

УДК 616.311.4-073.43

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ДНА ПОЛОСТИ РТА

М.В. Выклюк

ГОУ ВПО Московский государственный медико-стоматологический университет Росздрава
E-mail: mvdoc@mail.ru

ULTRASOUND EXAMINATIONS OF MOUTH FLOOR SOFT TISSUES DISEASES

M.V. Vyklyuk

Moscow State University of Medicine and Dentistry

Дифференциальная диагностика заболеваний мягких тканей дна полости рта представляет одну из актуальных проблем современной челюстно-лицевой хирургии и лучевой диагностики. Цель исследования – совершенствование диагностики заболеваний мягких тканей дна полости рта. Обследованы 172 пациента с наличием патологических изменений мягких тканей дна полости рта. Всем больным выполнено ультразвуковое исследование высокого разрешения с доплерографическими методиками. При обследовании мягких тканей данного региона были выявлены следующие патологические процессы доброкачественного генеза: заболевания подъязычных слюнных желез, дермоидные кисты, тиреоглоссальные кисты и лимфангиомы. Анализ результатов проведенных исследований позволил сделать вывод, что данные высокотехнологичных УЗИ могут использоваться в качестве достоверных критериев дифференциальной диагностики патологических изменений мягкотканного компонента данного региона. Ультразвуковое исследование с доплерографией несет ценную информацию для первичной и уточненной диагностики заболеваний мягких тканей дна полости рта, что сокращает время постановки диагноза и влияет на выбор оптимальной тактики лечения.

Ключевые слова: ультразвуковое исследование, мягкие ткани, дно полости рта.

Differential diagnostics of diseases of soft tissues of a mouth floor represents one of actual problems of modern maxillofacial surgery and radiology diagnostics. The research objective is perfection of diagnostics of diseases of soft tissues of a mouth floor. 172 patients with presence of pathological changes of soft tissues of a mouth floor are surveyed. Ultrasound examination of high resolution with doppler techniques was performed in all patients. When examining soft tissues of the given region following pathological processes of benign genesis have been revealed: diseases of hypoglossal salivary glands,

dermoid cysts, thyroglossal cysts and lymphatic malformations. The analysis of results of the conducted researches has allowed to draw a conclusion that the data of hi-tech ultrasounds can be used as authentic criteria of differential diagnostics of pathological changes of soft tissues component of the given region. Ultrasound research with doppler bears the valuable information for primary and specified diagnostics of diseases of soft tissues of a mouth floor that reduces time of establishing the diagnosis and influences a choice of effective tactics of treatment.

Key words: ultrasound examination, soft tissues, mouth floor.

Введение

Заболевания мягких тканей челюстно-лицевой области являются одной из актуальных проблем современной челюстно-лицевой хирургии и лучевой диагностики [1, 3, 5, 10, 15]. Дифференциальная диагностика воспалительных заболеваний, объемной патологии различного характера челюстно-лицевой области, кистозных структур, образований сосудистого генеза в области головы и шеи до настоящего времени представляет собой сложную задачу для целого ряда специалистов. Среди них большой удельный вес занимают патологические процессы дна полости рта, встречающиеся как у взрослого, так и детского контингента пациентов. Неоднозначность клинической картины заболеваний мягких тканей дна полости рта порождает высокую частоту диагностических ошибок [2, 6, 11]. Основными причинами этого являются схожесть клинических проявлений различных патологических процессов, отсутствие четких клинических граней перехода одной нозологической формы в другую, низкая диагностическая специфичность дополнительных общеклинических методов обследования [4, 7, 8, 12, 14].

В настоящее время высокая диагностическая информативность эхографического исследования в оценке состояния мягких тканей, в том числе головы и шеи, не вызывает сомнений [9, 13, 15]. Однако данные ультразвуковой семиотики заболеваний дна полости рта у взрослых и детей представлены недостаточно полно. Внедрение ультразвукового исследования высокого разрешения для оценки патологических изменений мягких тканей дна полости рта необходимо для точной и оперативной постановки диагноза, что во многом определяет тактику

лечения, решение вопроса о необходимости хирургического вмешательства и прогноз заболевания.

