

УДК 616.743—006.2+617.53.314

М. Х. АИРАПЕТЯН, Н. В. КАРАПЕТЯН, Л. Л. ГРИГОРЯНЦ

НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ КИСТОЗНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ШЕИ

Работа посвящена диагностике и лечению кистозных образований шеи. Исследованы и оперированы 85 больных (56 с врожденными кистами, 8—с паразитарными и 21—с гемангиомами и лимфангиомами шеи).

Для диагностики указанных заболеваний, кроме обычных клинических исследований, широко применялась пункция с цитологическим исследованием пунктата. Для выяснения взаимоотношения с соседними органами применялось контрастное рентгеноисследование с введением контрастного вещества в полость кистозного образования.

Лечение кист и кистозных образований шеи заключалось в радикальном удалении; из 85 наблюдений рецидив врожденной кисты отмечался у 11 больных. Срок наблюдения 3—5—10 и более лет.

Кистозные образования шеи, являющиеся в основном врожденными, относятся к аномалиям развития и связаны с задержкой нормальных стадий эмбриогенеза, которые проходят через ряд смежных этапов. Дефекты развития шеи встречаются не так редко, как описываются в литературе.

Поскольку кисты шейной области возникают вследствие нарушения развития жаберных дуг и щелей, образования эти носят названия бранхиогенных.

Боковые кисты и свищи шеи, развивающиеся из протоков вилочковой и щитовидной желез, располагаются ниже подъязычной кости кнаружи от средней линии, впереди от края жевательной мышцы [5]. Вышеизложенное свидетельствует о том, что имеется общая эмбриогенетическая связь между врожденными кистами шеи и добавочными щитовидными железами в мезобранхиальном поле.

В процессе эмбриогенеза в одних случаях ткань щитовидной железы сохраняется, подвергаясь гиперплазии, и проявляется как субдодавочной щитовидной железы, в других—распадается, выявляясь в виде врожденной кисты шеи.

Несмотря на врожденный характер, кистозные образования шеи обнаруживаются лишь в зрелом возрасте в виде глубоко заложенных образований. В большинстве случаев они содержат серознослизистую жидкость или атероматозную кашлицу.

Вопрос диагностики и лечения кистозных образований шеи в современной литературе недостаточно освещен, и это, на наш взгляд, объясняется тем, что указанные заболевания изучаются различными специалистами (челюстно-лицевыми хирургами, отоларингологами) и

весьма редко хирургами. Однако как по литературным, так и по нашим данным видно, что основной контингент больных с кистами шейной области в конечном итоге лечится в онкологических клиниках.

Наши наблюдения совпадают с мнением Р. И. Венгловского и И. С. Венгеровского [2, 3] о том, что хотя боковые кисты шеи чаще всего наблюдаются в детском возрасте, больные обращаются за медицинской помощью в зрелом возрасте. Детские хирургические клиники г. Еревана наблюдали кисты шеи чрезвычайно редко.

Хирургическое отделение нашего института располагает материалом, охватывающим 85 наблюдений кистозных образований шеи, из которых 45 относятся к срединным кистам шеи. Среди 11 боковых кист шеи 7 были расположены слева и 4 справа. У 8 больных имелись паразитарные кисты (эхинококк) шейной области, у 21 — гемангиома и лимфангиома.

Из 56 больных с врожденными кистами мужчин было 35, женщин 21. Возраст больных колебался от 4 до 85 лет (29 чел. — от 15 дней до 5 лет, 43 — от 5 до 15 лет, 13 чел. — 14 лет и более).

Анализ историй болезни и диагнозов показывает, что врачи общелечебной сети недостаточно знакомы с врожденными кистами шеи. Только 29 больных поступили к нам с диагнозом — киста шейной области, остальные лечились в различных лечебных учреждениях с диагнозом — воспалительный лимфаденит, туберкулез и пр.

Жалобы больных с кистозными образованиями шейной области сводились к наличию безболезненной припухлости различных размеров.

Кистозные образования у исследуемых больных располагались на передней или боковой поверхности шеи, большей частью вблизи от щитовидной железы в подчелюстной или околоушной области. У двух больных длительное время существование кистозных образований привело к воспалению и образованию свищей. Отделяемое свищей и содержание кист носило гнойный характер. Небольшие кисты и свищи не нарушали функции шейных органов, однако при больших кистах больные жаловались на затруднение глотания и дыхания.

