального генеза по эхографическим показателям // Зб. наук. праць Інституту стоматології КМАПО ім. П. Л. Шупика. — К., 2004. — Вип. 1. — С. 162-163.
7. Bailey H. Thyroglossal cysts and fistulae // Brit. J. surg. — 1925. — Vol. 12. — P. 575-589.
8. Proctor B. Lateral vestigial cyst and fistulas of the neck // Laryngoscop. — 1955. — Vol. 65. — P. 355-401.
9. Majer E. H. Руководство по оториноларингологии. — 1963. — Т. III. — С. 20-32.

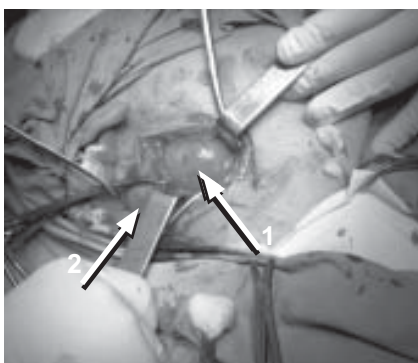


Рис. 7. Хірургічне втручання: 1 — кістозне утворення; 2 — кивальний м'яз відведено в бік

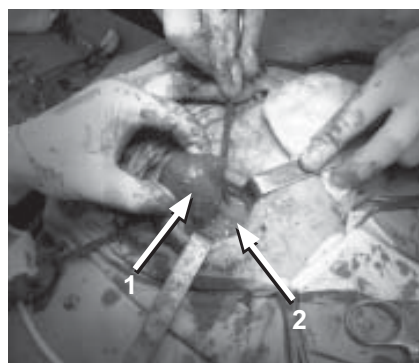


Рис. 8. Бічна кіста шиї (1) відокремлена від біфуркації сонної артерії (2)

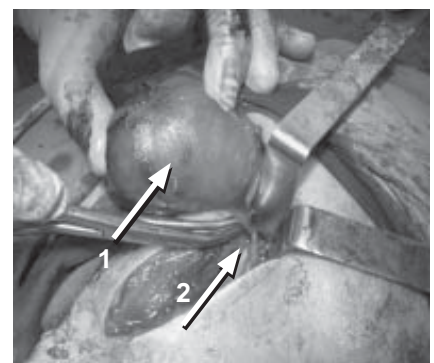


Рис. 9. Видалення пухлинного утворення: 1 — бічна кіста шиї; 2 — ніжка кісти