Таким образом, целью исследования стало совершенствование диагностики заболеваний мягких тканей дна полости рта.

Материал и методы

Обследованы 172 пациента с наличием патологических изменений мягких тканей дна полости рта в возрасте от 1 года до 50 лет. Всем больным выполнены клинические, лабораторные и лучевые исследования в условиях стационара.

При наличии у пациента симптома “припухлости” в проекции подподбородочной области и/или подъязычных областей учитывалась давность появления патологии, наличие болевого синдрома, чувства дискомфорта или “распирания”, наличие температурной реакции организма. Устанавливались факты о проведенном ранее лечении и его эффекте. Выяснялось наличие у пациента каких-либо хронических заболеваний, в том числе зубочелюстной системы, а также заболеваний системного характера.

УЗИ выполнялись на ультразвуковых сканерах: iU-22 (Philips, Голландия), использовались датчики линейного сканирования, диапазон рабочих частот составлял 5–17 МГц, а также Logio-5 (General Electric, США), использовался датчик линейного сканирования с рабочей частотой 10 МГц. Исследования проводились с использованием В-режима и доплерографических режимов.

Специальной подготовки к исследованию для пациента не требовалось. УЗИ выполняли в положении паци-

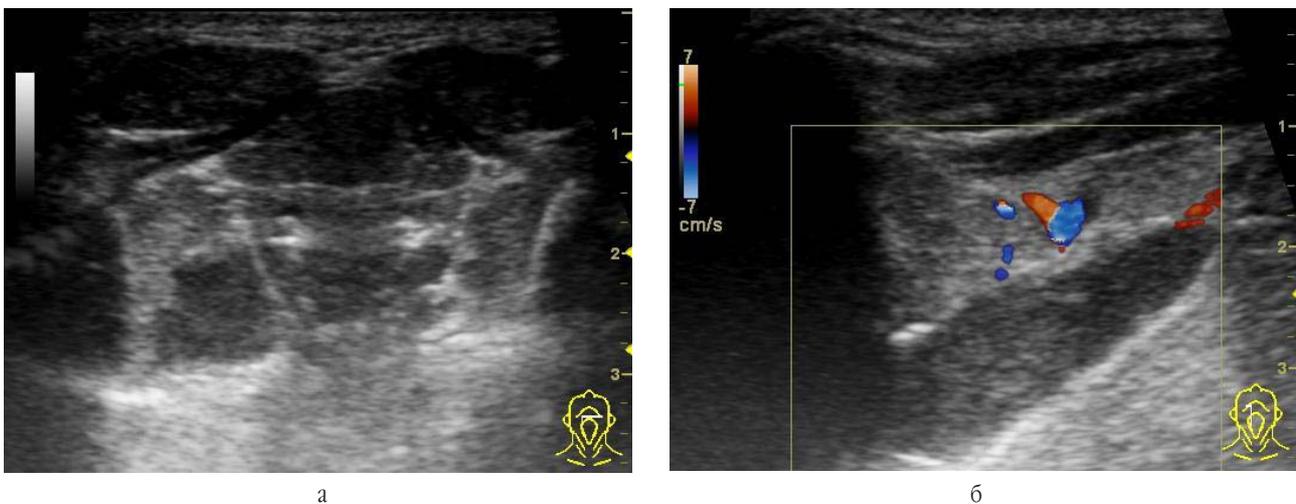


Рис. 1. УЗИ. Ретенционная киста правой подъязычной слюнной железы: а – В-режим: в проекции полюса правой подъязычной слюнной железы определяется жидкостное образование с ровными и четкими контурами; б – режим ЦДК: капсула видна фрагментарно, в проекции – небольшое количество эхогенной взвеси, кровотоков не определяется

