

Установлены значимые отличия в длине — 29 (28; 30); II — 45,5 (39,5; 48), $Z(U) = -3,18$; $p = 0,001$), ширине (I — 18 (17; 23,5); II — 35 (25,5; 43,5), $Z(U) = -3,22$; $p = 0,002$), толщине (I — 24 (21,5; 28,5); II — 27,5 (20; 37), $Z(U) = -2,82$; $p = 0,005$) и в объеме (7,4 (6,7; 114,5); II — 10,1 (4,8; 33,1), $Z(U) = -3,09$; $p = 0,002$) левого яичника у пациенток с функциональной кистой яичника I и II групп по критерию U — Манна — Уитни.

При сравнении пациенток из I и II групп, имеющих серозную кисту яичника, были установлены значимые отличия по возрасту пациенток на начало заболевания: в I группе 40,5 (37,5; 44,5) лет, во II группе — 54 (43; 66) лет ($Z(U) = -2,13$; $p = 0,033$). У пациенток в I группе объем правого яичника 37,4 (19,3; 70,7) значительно превышал объем правого яичника из II группы 7,3 (6,8; 7,8) ($Z(U) = -1,97$; $p = 0,048$).

Размеры матки и толщина эндометрия находились в пределах нормы во всех исследуемых группах.

Выводы

Более интенсивное кровоснабжение правого яичника, обусловленное прямым отхождением правой яичниковой артерии от брюшной части аорты и аналогичным венозным возвратом, приводит к появлению в 66,7 % функциональных кист правого яичника ($p < 0,05$) в возрасте ($35,1 \pm 2,6$ лет) и значимо чаще (в 79,2 %) ($p < 0,05$) сопровождается воспалительной или пролиферативной патологией и требует консервативной терапии. Серозные кисты в правом яичнике встречаются в возрасте $39,6 \pm 2,8$ лет, в левом — в $54,3 \pm 4,9$ лет ($p < 0,05$). Установлены значимые различия в размерах и объеме между левыми яичниками и объеме правых яичников по критерию U — Манна — Уитни у пациенток I и II групп ($p < 0,05$). Установлены значимые различия в размерах и объеме между левыми яичниками по критерию U — Манна — Уитни у пациенток I и III групп в сравнении.

ЛИТЕРАТУРА

1. Оптимизация хирургической тактики при перекруте кисты яичника у детей и подростков / Ю. В. Краснопева [и др.] // Бюллетень ВСНЦ СО РАМН. — 2006. — № 1. — С. 72–75.
2. Лечение кист яичника / К. К. Меджидова [и др.] // Проблемы репродукции. — 2014. — № 5. — С. 35–38.
3. Рылюк, А. Ф. Топографическая анатомия и оперативная гинекология: учеб. пособие / А. Ф. Рылюк. — Минск: Экоперспектива, 2001. — 226 с.
4. Хачкурузов, С. Г. УЗИ в гинекологии. Симптоматика. Диагностические трудности и ошибки / С. Г. Хачкурузов. — СПб.: ЭЛБИ-СПб, 2001. — 661 с.

УДК 617.53-003.4-070-08

БРАНХИОГЕННАЯ КИСТА ШЕИ: СЛУЧАЙ ИЗ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ

Марковский В. О.

Научные руководители: к.м.н., доцент *Э. А. Надыров,*
А. Е. Филюстин, В. А. Доманцевич

Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»,
Государственное учреждение
«Республиканский научно-практический центр
радиационной медицины и экологии человека»
г. Гомель, Республика Беларусь

Бранхиогенная киста шеи — это округлой формы образования, расположенные в верхнем отделе шеи впереди грудинно-ключично-сосцевидной мышцы (в области сонного треугольника). Хотя может находиться в среднем и даже нижнем отделе шеи. В

типичных случаях боковая киста, локализуясь в верхней или средней трети шеи, прилегает к переднему краю грудинно-ключично-сосцевидной мышцы или частично заходит под нее. Располагается она между 2 и 3-м фасциальным листком шеи (между поверхностным и глубоким листком собственной фасции шеи) на сосудисто-нервном пучке.

Этиология бранхиогенных кист шеи до настоящего времени полностью не изучена. Согласно данным Р. И. Венгловского, 1909, боковая киста шеи происходит не из второй жаберной щели, а из остатков эмбрионального канала вилочковой железы — *tractus thymopharyngeus*, отходящего от боковой стенки глотки. Г. А. Рихтер, 1924 же указывает, что боковые кисты и свищи шеи происходят из остатков эмбрионального канала вилочковой железы и протоков, образующих боковые отделы щитовидной железы. Врожденные кисты и свищи шеи являются сравнительно редкими пороками развития. Их доля среди всех опухолей и опухолевидных образований челюстно-лицевой области и шеи по данным Е. Я. Губайдулиной и Л. Н. Цегольник, 1990 едва достигает 5 %. Зачатки врожденных кист и свищей шеи закладываются в первые недели эмбрионального развития, а их клинические проявления могут возникать в разные возрастные периоды — от новорожденности до пожилого возраста.

Классификация В. М. Безрукова, 1965 г.

1. Кисты и свищи околоушной области.
2. Срединные кисты и свищи шеи.
3. Боковые кисты и свищи шеи.

Кисты: 1) срединная или тиреоглоссальная, энтодермальная; 2) боковая или бранхиогенная, эктодермальная.

