

Эхинококкоз с поражением мягких тканей шеи. Клиническое наблюдение

А.С. Аладин, Е.В. Кутубулатова, В.А. Семенов, Г.А. Крохалев, К.С. Шумилина
ГБУЗ ЧОКОД

Контакты: Александр Сергеевич Аладин Aladindocorru@mail.ru

Кисты шеи достаточно часто встречаются в практике хирурга, в том числе онколога, занимающегося лечением патологии головы и шеи. В то же время существуют редкие поражения органов и мягких тканей шеи. В частности, эхинококкоз мягких тканей шеи является необычной локализацией для гидатидозной кисты. Описания такого поражения встречаются в литературе лишь в виде единичных сообщений. Представленное клиническое наблюдение гидатидозной кисты иллюстрирует разнообразие патологии шеи.

Ключевые слова: опухоли головы и шеи, кисты шеи, гидатидозные кисты, эхинококкоз

Hydatid disease involving cervical soft tissues: clinical case

A.S. Aladin, E.V. Kutubulatova, V.A. Semenov, G.A. Krokhaliev, K.S. Shumilina
Chelyabinsk District Clinical Oncology Dispensary

Neck cysts are rather commonly encountered in the practice of a surgeon, including an oncologist, who treats diseases of the head and neck. At the same time there are rare involvements of the organs and soft tissues of the neck. In particular, echinococcosis of neck soft tissues is an unusual site for hydatid cyst. Accounts of this involvement are found only as single communications in the literature. The presented case of hydatid cyst illustrates a variety of neck abnormalities.

Key words: head and neck tumors, neck cysts, hydatid cysts, echinococcosis

Эхинококкоз — достаточно распространенное и известное паразитарное эндемическое заболевание, встречающееся в регионах с развитым сельским хозяйством. Биология паразита, пути и механизмы заражения человека хорошо изучены [1–6]. В подавляющем большинстве случаев поражаются печень, легкие, головной мозг [2, 6]. Инвазия других органов (сердце, щитовидная железа и др.), костей, мягких тканей описана в литературе в качестве редких клинических наблюдений, частота таких поражений составляет от 0,5 до 5,4 % по данным разных авторов [7–11]. Случаи гидатидозного внеорганного поражения тканей головы и шеи встречаются в единичных сообщениях [12–18].

В своей практике мы встретились с редким поражением головы и шеи — гидатидозной эхинококковой кистой мягких тканей задней поверхности шеи.

Клинический пример

Пациентка С., 31 год, госпитализирована в 4-е онкологическое отделение ГБУЗ «Челябинский окружной клинический онкологический диспансер» с жалобами на наличие опухолевидного образования задней поверхности шеи. Из анамнеза известно, что впервые образование на задней поверхности шеи обнаружила случайно, приблизительно 3 мес назад. Обследование прошла в лечебном учреждении по месту жительства. На ультразвуковом исследовании (УЗИ)

задней поверхности шеи обнаружено кистозное образование овоидной формы с четкими ровными контурами однородной структуры, размером 6,8 × 2,6 см, при цветном доплеровском картировании аваскулярное (рис. 1).