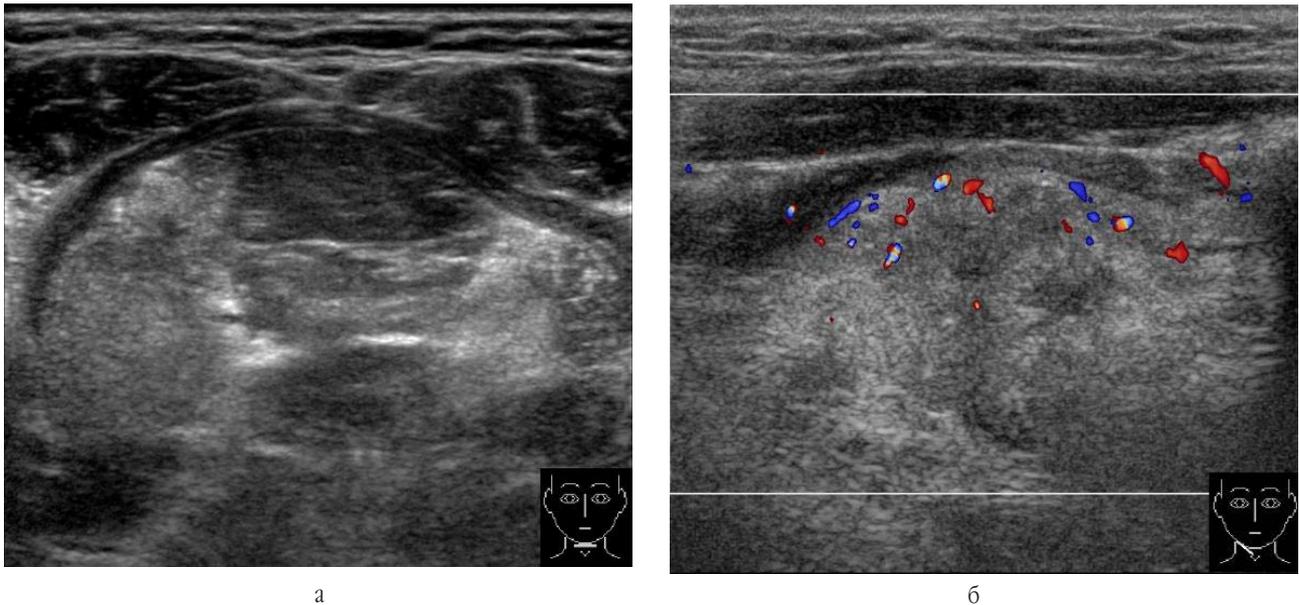


Рис. 2. УЗИ. Хронический паренхиматозный сиалоаденит правой подъязычной слюнной железы: а – В-режим – правая железа увеличена в размерах, пониженной эхогенности; б – режим ЦДК – паренхима неоднородной структуры с усиленной васкуляризацией, дифференцируется расширенная протоковая система

ента лежа на спине с запрокинутой головой. Для улучшения визуализации боковые отделы шеи и околоушно-жевательные области осматривали при повороте головы пациента набок. В ряде случаев исследование проводили в положении пациента сидя.

Всем пациентам была проведена верификация диагноза различными способами: данными, полученными в результате проведенного оперативного лечения, результатами морфологического и/или гистологического исследования, а также длительным динамическим наблюдением в процессе лечения больного.

Результаты и обсуждение

При обследовании мягких тканей данного региона были выявлены следующие патологические процессы доброкачественного генеза: заболевания подъязычных слюнных желез (62 больных), дермоидные кисты (38 пациентов), тиреоглоссальные кисты (20 больных), объемные образования сосудистого характера – лимфангиомы (52 случая).

Ретенционные кисты подъязычных слюнных желез выявлялись у корня языка в виде жидкостных структур овальной формы, часто располагались в проекции подъязычных слюнных желез или предлежали к их капсуле (рис. 1). Капсула часто визуализировалась фрагментарно, преимущественно по задней поверхности кисты.

Кисты подъязычных слюнных желез у 9 пациентов отличались большими размерами. Характерным было распространение кисты над челюстно-подъязычной мышцей к корню языка и далее к поднижнечелюстной слюнной железе. В этих случаях образование кистозного характера визуализировалось в проекции поднижнечелюстной области и имело неправильную форму.

В 5 случаях в подъязычных слюнных железах был выявлен хронический паренхиматозный сиалоаденит. Процесс был односторонним. Эхографически характеризовался увеличением размеров железы, снижением эхогенности паренхимы, которая визуализировалась умеренно неоднородной; хорошо дифференцировалась протоковая система. При доплерографии паренхиматозная васкуляризация отмечалась усиленной (рис. 2).

