

კლინიკური შემთხვევა

ბრეგაძე ო., აწყვერელი ლ., სეხნიაშვილი ნ., ჭუჭულაშვილი ნ., წიკლაური გ.

კისრის გვერდითი კისტის ატიპური ლოკალიზაცია

თსსუ, ყბა-სახის ქირურგიის დეპარტამენტი, პირის ღრუს ქირურგიის და იმპლანტოლოგიის დეპარტამენტი; ს.ხეჩინაშვილის სახელობის საუნივერსიტეტო კლინიკა

კისრის გვერდითი კისტა წამოადგენს თანდაყოლილ კეთილთვისებიან სიმსივნეს, რომელიც ვითარდება ემბრიოგენეზის პერიოდში ნაყოფის განვითარების დარღვევის შედეგად მეორე ლაყუჩოვანი რკალის რუდიმენტული ნარჩენებისგან, ფარისებრენის სადინრის არასრული რედუქციის ფონზე. კლინიკურად იგი თავს იჩენს მოზარდებში და ახალგაზრდებში, შედარებით იშვიათად - ბავშვთა ასაკში. უხშირესად იგი გამოვლინდება კისრის ზედა მესამედში, მკერდ-ლავიწ-დვრილისებური კუნთის წინ, საძილე სამკუთხედის პროექციაზე, მომრგვალო ფორმის, ელასტიური კონსისტენციის, მკვეთრი საზღვრების მქონე, უმტკივნეულო, მოძრავი სიმსივნური წარმონაქმნის სახით. წარმონაქმნის მფარავი კანი, როგორც წესი შეუცვლელია, და არ განიცდის შეზრდას კისტის გარსთან. არც თუ იშვიათად, დაავადება გამოვლინდება თანდაყოლილი ხვრელმილის სახით. ჩვენთვის ხელმისაწვდომ ლიტერატურულ წყაროებში აღწერილია კისრის გვერდითი კისტების ატიპური ლოკალიზაცია კისრის შუა და, უფრო იშვიათად, ქვედა მესამედის პროექციაზე. ჩვეულებრივ, აღნიშნული პათოლოგია არ წარმოადგენს საფრთხეს ადამიანის სიცოცხლისა და ჯანმრთელობისთვის და ძირითადად იწვევს ესთეტიკური ხასიათის ჩივილებს, კისრის რელიეფის შცვლის და, შესაბამისად, ასიმეტრიის განვითარების გამო. თუმცა გვხვდება კისრის გვერდითი კისტის შიგთავსის დაჩირქების შემთხვევებიც, ბრანქიოგენული ხვრელარხების ჩამოყალიბებით. იშვიათად კისრის გვერდითმა კისტამ შეიძლება განიცადოს გაავთვისებიანება. ამასთან, კისტამ შეიძლება მიაღწიოს ისეთ გიგანტურ ზომებს, რომ გამოიწვიოს ხორხის და ტრაქეის კომპრესია და გადანაცვლება კონტრალატერალურ მხარეს, შესაბამისი ფუნქციური ხასიათის დარღვევებით.

კისრის გვერდითი კისტის დიაგნოსტიკის მიზნით დიფერენცირება უნდა ჩატარდეს ისეთ დაავადებებთან, როგორცაა: კისრის მიდამოს ლიმფომა, ლიმფოსარკომა, ლიმფანგიომა, დერმოიდული კისტა, ქრონიკული ლიმფადენიტი - ტუბერკულოზური ლიმფადენიტის ჩათვლით, გლომუს სიმსივნე, ბრანქიოგენული კარცინომა, მეტასტაზები რეგიონული ორგანოების სიმსივნური დაავადებების დროს და სხვა. კისრის გვერდითი კისტის დიაგნოზის დადგენა გულისხმობს გამოკვლევის ისეთ მეთოდებს, როგორცაა: სრულყოფილი ანამნეზის შეკრება მემკვიდრული ფაქტორების გათვალისწინებით, კისრის მიდამოს ვიზუალური და პალპატორული

გამოკვლევა, ექოლოკაციური კვლევა, კისრის კომპიუტერული ან ელექტრომაგნიტურ რეზონანსული ტომოგრაფია, პუნქციური ბიოფსია, კონტრასტული ფისტულოგრაფია (ბრანქოგენული ფისტულის არსებობის შემთხვევაში).

ჩვენს მიზანს შეადგენდა იშვიათი ლოკალიზაციის კისრის გვერდითი კისტის კლინიკური შემთხვევის აღწერა.