Боковые кисты шеи обычно располагались в области кивательной мышцы, чаще по переднему краю или под ней на различных уровнях, имели эластичную, мягкую или плотноватую консистенцию, гладкую поверхность и четкие контуры. При расположении в подчелюстной области ценные данные можно получить при одновременной пальпации как со стороны полости рта, так и с поверхности образования.

Диагностика кистозных образований шеи не трудна, в сомнительных случаях пункция легко устанавливает наличие жидкости, после извлечения которой опухоль исчезает. Цитологическое исследование жидкости, в свою очередь, дает возможность установить характер процесса, а наличие плоских эпителиальных клеток подтверждает несомненность диагноза врожденной кисты. Нередко макроскопический вид пунктата дает основание дифференцировать эхинококк, лимфангиому, гемангиому от истинных кист шейной области.

Ввиду глубокого расположения кистозных образований шеи необходимо тщательное предоперационное исследование как хирургом, так и ларингологом.

Установление связи с другими шейными органами нередко бывает возможно только с помощью контрастного рентгеноисследования. После пункции в полость кисты вводится 50%-ый кардиотраст, и производится рентгеноснимок. Количество введенного контрастного вещества зависит от размеров полости кисты. Проведенные исследования убедили нас в том, что контрастное рентгеноисследование имеет решающее значение для выбора методов лечения.

Срединные кисты шеи отличаются от боковых кист только своим расположением, во всех остальных вопросах как диагностики, так и лечения они ничем не отличаются от боковых кист шеи.

Что же касается данных литературы о паразитарных кистах шейной области, то они весьма скудны, а имеющиеся единичные наблюдения [1, 6, 7] свидетельствуют об их исключительной редкости. Эхинококк щитовидной железы отмечен в 0,25% всех случаев эхинококков. Большая редкость в отсутствии характерных симптомов эхинококка шейной области приводит к тому, что они оперируются под различными предоперационными диагнозами: киста шеи, узловатый или добавочный зуб, опухоли лимфоузлов и т. п.

Мы располагали 8 наблюдениями эхинококка шейной области: 4—щитовидной железы, 2—слюнной железы (околоушная и подчелюстная), 2—мышц шеи. Эхинококки щитовидной железы были оперированы с предположительным диагнозом—узловатый кистозный зуб, а эхинококк слюнной железы в одном случае был принят за смешанную опухоль околоушной слюнной железы, в другом—за кисту.

Гемангиомы и лимфангиомы шейной области встречаются редко, и почти всегда такие больные оперируются с предоперационным диагнозом—киста шеи.

Рациональным методом лечения кистозных образований шеи является оперативный, заключающийся в радикальном иссечении кисты вместе с капсулой. Для оперативного удаления кист шеи желательно применение интубационного наркоза, при котором хирург имеет возможность манипулировать свободно.

Мы согласны с принципом Макинтоша, который предлагает операцию выше ключицы производить под общим обезболиванием, что создает наиболее благоприятные условия для спокойного выполнения оперативного вмешательства.

Под общим обезболиванием нами оперировано 38 больных. Подготовка больных к обезболиванию обычная. Вводный наркоз осуществляется внутривенным введением барбитуратов ультракороткого действия. В качестве основного наркотика применялись эфир, закись азота, фторотан. В связи с тем, что на шее чаще применяется электрокоагуляция, мы предпочтение отдаем использованию закиси азота и фторотана. Из релаксантов применялись деполяризующие релаксанты—дитилин,

бротилии, листенон. В течение всей операции поддерживалось управляемое дыхание. При расширенных операциях на шее, особенно онкологических, нами с успехом применялись ганглиоблокирующие средства, при помощи которых резко сокращалось количество наркотических веществ и при необходимости некоторого снижения артериального давления, что в свою очередь уменьшало кровопотерю.

Для удаления срединных кист нами производился дугообразный разрез по кожной складке, как при струмэктомии, а при боковой кисте шеи—по внутреннему краю кивательной мышцы. Подобные разрезы создают хороший доступ к подъязычной кости, к которой часто бывает припаяна киста. Об этом обстоятельстве многие хирурги забывают, и оно становится причиной осложнений и рецидивов.

