

КИСТОЗНЫЕ ОБРАЗОВАНИЯ ШЕИ

Когут А.Н.¹, Иванцов А.В.²

¹Медицинский центр «Лодэ»

Брест, Беларусь

²Гродненский государственный медицинский университет

Гродно, Беларусь

Введение. Кистозные образования шеи часто встречаются при визуализационных исследованиях и включают широкий спектр врожденных и приобретенных поражений. К последним относятся различные воспалительные и неопластические заболевания. Ультразвуковое исследование высокого разрешения является лучшим начальным методом визуализации образований шеи, поскольку оно определяет кистозную природу и топографию данного образования. Развитие трехмерных технологий расширило возможности компьютерной томографии, так как она подтверждает результаты УЗИ, определяет степень распространения поражения и особенно полезна для выявления кальцификации или жировой ткани внутри поражения. Магнитно-резонансная томография играет вспомогательную роль в обследовании кистозных образований шеи. Ее многоплоскостные возможности и отличное контрастное разрешение позволяют точно предоперационно определить анатомическую локализацию, особенно для более глубоко расположенных и локально распространенных образований.

Цель. Изучить ультразвуковую картину врожденных кистозных образований шеи (срединных и боковых) и оценить роль лучевых методов визуализации в их дифференциальной диагностике.

Результаты исследования.

Наиболее распространенным врожденным образованием срединной линии шеи является киста щитовидно-язычного протока, составляющая 70% врожденных аномалий шеи. Киста располагается вдоль остаточного протока, образованного щитовидной железой после опускания из слепого отверстия у основания языка в область шеи. У около 90% пациентов первые симптомы проявляются до 10 лет, а вторая группа пациентов обращается за помощью в молодом возрасте. Киста может располагаться на уровне подъязычной кости (15–50%), ниже нее (25–65%) или в надподъязычной области (20–25%). Типичная киста располагается глубоко или внедрена в подподъязычные мышцы. Чем ниже расположена киста, тем выше вероятность того, что она смещена от средней линии. На УЗИ типичная киста щитовидно-язычного протока выглядит как гладкое, четко очерченное анэхогенное образование с усилением контрастирования в задней части передней поверхности шеи. Однако такое проявление встречается только в 42% случаев [1, с. 125; 2, с. 625].

Клинический случай 1.

Пациентка 5 лет обратилась на УЗИ мягких тканей по поводу образования передней поверхности шеи (рисунок 1). По средней линии шеи определяется капсулированное анэхогенное образование с ровными четкими

контурами, аваскулярное при цветовом доплеровском картировании (ЦДК).
Заключение: срединная киста шеи.

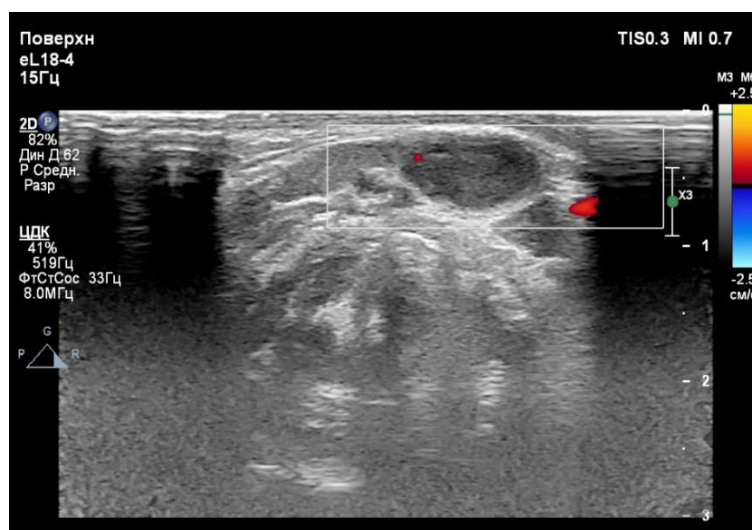


Рисунок 1 – Срединная киста шеи. УЗИ: капсулированное анэхогенное образование с ровными четкими контурами по средней линии шеи

Относительно реже в результате неполного закрытия жаберных щелей возникают боковые кисты шеи. Обычно они представляют собой овальное или круглое кистозное образование, расположенное внутри, поверхностно или глубоко по отношению к околоушной железе. Их всегда следует включать в дифференциальную диагностику кистозных образований в околоушной или окологлоточной области.

Клинический случай 2.

