

СОНОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ КИСТ ШЕИ**Юнусова Лалита Ринатовна****Ташкентский государственный стоматологический институт****PhD, старший преподаватель кафедры Онкологии и медицинской радиологии****Ташкент, Узбекистан**

Абстракт. Дифференциальная диагностика воспалительных заболеваний, солидных опухолей и кистозных образований в области головы и шеи, к сожалению, до настоящего времени представляет собой сложную задачу для специалистов. В структуре кистозных образований мягких тканей шеи и их осложнений стойко занимают первое место тиреоглоссальные кисты: 24% взрослых и 50% детей, госпитализируемых в стационары, страдают этими заболеваниями. Тщательный анализ современной литературы свидетельствует о настоятельной необходимости разработки алгоритма дифференциально-диагностических признаков сонографии при кистозных образованиях шеи и определение эффективности метода.

Ключевые слова: сонография, тиреоглоссальная киста, дермоидная киста, боковая киста

SONOGRAPHY IN DIAGNOSTICS OF CYST THE NECK.**Yunusova Lalita Rinatovna****Tashkent State Dental Institute****Senior Lecturer of the Department of Oncology and Medical Radiology****Tashkent, Uzbekistan****lolita_yunusova@mail.ru**

Abstract. Differential diagnosis of inflammatory diseases, solid tumors and cystic formations in the head and neck region, unfortunately, is still a difficult task for specialists. In the structure of cystic formations of the soft tissues of the neck and their complications, thyroglossal cysts steadily occupy the first place: 24% of adults and 50% of children admitted to hospitals suffer from these diseases. A careful analysis of modern literature indicates the urgent need to develop an algorithm for differential diagnostic signs of sonography in cystic formations neck and determining the effectiveness of the method.

Key words: sonography, thyroglossal cyst, dermoid cyst, lateral cyst

Введение. Ультразвуковое исследование (синонимы: сонография, ультрасонография, эхография) - неинвазивный метод, позволяющий получить данные как о размерах и структуре самого образования, так и о его расположении [1,4,5,6,8,9].

По данным некоторых авторов кистозные образования шеи клинически выявляются у 41,6% пациентов, а с помощью УЗИ - у 63,3% [2,7]. Чувствительность и специфичность метода УЗИ при исследовании кистозных образований шеи составляют соответственно 92%-94% и 81 %-85% [7]. По данным Джумаевой М.Г. (2011) кистозные размером до 1,5-2,0 см трудно отдифференцировать по данным УЗИ от гиперпластических увеличенных лимфоузлов из-за идентичности их изображения на эхограмме невозможно [6]. По данным Hilary Pitner (2019), с помощью знаний об эмбриологии, анатомии и клинической картине хирург безошибочно может поставить диагноз. ТГК кисты, например, в основном ассоциируются с подъязычной костью и располагаются срединно, в свою очередь излюбленной локализацией дермоидных кист считают подбородочную область или ближе к груди. Предоперационная визуализация, в частности УЗИ, отчетливо демонстрирует

анатомию шеи и является золотым стандартом подтверждения масс шеи, дифференциации ТГК от ДК. Но ультразвук не точный в дифференциации других кистозных образований шеи, особенно учитывая потенциально схожую их картину на сонограммах [9].

Таким образом, метод ультразвуковой диагностики является достаточно информативным и недорогостоящим исследованием, однако некоторые локализации процесса (например, зачелюстная область) представляют трудности для проведения исследования [7].

Материалы и метод. Из 121 обследованных больных истинные кисты шеи гистологически верифицированы у 94 пациентов. УЗИ выявило кисты шеи у 66 (70,2%) обследованных. Тиреоглоссальные кисты сонографически диагностированы у 32 больных (48,4%), боковые кисты - у 20 (30,3%), дермоидные кисты - у 14 (21,3%). При кистах шеи с помощью сонографии оценивались: локализация образования, его размеры, контуры, форма, стенки кисты, внутренняя структура, эхогенность, наличие септ (перегородок) и артефакта дистального акустического усиления.