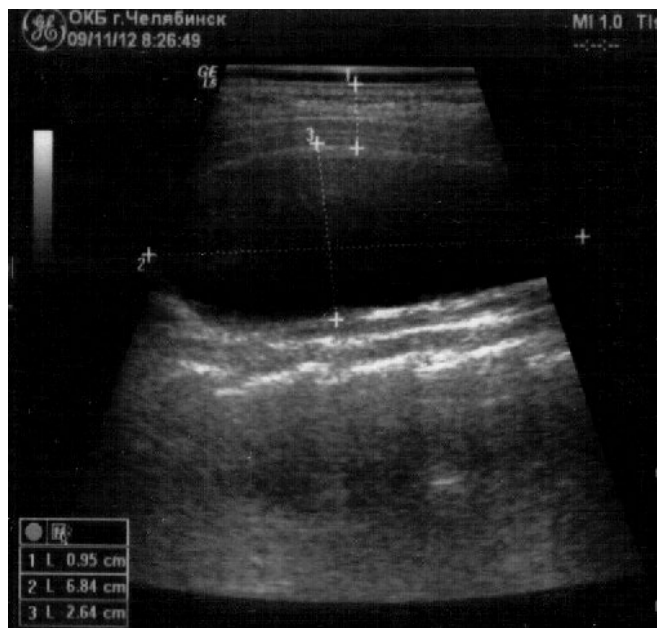


Рис. 1. Эхографическое изображение кисты задней поверхности шеи



Рис. 2. Герминативная оболочка гидатидозной кисты

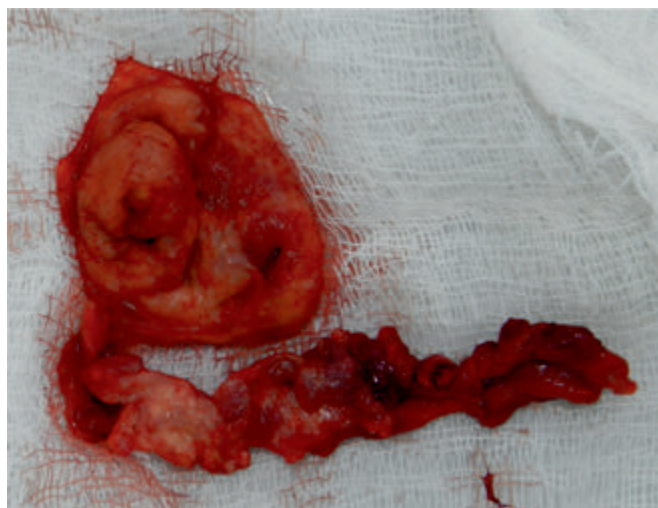


Рис. 3. Фиброзная капсула гидатидозной кисты

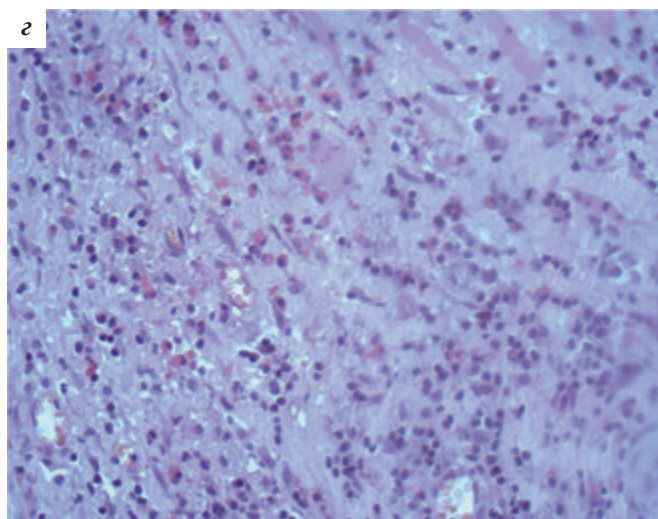
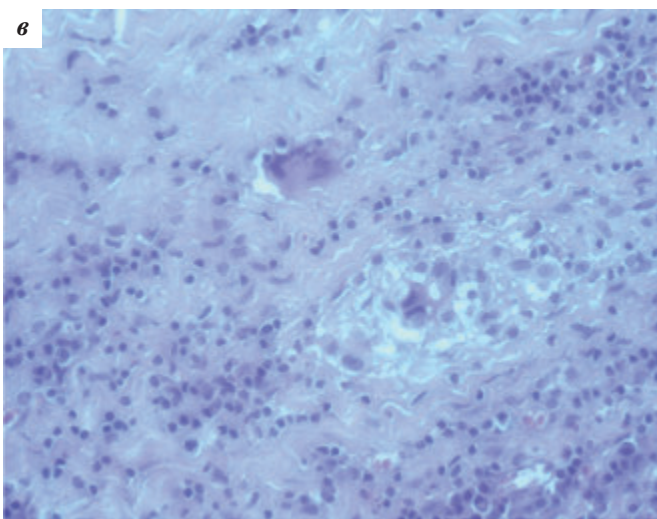
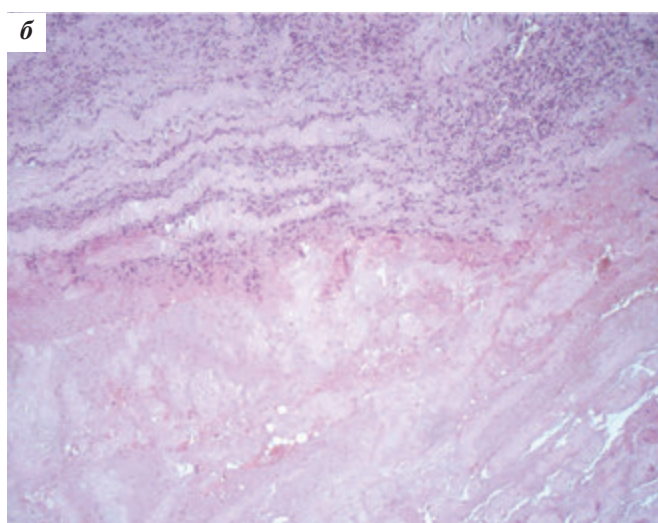