Пациентка А., 32 года, обратилась на исследование брахиоцефальных артерий по поводу головных болей. При сканировании брахиоцефальной артерии справа в мягких тканях определяется капсулированное анэхогенное образование с ровными четкими контурами, аваскулярное при ЦДК (рисунок 2). Заключение: боковая (бранхиогенная) киста шеи.

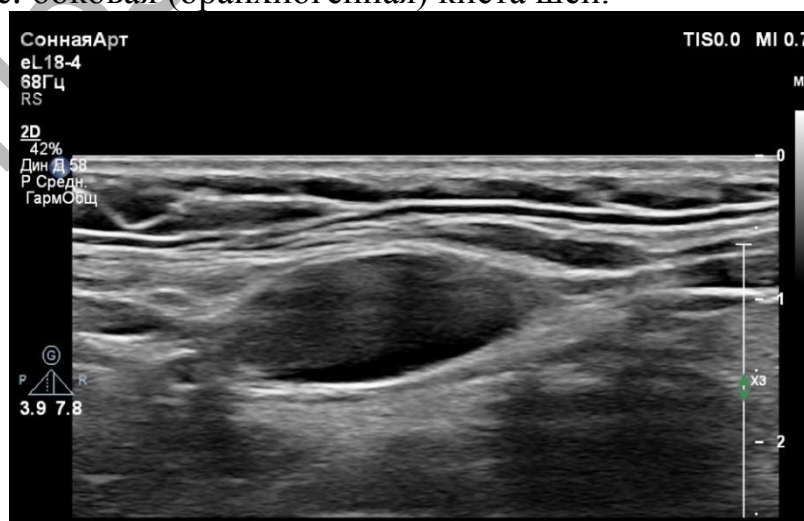


Рисунок 2 – Боковая (бранхиогенная) киста шеи. УЗИ: капсулированное анэхогенное образование с ровными четкими контурами справа

Выводы. Особенности эмбриогенеза органов шеи нередко создают диагностические сложности в понимании топографии структур. Использование современных методов лучевой визуализации позволяет правильно интерпретировать структурные образования шеи и снизить риск диагностических ошибок.

ЛИТЕРАТУРА

1. Koeller, K. K. Congenital cystic masses of the neck: Radiologic-pathologic correlation / K. K. Koeller, L. Alamo, J. G. Smirniotopoulos // RadioGraphics. – 1999. – № 19. – P. 121–146.

2. Ibrahim, M. Congenital cystic lesions of the head and neck / M. Ibrahim, S. S. Shah, G. D. Kulkarni // Neuroimaging Clinics of North America. – 2011. – № 21. – P. 621–639.

МОРФОМЕТРИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОЗВОНОЧНЫХ АРТЕРИЙ У ВЗРОСЛОГО ЧЕЛОВЕКА

Ленкова А.А.¹, Трушель Н.А.²

¹*Республиканский научно-практический центр онкологии и медицинской радиологии им. Н.Н. Александрова*

²*Белорусский государственный медицинский университет
Минск, Беларусь*

Введение. Установление морфометрических особенностей позвоночных артерий взрослого человека необходимо учитывать в практике неврологов и нейрохирургов для проведения профилактических мероприятий по предупреждению развития цереброваскулярной патологии [1, с. 34]. Полученные данные могут быть использованы при интерпретации КТ- и МР-ангиографии, планировании нейрохирургических и эндоваскулярных вмешательств, а также при оценке индивидуального риска вертебробазилярной недостаточности и ишемических нарушений мозгового кровообращения. Кроме того, полученные морфометрические данные могут найти применение при изучении особенностей гемодинамики артерий головы и шеи, разработке и валидации персонализированных моделей кровотока [2, с. 160].

Цель. Установить морфометрические характеристики в каждом сегменте позвоночных артерий у взрослого человека.

Методы исследования. Материалом для исследования послужили компьютерные томограммы 65 взрослых пациентов, не имеющих заболеваний сосудов головы и шеи, сахарного диабета, обратившихся в УЗ «Минская областная клиническая больница». Были установлены диаметры правой и левой позвоночных артерий на разных сегментах позвоночной артерии (V1-V4): V1 (на расстоянии 5 мм дистальнее начала артерии), V2 (внутри канала поперечного отростка C5), V3 (на уровне выхода из отверстия поперечного отростка C2) и V4 (на 5 мм дистальнее места проникновения артерии через твёрдую мозговую оболочку). Для каждого сегмента вычислялись