Результаты. для тиреоглоссальных кист характерна локализация в области подъязычной кости или рядом (выше или ниже), тогда как дермоидные кисты локализовались в средней подбородочно-язычной, или подбородочно-подъязычной областях. Боковые кисты I типа располагались поверхностно, глубже поверхностной мышцы шеи, впереди от грудино-ключично-сосцевидной (ГКС) мышцы. Боковые кисты II типа примыкали к внутренней сонной артерии, плотно прилегая к внутренней яремной вене, а кисты III типа находились между внутренней и наружной сонными артериями.

Тиреоглоссальные и дермоидные кисты по размерам не отличались, при боковых кистах шеи наблюдалась вариабельность их величины от 1,2 до 8,0 см. При кистозных образованиях шеи контуры также существенно не отличались по данным УЗИ. При тиреоглоссальных кистах превалировала неправильная форма кист (рис.1), тогда как при дермоидных и боковых кистах шеи образования чаще были округлыми. Неоднородная внутренняя структура была характерна для дермоидных (рис.2) и тиреоглоссальных кист. При тиреоглоссальных кистах преобладала изоэхогенность содержимого, хотя они могут быть и анэхогенными и гиперэхогенными. У 2 (6,3%) больных с тиреоглоссальными кистами при клиническом осмотре были выявлены наружные свищи, что не получило свое подтверждение при сонографии. Однако при рентгенологической фистулографии были определены свищевые ходы, имеющие связь с кистозным образованием. Дермоидные кисты выглядели на эхограммах гипозэхогенными, с гиперэхогенными и анэхогенными включениями в структуре (рис.2). Наличие внутренних перегородок выявлено только при тиреоглоссальных и боковых кистах шеи. Дистальное акустическое усиление отмечено у всех пациентов с кистозными образованиями шеи.

Боковые кисты при УЗИ визуализировались в виде кистозных образований овальной или округлой формы (рис.3), имеющих ровные четкие контуры. Эхогенность содержимого боковых кист была преимущественно гипозэхогенной и однородной, или гиперэхогенной с гетерогенным содержимым с взвесью и септами. Стенки кисты имели вид гипер- или изоэхогенной линейной пограничной структуры. Толщина стенки может варьировать в разных участках кисты и достигать до 1,0 см при повторяющихся воспалениях, но также возможно и ее истончение, т. е. она становится недифференцируемой.

При сонографии у 2 пациентов была обнаружена нехарактерная для полостных образований УЗ-картина: солидный компонент с нечеткими неровными контурами. При последующей гистологической верификации в одном случае диагностирован метастаз карциномы щитовидной железы, в другом - бронхиогенный рак, с имитацией картину тиреоглоссальной и боковой кист.

Ниже представлены эхограммы больных с тиреоглоссальной (рис.1), дермоидной (рис.2) и боковой (рис.3) кистами шеи.