Рис. 4. Микроскопическая картина удаленной герминативной и фиброзной капсул паразитарной кисты задней поверхности шеи: а — хитиновая оболочка паразита, окраска ШИК-реакция, ув. $\times 100$; б — стенка кисты (фиброзная оболочка с воспалительным инфильтратом и зоной некроза), окраска гематоксилином и эозином, ув. $\times 100$; в — состав воспалительного инфильтрата: гигантские многоядерные клетки; окраска гематоксилином и эозином, ув. $\times 400$; г — состав воспалительного инфильтрата: эозинофилы; окраска гематоксилином и эозином, ув. $\times 400$

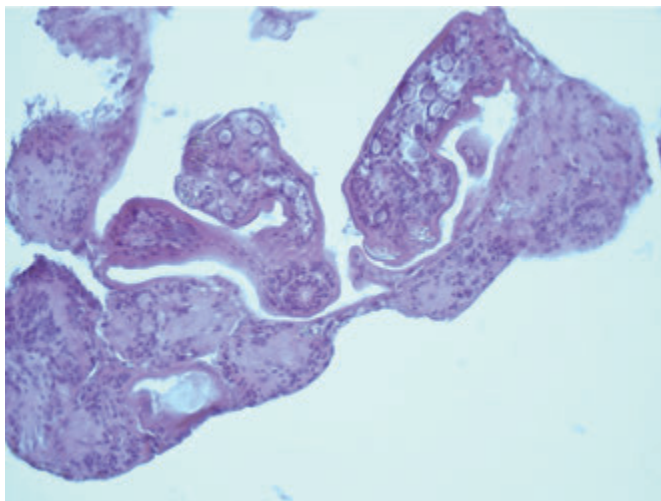


Рис. 5. Тело паразита в просвете кисты. Окраска гематоксилином и эозином. Ув. $\times 400$

В лечебном учреждении была выполнена пункция кистозного образования, заключение цитолога: бесклеточный хлопьевидный материал, скопления эритроцитов, встречаются разрозненные единичные лимфоциты, нейтрофилы, моноциты, клетки плоского эпителия. С диагнозом «киста шеи» пациентка направлена в 4-е онкологическое отделение ГБУЗ ЧОКОД для хирургического лечения.

При осмотре и пальпации на задней поверхности шеи, слева от средней линии определяется опухолевидное образование размером 7×5 см, подвижное, безболезненное, плотно-эластичной консистенции. Кожа над образованием не изменена, подвижная. Изменений со стороны органов дыхания и брюшной полости при клиническом осмотре не обнаружено. На рентгенографии органов грудной клетки патологии не найдено. УЗИ брюшной полости не выполняли.

Операция проведена 17.01.2013. Под наркозом выполнен Г-образный разрез кожи задней поверхности шеи над образованием. После мобилизации мышц шеи (левая трапециевидная, левая ременная мышца, полуостистая мышца) обнаружено кистозное образование размером

7×5 см. Расположено оно левее от средней линии шеи, на остистых отростках шейных позвонков, проникая в пространство между левой полуостистой мышцей головы и левой полуостистой мышцей шеи. Образование имеет плотную капсулу. При пункции образования было получено 60 мл жидкости, причем первые 20 мл жидкости были прозрачные («слеза»), последующее содержимое мутное с примесью хлопьев белого цвета. После опорожнения полости кисты ее оболочка рассечена продольно, при этом обращает на себя внимание толщина стенки — до 5 мм. При ревизии в полости кисты располагалась «внутренняя» оболочка (рис. 2).

Цитологическое исследование удаленной жидкости показало наличие сколексов эхинококка. Учитывая такие необычные операционные находки и результат цитологического исследования жидкости из полости кисты — диагноз эхинококкоза не вызывал сомнений. Поэтому была удалена и фиброзная оболочка кисты, которая простиралась от II шейного позвонка до I грудного позвонка (рис. 3).