В 8 наблюдениях при сиалозах было выявлено двустороннее изменение подъязычных желез в виде увеличения размеров, понижения эхогенности и неоднородности структуры.

Аномалии подъязычных слюнных желез в виде односторонней гипоплазии диагностированы у 8 человек. Эхографически железа визуализировалась уменьшенных размеров, с ровными, четкими контурами, обычной эхогенности и эхоструктуры. При доплерографии нарушений васкуляризации выявлено не было. У всех пациентов была выявлена компенсаторная гипертрофия симметричной железы, которая определялась увеличенной в размерах, обычной эхогенности и эхоструктуры.

Дермоидные кисты дна полости рта визуализировались в виде аваскулярных полостных образований с ровными, четкими контурами, с наличием тонкой капсулы. Эхогенность таких кист была повышенной или смешанной, в проекции определялись множественные точечные эхогенные включения. О кистозном характере образования свидетельствовал эффект дистального акустического усиления УЗ-луча. Кровоток в проекции кист не определялся (рис. 3).

Тиреоглоссальные кисты шеи с высокой локализацией визуализировались по средней линии в подбородочной области в проекции корня языка. Эхографически для данных кист была характерна эхогенная капсула и жид-

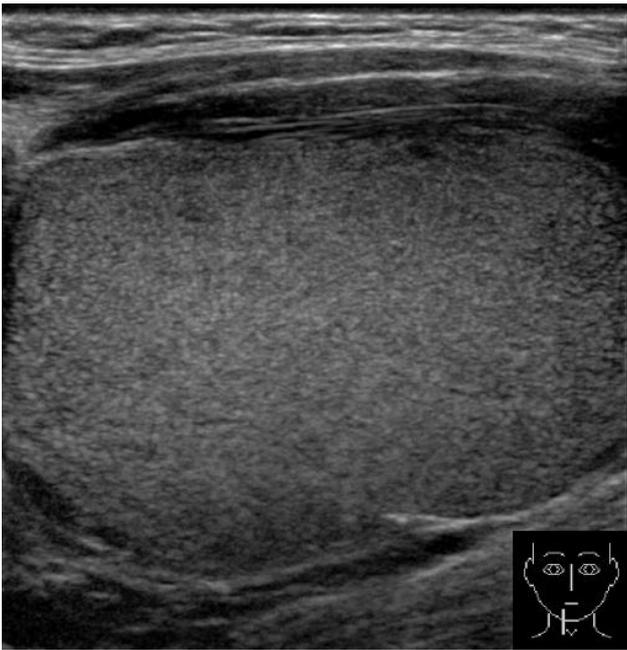


Рис. 3. УЗИ, В-режим. Дермоидная киста корня языка: образование кистозного характера с тонкой капсулой, повышенной эхогенности, однородной структуры

костный характер содержимого. Часто определялась неправильная форма кисты, в ряде случаев выявлялись тонкие эхогенные перегородки. Диагностическим критерием срединной кисты являлась связь с подъязычной костью или ее фрагментами (в случаях возникновения рецидивов после оперативного лечения) в виде тяжистой структуры средней эхогенности (рис. 4).

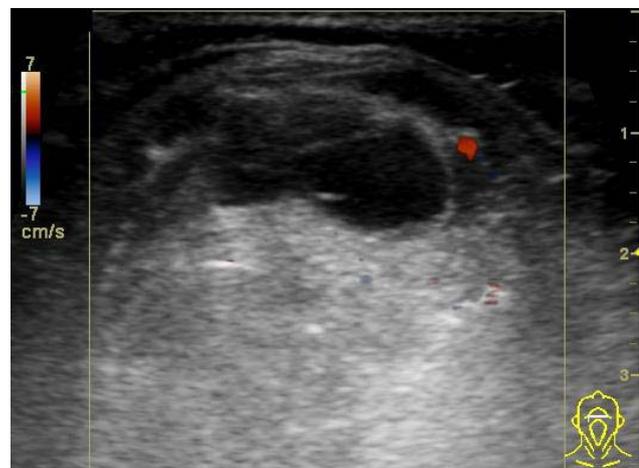
При возникновении воспаления кисты ультразвуковая картина несколько изменялась: киста увеличивалась в размерах, стенки утолщались, содержимое определялось неоднородным.