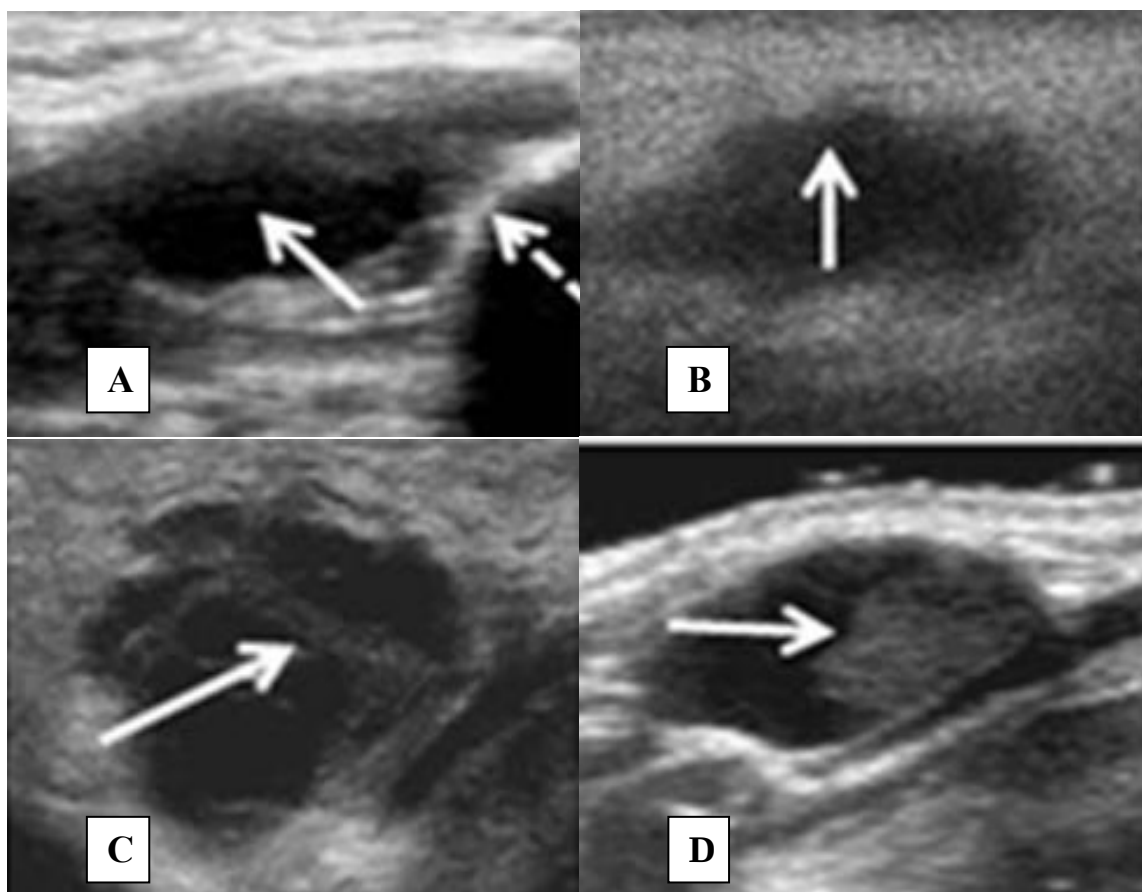


Рис.1. Эхограммы в осевой плоскости б-й К., 12 лет, с тиреоглоссальной кистой шеи. А- визуализируется полостное образование (сплошная стрелка) над подъязычной костью (пунктирная стрелка); (В) неправильные контуры (стрелка); (С) перегородки в структуре; (D) солидный компонент;

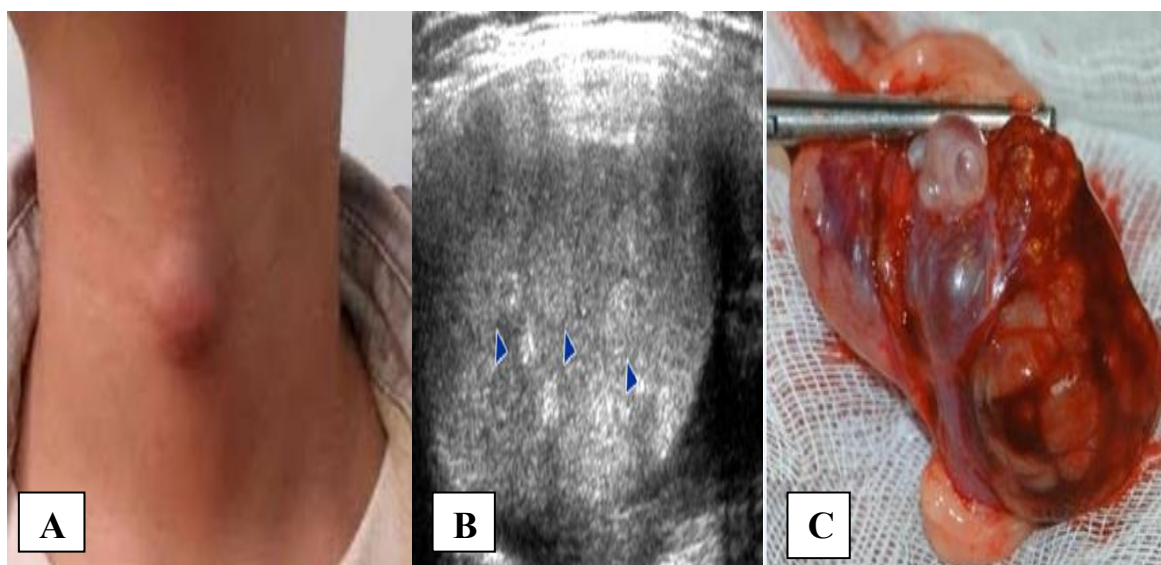


Рис.2. Эхограммы в осевой плоскости б-й С., 14 лет с дермоидной кистой шеи: (А) наружный вид образования, (В) визуализируется образование ниже подъязычной кости (сплошная стрелка), с гиперэхогенным содержимым; (С)-удаленный макропрепарат.