პაციენტი ე.ა., 22 წლის ქალი, შემოვიდა ქ. თბილისის ს. ხეჩინაშვილის სახელობის საუნივერსიტეტო კლინიკაში 10.02.2021 წ. შემოსვლისას უჩიოდა ასიმეტრიას კისრის მარჯვენა გვერდით მიდამოში სიმსივნური წარმონაქმნის არსებობის გამო, ტკივილს და დისკომფორტს თავის მოძრაობის დროს, სხეულის ტემპერატურის მომატებას. პაციენტის გადმოცემით, სიმსივნური წარმონაქმნი, რომელიც თავდაპირველად იყო მცირე ზომის, ნელი ტემპით და თანაბრად მატულობდა მოცულობაში. ბოლო პერიოდში აღინიშნა სიმსივნის გაცილებით ინტენსიური ზრდა, რასაც მოჰყვა კისრის რელიეფის შეცვლა და დისკომფორტი თავის მოძრაობის დროს. შემოსვლამდე ერთი კვირით ადრე პაციენტს დაეწყო ტკივილები სიმსივნური წარმონაქმნის არეში, აიწია სხეულის ტემპერატურამ ფებრილურ დონემდე.

კლინიკაში შემოსვლისას ვიზუალურად აღინიშნებოდა ასიმეტრია კისრის მარჯვენა გვერდით ზედაპირზე, კერძოდ მისი ზედა მესამედის არეში სიმსივნური წარმონაქმნის არსებობის გამო. პალპაციით ისინჯებოდა დიდი ზომის, ელასტიკური კონსისტენციის, სადა ზედაპირის, მტკივნეული სიმსივნური წარმონაქმნი, რომელიც კისრის საძილე სამკუთხედიდან ვრცელდებოდა ყბისქვეშა სამკუთხედის მიმართულებით. დაისვა წინასწარი კლინიკური დიაგნოზი: კისრის გვერდითი დაჩირქებული კისტა. პაციენტს დიაგნოზის ვერიფიკაციის მიზნით ჩაუტარდა კისრის მიდამოს ულტრასონოგრაფიული კვლევა და პუნქციური ბიოფსია. ექოლოკაციურად დადგინდა 46×20 მმ ზომის, გლუვკონტურებიანი, თხელი კაფსულით შემოფარგლული, ბლანტი, არაერთგვაროვანი სტრუქტურის შიგთავსისა და ჰიპერექოგენური ჩანართების (კლცინატები) მქონე, სიმსივნური წარმონაქმნის არსებობა, რომელიც მჭიდროდ ეკვროდა ყბისქვეშა სანერწყვე ჯირკვლის უკანა პოლუსს. ამასთან, მისი ერთი ნაწილი ვრცელდებოდა მედიალური მიმართულებით, სანერწყვე ჯირკვლის პარალელურად. პუნქტატის ციტოლოგიურმა კვლევამ დაადასტურა წინასწარი დიაგნოზი. პაციენტს წინასაოპერაციო მომზადების რეჟიმში ჩაუტარდა გამოკვლევები - სისხლის საერთო ანალიზი, სისხლის ჯგუფის და რეზუსის დადგენა, კოაგულოგრამა, სისხლის კვლევა ჩ ვირუსულ ჰეპატიტზე, სისხლის კვლევა შაქრის შემცველობაზე, COVID-19 ანტიგენ ტესტირება, შარდის საერთო ანალიზი, კარდიოლოგის კონსულტაცია.

ოპერაციული ჩარევა შესრულდა ენდოტრა-ქეალური ნარკოზით. სიმსივნური წარმონაქმნის ატიპური ლოკალიზაციის გამო გატარდა განაკვეთი არა მკერდ-ლავიწ-დვრილისებური კუნთის წინა კიდის გასწვრივ, როგორც უხშირესად ხდება ოპერაციული ჩარევები საძილე სამკუთხედის პროექციაზე, არამედ ჰორიზონტალურად, მარჯვენა ყბისქვეშა არეში, ქვედა ყბის ქვედა კიდიდან 2,5 სმ. დაშორებით და ამ უკანასკნელის პარალელურად, სიგრძით 7,0 სმ. გაიკვეთა კანი, კანქვეშა ცხიმოვანი ქსოვილი, კანქვეშა ფასცია, კისრის კანქვეშა კუნთი. კისრის ღრმა ლოკალიზაციის კუნთები გაითიშა ჩლუნგად, კუნთოვანი ბოჭკოების მიმართულებით, რის შემდეგაც გაიხსნა კისრის გვერდითი კისტის სარეცელი. ინტრაოპერაციულად, კისტის გარსის გამოყოფის დროს, გამოვლინდა, რომ სიმსივნური წარმონაქმნის დისტალური ნაწილი მჭიდროდ ეკვროდა ყბისქვეშა სანერწყვე ჯირკვლის უკანა პოლუსს და ორმუცელა კუნთის უკანა მუცელს, ხოლო მისი მედიალური ნაწილი ლოკალიზებული იყო ყბისქვეშა სანერწყვე ჯირკვლის ზევით, კერძოდ, ჯირკვალსა და პირის ღრუს ფსკერის დიაფრაგმას შორის და ვრცელდებოდა ინის ძვლის მიმართულებით, თუმცა არ აღწევდა მას. ამასთან, სიმსივნური წარმონაქმნის გარსი მჭიდროდ იყო შეხორცებული ყბისქვეშა სანერწყვე ჯირკვლის კაფსულასთან. კისრის გვერდითი კისტის ატიპური ლოკალიზაცია სრულიად შეუძლებელს ხდიდა ამ უკანასკნელზე მანიპულირებას ყბისქვეშა სანერწყვე ჯირკვლის ექსტირპაციის გარეშე. აღნიშნულის გამო საჭირო გახდა ყბისქვეშა სანერწყვე ჯირკვლის ამოკვეთა, რისთვისაც ეს უკანასკნელი სიმსივნურ წარმონაქმნთან ერთად, მახვილი და ბლაგვი გზით გამოთავისუფლდა ირგვლივ მდებარე ქსოვილებისაგან. გადაიკვანძა ჯირკვალში შემავალი სისხლძარღვები და გამომტანი სადინარი, რის შემდეგაც სანერწყვე ჯირკვალი და კისრის გვერდითი კისტა ამოკვეთილი იქნა მთლიანად, თითოეული მათგანის გარსის დაუზიანებლად. გატარდა ჰემოსტაზი. ჭრილობაში მოთავსდა რეზინის გამომტანი. ჭრილობა დაიხურა შრეობრივად ატრავმული (2/0 და 3/0) ძაფის კვანძოვანი ნაკერებით. ამოკვეთილი სიმსივნური წარმონაქმნის რეალური ზომები აღემატებოდა ულტრასონოგრაფიით მიღებულ ზომებს და შეადგენდა 55×30×30 მმ. ოპერაციული მასალა გაიგზავნა მორფოლოგიურ კვლევაზე, რითაც დადასტურდა წინასწარი კლინიკური დიაგნოზი. ოპერაციის შემდგომი პერიოდი მიმდინარეობდა გართულებების გარეშე, პოსტოპერაციული მედიკამენტური მკურნალობის ფონზე, რომელიც გაგრძელდა ამბულატორიულად, პაციენტის კლინიკიდან გაწერის შემდეგ.