Почти во всех наших наблюдениях обнаружены интимные спайки между оболочкой кисты и подъязычной костью. Поражение подъязычной кости отмечалось нами как рентгенологически, так и при ревизии во время операции.

Д. И. Якимюк [8] и А. С. Домрачев [4] считают, что при удалении врожденных кист и свищей шеи необходима резекция или полное удаление подъязычной кости.

Как указывалось выше, во время общего обезболивания при радикальном удалении кист с частичной резекцией подъязычной кости у 38 больных с врожденными кистами шеи осложнений и рецидивов не наблюдалось (сроки наблюдения от 12 месяцев до 14 лет).

Интересно отметить, что у радикально оперированных больных без вмешательства на подъязычной кости рецидив наблюдался в 11 случаях из 56, что можно объяснить недостаточной ревизией при местной анестезии. Операции при рецидивах врожденных кист шеи всегда сопровождалась резекцией подъязычной кости.

Значительную трудность представляло иссечение боковых кист шеи, по причине глубокого расположения их.

Во всех остальных случаях удаление кистозных образований шеи не представляло особых затруднений.

Выводы

1. Врожденные кисты шеи необходимо дифференцировать от эхинококка, гемангиомы, лимфангиомы и кист слюнных желез.
2. В диагностике кистозных образований шеи основными являются пункция с цитологическим исследованием пунктата и контрастное рентгеноисследование.
3. Залогом радикальности хирургического лечения при кистах шеи является тщательное предоперационное исследование больного и установление взаимосвязи кисты с другими органами и тканями шейной области (при связи с подъязычной костью—резекция последней), а также выбор рационального метода обезболивания.

4. Общее обезболивание является методом выбора при операциях по поводу кистозных образований шеи.

Армянский институт рентгенологии и онкологии

Поступила 2/XII 1971 г.

Մ. Խ. ՀԱՅՐԱՊԵՏՅԱՆ, Ն. Վ. ԿԱՐԱՊԵՏՅԱՆ, Լ. Լ. ԳՐԻԳՈՐՅԱՆՑ

ՊԱՐԱՆՈՑԻ ԲՇՏԱՅԻՆ ԳՈՅԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԱԽՏՈՐՈՇՄԱՆ ԵՎ ԲՈՒԺՄԱՆ ՀԱՐՑԻ ՇՈՒՐՋԸ

Ա. մ փ ն փ ն լ մ

Աշխատանքը նվիրված է պարանոցի բշտային գոյացությունների ախտորոշման և բուժման հարցերին: Հեղինակների կողմից հետազոտվել և բուժման է ենթարկվել 87 հիվանդ, որից 58-ը՝ պարանոցի բնածին, 8-ը՝ պարազիտային բշտային գոյացություններով: 21 հիվանդներ եղել են հեմանգիոմայով և լիմֆանգիոմայով:

Ախտորոշման համար, բացի գոյություն ունեցող եղանակներից, լայնորեն կիրառել ենք պունկցիան, բջջաբանական և ռենտգենաբանական հետազոտությունները:

Պարանոցի բշտային գոյացությունների բուժումը վիրաբուժական է: 87 վիրահատվածներից հիվանդության կրկնություն նկատվել է 11 հիվանդների մոտ. դիտարկման ժամկետը եղել է 3, 5, 10 և ավելի տարիներ:

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Айрапетян М. Х. Ж. «Арохчапаутюн», 1956, 1, стр. 12.
2. Венгловский Р. И. В кн.: О свищах и кистах шеи. М., 1909.
3. Венгеровский И. С. Сборник работ Свердловского медицинского института, вып. 37. Свердловск, 1962, стр. 455.
4. Домрачев А. С. Вестник хирургии, 1965, 4, стр. 111.
5. Рихтер Г. А. Врожденные заболевания шеи. Руководство по хирургии, т. 2. М., 1966, стр. 36.
6. Рехилис С. Д. Хирургия, 1955, 6, стр. 63.
7. Мирза-Авакян Г. Л. Хирургия, 1955, 11, стр. 178.
8. Якимюк Д. И. Вестник хирургии, 1955, 7, стр. 117.