На тип эхогенности влияет консистенция содержимого боковой кисты, которая может изменяться в зависимости от наличия воспалительного процесса (жидко-кистозное, жидко-

кистозное со взвесью, пастообразное, нагноившееся). «Псевдосолидность» объясняется наличием белкового содержимого кисты, продуцируемого эпителиальной выстилкой (рис.3.4).

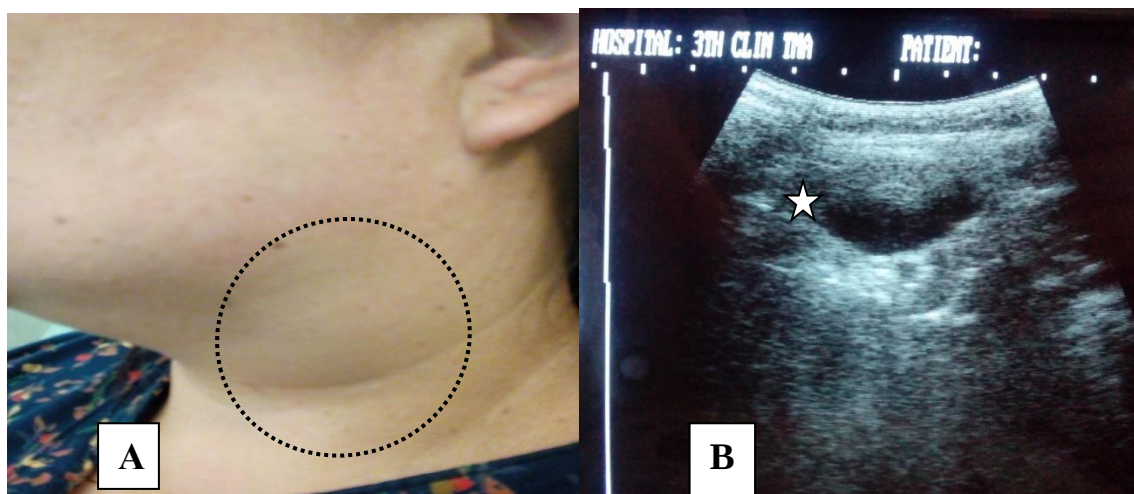


Рис.3. Больная Д., 37 л. Бранхиогенная киста шеи III типа . (А) наружный вид образования, (В) на эхограмме в продольном скане визуализируется кистозное образование овальной формы с ровными контурами с нечеткими границами, заполненное гипоэхогенным содержимым с незначительным количеством гипоэхогенных включений («псевдосолидность» (звездочка)).

Таким образом, обоснованно считать следующие особенности УЗ-картины типичными для истинных кист шеи:

1. для тиреоглоссальных кист характерна локализация в области подъязычной кости или рядом (выше или ниже);
2. для дермоидных кист характерна локализация в средней подбородочно-язычной или подбородочно-подъязычной областях;
3. для боковых кист характерна поверхностная локализация, глубже поверхностной мышцы шеи, кпереди от грудино-ключично-сосцевидной (ГКС) мышцы;
4. особенностью боковых кист шеи была вариабельность их размеров, достигающих до 8.0см; при тиреоглоссальных кистах превалировала неправильная форма кист, тогда как при дермоидных и боковых кистах шеи образования чаще были округлыми;
5. неоднородная внутренняя структура была характерна для дермоидных и тиреоглоссальных кист;
6. наличие внутренних перегородок выявлено только при тиреоглоссальных и боковых кистах шеи;
7. неровность и/или нечеткость контуров, и неправильность формы характерна для тиреоглоссальных кист;

Заключение. На основании наших данных, чувствительность УЗИ при кистах шеи составила 66,7%, специфичность - 56%, диагностическая точность - 56,2%, соответственно. Причиной 28 ложноотрицательных результатов сонографии в отдельных случаях явилась нечеткая визуализация кисты с расположенным рядом увеличенным лимфоузлом, в 18 случаях размер кисты достигал до 0,8 см и у 2 больных было глубокое расположение кисты шеи. Ложноположительные результаты сонографии, свидетельствовавшие о наличии тиреоглоссальной (в 6 случаях) и боковых (в 4 случаях) кист были обусловлены наличием дистального акустического усиления кистозного образования.