Эхографическая картина лимфангиом коррелировала с клиническими особенностями течения заболевания и характеризовалась наличием, выраженностью и давностью существования воспалительного процесса. Все выявленные лимфангиомы соответствовали кистозно-кавернозному типу. Определялись в виде образования с неровными контурами, с множественными жидкостными полостями неправильной формы и полным отсутствием кровотока (рис. 5).

В период острого воспаления у 16 больных эхографическая картина лимфангиом видоизменялась: размеры кистозных полостей увеличивались, появлялись новые кавернозные элементы. Контур образования теряли четкость, стенки становились неровными, пониженной эхогенности, выявлялась их «слоистость»; кистозные полости приобретали округлые формы с наличием внутри эхогенной дисперсной взвеси. При помощи УЗИ осуществлялось динамическое наблюдение за лимфангиомами в процессе проведения противовоспалительной терапии. В случаях положительного эффекта лечения отмечалось уменьшение размеров кистозных полостей и эхогенной взвеси в их проекции, уменьшалась толщина перегородок, «слоистость» не определялась.



а



б

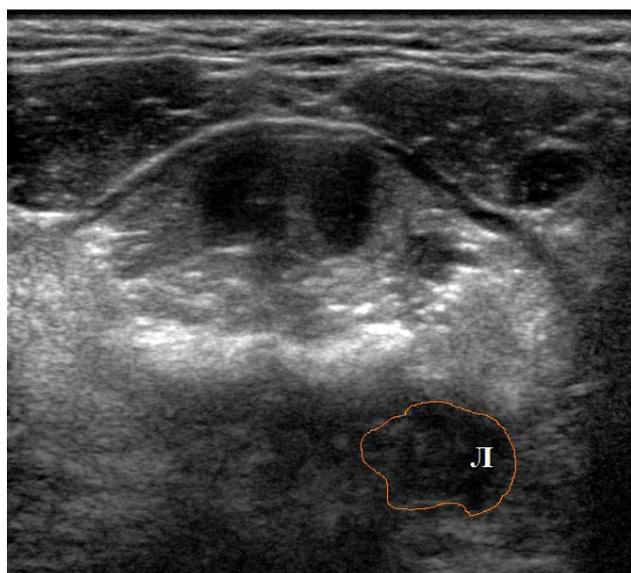
Рис. 4. УЗИ. Срединная киста шеи: а – В-режим – образование неправильной формы жидкостного характера, с наличием тонких эхогенных перегородок, связанное с подъязычной костью (П); б – режим ЦДК – в проекции образования кровотока не определяется

Заключение

Анализ результатов проведенных исследований позволил сделать вывод о том, что ультразвуковая семиотика различных заболеваний мягких тканей дна полости рта достаточно специфична. Поэтому данные высокотехнологичных УЗИ могут использоваться в качестве достоверных критериев дифференциальной диагностики патологических изменений мягкотканного компонента данного региона. Таким образом, ультразвуковое исследование с доплерографией несет ценную информацию для первичной и уточненной диагностики заболеваний мягких тканей дна полости рта, что сокращает время постановки диагноза и влияет на выбор оптимальной тактики лечения.