Боковые кисты, в свою очередь, разделяются на: 1. Однокамерные; 2. Многокамерные.

При клиническом осмотре киста умеренно подвижна, имеет эластическую консистенцию, зачастую определяется флюктуация. Боль и изменение кожи над ней появляются при воспалении. Сдавление гортани, пищевода, сосудисто-нервного пучка наблюдается крайне редко. Самым частым осложнением боковых кист шеи является воспаление и нагноение. Инфицирование происходит при травме, наличии очагов хронической инфекции (кариес, адено tonsиллит), на фоне сопутствующих заболеваний, ослабляющих организм. Жидкость, полученная после пункции образования, имеет серозно-слизистое или слизисто-гнойное содержимое. При нагноении кисты жидкость становится мутной, появляется гной. Нарастают припухлость и болевой синдром, увеличивается отек, появляется краснота, ухудшается общее состояние, повышается температура тела. При анализе крови отмечается лейкоцитоз, нейтрофилез, сдвиг лейкоцитарной формулы влево.

Случай из клинической практики

Пациент В., 2000 года рождения, обратился в УЗ «Гомельская областная клиническая поликлиника» в 2018 г. с жалобами на повышение температуры до субфебрильных цифр (37,1–37,2 °С), повышенную потливость, боль в горле, слезоточивость с глаз, быструю утомляемость, сонливость, наличие опухолевидного образования на шее слева.

Указанные жалобы беспокоили пациента в течение 4 месяцев (ранее обращался к врачу). В анамнезе: простудные заболевания, трахеит, острый ринит, первичная артериальная гипертензия. На момент осмотра терапевта у пациента наблюдалось повышение температуры до субфебрильных цифр. По результатам лабораторного исследования: лимфоцитоз. Предварительный диагноз: воспаление поднижнечелюстной слюнной железы. Лимфаденопатия шеи.

Ультразвуковое исследование. Заключение: нефроптоз справа, изогнутый желчный пузырь, кальцинат селезенки.

Магнитно-резонансная томография. Заключение: в мягких тканях шеи слева, по переднему краю грудино-ключично-сосцевидной мышцы, кнаружи от внутренней и наружной сонных артерий, определяется киста (40×35×23 мм), стенки толщиной от 1 до 4 мм. Верхний край прикрыт нижним полюсом околоушной слюнной железы. Других патологических объемных образований и увеличенных лимфоузлов не выявлено.

При осмотре хирурга увеличенных лимфоузлов подмышечной впадины, головы, ключицы и паховой области не выявлено. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Кожные покровы бледно-розовые. Пациент был направлен на консультацию в УЗ «Гомельский областной клинический онкологический диспансер».

При взятии пункции из образования был получен мутный аспират (слущенные клетки многослойного плоского эпителия, кристаллы холестерина, лимфоциты и эритроциты).

Заключение: боковая киста шеи. Пациент направлен на консультацию к челюстно-лицевому хирургу.

После получения письменного согласия на проведение операции, пациенту была удалена опухоль. Операция проводилась под эндотрахеальным наркозом. Опухоль была направлена на гистологическое исследование. Результат исследования: Боковая эктодермальная однокамерная киста шеи. Киста выстлана многослойным плоским неороговевающим эпителием. В просвете кисты – клеточный детрит из десквамированного эпителия. Стенка боковой кисты состоит из плотной волокнистой соединительной ткани, выстланной многослойным плоским неороговевающим эпителием, в подлежащих структурах определяются лимфоидные фолликулы с наличием центров размножения.

Через 2 недели пациент был выписан с улучшением.

Сложность диагностирования боковой кисты шеи заключается в том, что часто ошибочно ставят диагноз: лимфаденит, лимфома, лимфогранулематоз, ВИЧ, смешанная опухоль околоушной слюнной железы, специфические воспалительные процессы.

Выводы

1. Кисты шеи являются редкой, порой достаточно сложной для диагностики патологией, которую приходится дифференцировать с большим числом заболеваний шеи.

2. Диагностика данного заболевания должна быть комплексной, включающей в себя клинические данные, пункцию образования, фистулографию, ультразвуковое исследование, компьютерную томографию, гистологическое исследование операционного материала.

3. Лечение кист шеи — оперативное. Радикальное удаление кисты предупреждает возникновение рецидивов заболевания.

4. Окончательный диагноз ставится только исходя из гистологического исследования.

ЛИТЕРАТУРА

1. Безруков, В. М. Врожденные кисты и свищи околоушной области и шеи / И. В. Бабичева // Теория и практика стоматологии. — М., 1965. — Вып. 8. — С. 168–176.

2. Венгловский, Р. И. О свищах и кистах шеи в связи с учением о развитии и строении жаберного аппарата, языка, щитовидной и зубной желез / Р. И. Венгловский. — М.: Тип. Левенсон, 1909. — 142 с.

3. Губайдулина, Е. Я. Опухоли, опухолевидные поражения и кисты лица, органов полости рта, челюстей и шеи / Е. Я. Губайдулина, Л. Н. Цегольник // Хирургическая стоматология / под ред. Т. Г. Робустовой. — М., 1990. — С. 443–542.

4. Рихтер, Г. А. Новый хирургический архив / Г. А. Рихтер // Хирургическая стоматология. — 1924. — Т. 8, № 1. — С. 11–13.