Изолированное применение УЗИ в диагностике кистозных образований шеи не является достаточным и требует дополнения томографическими методами исследования, такими как МРТ и МСКТ, с целью увеличения диагностической точности.

Список использованной литературы.

1. Азимов М.И. Юзнинг ривожланиши ва аномалиялари. – Ташкент, 2018. – С.274-286.
2. Аллаhverдиева Г.Ф. Возможности комплексной ультразвуковой томографии в диагностике и оценке эффективности противоопухолевого лечения метастазов в регионарных лимфатических узлах при опухолях головы и шеи: Дис. ...к-та мед. наук. - Москва, 2006. – С. 23–35.
3. Вуйчик Н. Б. Современное состояние диагностики воспалительных заболеваний, солидных опухолей и кистозных образований головы и шеи // Стоматология. – Москва, 2014. – С. 1-12.
4. Гаврилин А. В. и соавт. Ультразвуковое исследование в дифференциальной диагностике острых воспалительных заболеваний мягких тканей лица и шеи у детей // Эпидемиология, профилактика и лечение основных стоматологических заболеваний у детей: сб. матер. научн.-практич. конф. – Тверь, 2004. – С. 163–165.
5. Гога Д. Г. Клиническая и ультразвуковая диагностика тиреоглоссальных кист и свищей: Дис. ...к-та мед. наук. – Москва, 2015. – С. 63–65.
6. Джумаева М.Г. Применение МСКТ в диагностике истинных кист шеи. // Методическое руководство для студентов, магистров и аспирантов. – Ташкент. – 2011. – С.18-27.
7. Пономарёва М.В. Ультразвуковое исследование больных с абсцессами и флегмонами челюстно-лицевой области и шеи // Вопросы стоматологии: сб. научн. работ. – Рязань, 2007. – С. 81–82.
8. Трофимова Е. Ю. и соавт. Ультразвуковое исследование шеи // Ультразвуковая и функциональная диагностика. – 2019. - №1. – С.16-20.
9. Khodjiev D.T., Khaydarova D.K., Khaydarov N.K. New Technologies in Treatment of Patients in the Acute Period of Stroke. American Journal of Medicine and Medical Sciences. 2020.P . 393-396
10. Hilary Pitner, MS, Charles Elmaraghy, M. Diagnostic Accuracy of Midline Pediatric Neck Masses. // Otolaryngology– Head and Neck Surgery. - 2019. – С.77–81.

УДК: 615.322:663.253.47:547.631.4]-617.52-089

ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ ПОЛИФЕНОЛЬНЫХ ПРОДУКТОВ ПЕРЕРАБОТКИ ВИНОГРАДА В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ

Безруков С. Г., Безруков Г. С., Таримов К. О., Иващенко Н. А.

Кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии, Медицинская академия имени С.И. Георгиевского, ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В. И. Вернадского»

ph.bezrukov@gmail.com

Введение. Одной из важных задач в челюстно-лицевой хирургии продолжает оставаться профилактика послеоперационных осложнений, а также оптимизация условий для реабилитации больных после хирургического лечения. Ведущей причиной развития местных инфекционных гнойно-воспалительных осложнений считают иммунодефицитные состояния, обусловленные наличием в участке проводимого в ЧЛЮ хирургического лечения одонтогенных очагов хронического воспаления, содержащих высоко контагиозную микрофлору, которая вызывает угнетение процессов репарации и регенерации оперированных тканей. Для компенсации последствий длительного негативного влияния патогенной микрофлоры предложен ряд традиционных методов, большинство из которых направлены на борьбу с местной инфекцией и не ведут к иммунокоррекции и оптимизации процесса восстановления травмированных тканей. С целью повышения эффективности комплексного лечения рекомендуют применение препаратов, обладающих общим антиоксидантным, а также метаболическим (улучшающим обменные процессы в повреждённых тканях) действием. Выявлена выраженная антиоксидантная активность у препаратов, произведенных из