ამდენად, სამედიცინო ლიტერატურაში გვხვდება კისრის გვერდითი კისტის არასტანდარტული ლოკალიზაციის შემთხვევები კისრის შუა ან ქვედა მესამედის არეში. სიმსივნური წარმონაქმნის ჩვენს მიერ აღწერილი ლოკალიზაცია ვერ იქნა მოპიებული ჩვენთვის ხელმისაწვდომ ლიტერატურის ვერცერთ წყაროში. ამასთან, წარმონაქმნის ატიპურმა ლოკალიზაციამ შექმნა დამატებითი ინტრაოპერაციული სირთულეები, რამაც, ამ უკანასკნელზე მანიპულირების მიზნით, აუცილებელი გახდა ყბისქვეშა სანერწყვე ჯირკვლის ექსტირპაცია.

ლიტერატურა:

1. Bocchialini G., Castellani A., Dalefe F., Ferrari L., Unusually rapid development of a lateral neck mass: Diagnosis and treatment of a branchial cleft cyst (a case report). International Journal of Surgery case Reports, 2017, pg. 383-386
2. Panchbhai A., Choudhary M., Branchial cleft cyst at an unusual location: a rare case with a brief review. Denomaxillofacial Radiology, 2012 Dec, 41(8):696-702
3. Oral and Maxillofacial surgery, Missouri : Elsevier 2018
4. Peterson's - Principles of Oral and Maxillofacial Surgery, Third Edition, 2014 (vol. 1)
5. Новикова Е.А. Клинико-морфологическая характеристика строения бранхиогенных кист шеи. Молодой ученый.- 2019, №30 (268). с. 32-34
- 3.6. Тимофеев А.А., Фесенко Е.И. Особенности диагностики, клинического течения и лечения боковых кист шеи. Современная стоматология, 2016, №3 с. 82-86.
4. 7. Базилян Э.А.- Хирургия полости рта. Геотар-Медиа, 2019 г.

SUMMARY

CLINICAL CASE

Bregadze O., Atskvereli L., Sekhniashvili N., Chuchulashvili N., Tsiklauri G..

ATYPICAL LOCALIZATION OF A LATERAL CYST OF THE NECK

TSMU, DEPARTMENT OF MAXILLOFACIAL SURGERY¹, DEPARTMENT OF ORAL SURGERY AND IMPLANTOLOGY²; S. KHECHINASHVILI UNIVERSITY CLINIC³.

The article presents a clinical case of an atypical localization of a lateral cyst of the neck, with the spread of the tumor from the carotid triangle of the neck to the submandibular triangle. However, it was determined intraoperatively, that the distal part of the tumor formed closely adjacent to the posterior pole of the submandibular salivary gland and the posterior belly of the digastric, while its medial part was localized above the

submandibular gland, namely between the gland and the diaphragm of the oral cavity and extending in the direction of the hyoid bone, though not reaching it.

In addition, the membrane of the tumor was closely healed to the capsule of the submandibular salivary gland. The atypical localization of the lateral cyst of the neck made it completely impossible to manipulate it, without extirpation of the submandibular salivary gland. Therefore, it was necessary to excise the submandibular salivary gland along with the cyst.