Гистологическое исследование подтвердило операционный диагноз (рис. 4 и 5).

В послеоперационном периоде больной выполнено УЗИ печени. В IV сегменте обнаружено кистозное образование 75×54 мм, структура которого соответствовала эхинококковому поражению. При определении антител к эхинококку титр антител к антигену эхинококка IgG — 1/400 (диагностически значимый титр).

Заключение

Данный клинический пример иллюстрирует крайне редкую патологию головы и шеи — гидатидозный эхинококкоз мягких тканей задней поверхности шеи. В то же время он показывает, насколько разнообразными могут быть поражения головы и шеи и с чем может встретиться онколог в своей повседневной практике.

Мы считаем, что при кистозных образованиях шеи, особенно при нетипичных локализациях, целесообразно выполнять УЗИ органов брюшной полости для исключения кистозного поражения органов этой области.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бронштейн А.М., Малышев Н.А., Жаров С.Н. и др. Эхинококкозы (гидатидозный и альвеолярный) — пограничная проблема медицинской паразитологии и хирургии (обзор и собственные наблюдения). Российский медицинский журнал 2012;3:50—3.
2. Ветшев П.С., Мусаев Г.Х. Эхинококкоз: современный взгляд на состояние проблемы. Анналы хирургической гепатологии 2006;11(1):111—7.

3. Захарова Н.Е., Потапов А.А., Елисеева Н.М. и др. Множественный эхинококкоз головного мозга, сердца и почек. Журнал вопросы нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко 2011;1:57—65.
4. Коваленко Ф.П. Экспериментальные модели эхинококкозов: оптимизация и применение в разработке новых методов диагностики, профилактики и лечения эхинококкозов человека и животных. Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 1998.

5. Кузнецов Н.И. Гельминтозы. Российский семейный врач 2010;4:13—23.
6. Guidelines for treatment of cystic and alveolar echinococcosis in humans. Who Informal Working Group on Echinococcosis. Bull World Health Organ 1996;74:231—42.
7. Андрияничева Е.Н., Пустовитова Т.С., Веселова Т.Н. и др. Случай изолированного эхинококкоза сердца (клиническое наблюдение). Медицинская визуализация 2004;4:104—7.

8. Ахмедов Р.А., Исамухамедов Ш.Ш., Каримов Ш.Н., Усманов А.К. Хирургическое лечение постэмбологенной окклюзии хитиновой оболочкой эхинококковой кисты бедренных артерий правой нижней конечности. Хирургия 2008;1:55–6.
9. Бражникова Н.А., Цхай В.Ф., Марьина М.Е. и др. Хирургическое лечение осложненного эхинококкоза щитовидной железы. Хирургия 2010;6:58–60.
10. Кургинян Р.М., Ананикян П.П. Редкие случаи первичной эхинококковой кисты щитовидной железы. Хирургия 2008;9:61–3.
11. Калимуллин Н.Н., Зайнеева Л.И., Зайнеев Р.М. и др. Лучевая диагностика эхинококкоза мягких тканей бедра (клиническое наблюдение). Медицинская визуализация 2007;4:118–21.
12. Akal M., Kara M. Primary hydatid cyst of the posterior cervical triangle. J Laryngol Otol 2002;116(2):153–5.
13. Baglam T., Karatas E., Durucu C. et al. Primary hydatid cyst of the infratemporal fossa. J Craniofac Surg 2009;20(4):1200–1.
14. Eroğlu A., Atabekoğlu S., Kocaoglu H. Primary hydatid cyst of the neck. Eur Arch Otorhinolaryngol 1999;256(4):202–4.
15. Glunčić I., Roje Z., Bradarić N. et al. Primary echinococcosis of the sternocleidomastoid muscle. Croat Med J 2001;42:196–8.
16. Iynen I., Sogut O., Guldur M.E. et al. Primary hydatid cyst: an unusual cause of a mass in the supraclavicular region of the neck. J Clin Med Res 2011 Feb 12;3(1):52–4.
17. Sultana N., Hashim T.K., Jan S.Y. et al. Primary cervical hydatid cyst: a rare occurrence. Diagn Pathol 2012;7:157.
18. Yumusakhuylyu A.C., Yilmaz A.S., Devecioglu I., Oysu C. Management of a pterygopalatine fossa hydatid cyst. Auris Nasus Larynx 2012 Oct;39(5):537–9.