Литература

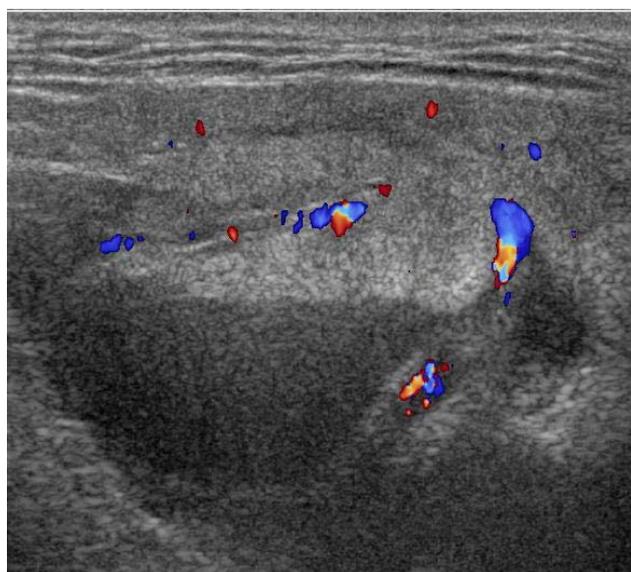
1. Байзакова Г.Т. Гемангиомы и ангиодисплазии челюстно-лицевой области // Проблемы стоматологии. – 2001. – № 3 (13). – С. 22–26.



а



б



в

Рис. 5. УЗИ. Кистозно-кавернозная лимфангиома дна полости рта и левой поднижнечелюстной области: а – В-режим – в левой подъязычной области жидкостное образование (Л); б – В-режим – жидкостное образование распространяется к задней поверхности левой поднижнечелюстной слюнной железы (П); в – режим ЦДК – кровотоков в проекции образования не определяется

2. Вуйчик Н.Б., Буткевич А.П., Кунцевич Г.И. и др. Дифференциальная диагностика между острыми воспалительными и опухолевыми образованиями головы и шеи // *Клин. мед.* – 2008. – № 1. – С. 58–61.
3. Добромыслова Н.А. Особенности компьютерной томографии при поверхностных заболеваниях челюстно-лицевой области // *Матер. Невского радиол. форума-2009.* – СПб., 2009. – С. 168–169.
4. Журенкова Т.В. Диагностика неорганических образований шеи по данным комплексного ультразвукового исследования : автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2002. – С. 26.
5. Alyas F, Lewis K, Williams M. et al. Diseases of the submandibular gland as demonstrated using high resolution ultrasound // *Br. J. Radiol.* – 2005. – Vol. 78, No. 4. – P. 362–369.
6. Ernemann U, Hoffmann J, Gronewaller E. Hemangiomas and vascular malformations in the area of the head and neck // *Radiol.* – 2003. – Vol. 11, No. 3. – P. 958–966.
7. Gritzmann N, Hollerweger A, Macheiner P. et al. Sonography of soft tissue masses of the neck // *J. Clin. Ultrasound.* – 2002. – Vol. 30, No. 6. – P. 356–373.
8. Plaza M.G., Martinez-San M.J., Martinez-Vidal A. Is conservative treatment of deep neck space infections appropriate? // *Head Neck.* – 2001. – Vol. 23, No. 2. – P. 126–133.
9. Primack S.J. Musculoskeletal ultrasound. The clinician's perspective // *Radiol. Clin. N. Am.* – 1999. – Vol. 37, No. 4. – P. 617–622.
10. Baatenburg de Jong R.J., Rongen R.J. Guidelines for the use of ultrasound in the head and neck // *ORL* – 1993. – Vol. 55, No. 3. – P. 309–312.
11. Schade G. Use of Ensemble tissue harmonic imaging to improve the resolution in ultrasound investigations of the head and neck area // *Laryngorhinootol.* – 2002. – Vol. 81, No. 6. – P. 413–417.
12. Srivastava P.K. Atlas of musculoskeletal and small parts ultrasound with color flow imaging. – Columbus, OH: McGraw-Hill Professional Publishing, 2007. – P. 142–215.
13. Turetschek K, Hospodka H, Steiner E. Case report: epidermoid cyst of the floor of the mouth: diagnostic imaging by sonography,

- computed tomography and magnetic resonance imaging // Br. J. Radiol. – 1995. – Vol. 68, No. 806. – P. 205–207.
14. Ungkanont K.C., Yellon R.F., Weissman J.L. Head and neck space infections in infants and children // Otolaryngol. Head Neck Surg. – 1995. – Vol. 112, No. 3. – P. 375–382.
15. Zhao F.Y., Gao Y., Wu M.J. Dignosis and therapy on hemangiomas and vascular malformation in view of the new classification // Beijing Da Xue Xue Bao. – 2009. – Vol. 1, No. 3. – P. 21–27.