

## ОПЫТ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ КИСТ ШЕИ

*А. В. Кравец, канд. мед. наук;*

*Р. А. Москаленко\*, канд. мед. наук, ассистент;*

*Г. И. Пятикоп\*, канд. мед. наук, доцент;*

*В. А. Братушка; О. М. Материнский; А. И. Гребенюк,*

*Сумская областная клиническая больница, г. Сумы;*

*\*Медицинский институт Сумского государственного университета,  
г. Сумы*

*Произведен анализ результатов диагностики и лечения 39 больных с кистами шеи. Середняя киста шеи диагностирована у 12 пациентов, боковая – у 27. Диагностика заболевания включала в себя клинические данные, пункцию образования, фистулографию, ультразвуковое исследование, компьютерную томографию, гистологическое исследование операционного материала. Всем больным проведено радикальное хирургическое вмешательство. Рецидивов после оперативного лечения кист не наблюдалось.*

**Ключевые слова:** киста шеи, диагностика, оперативное лечение.

*Проведено аналіз результатів діагностики та лікування 39 хворих з кістами ший. Середня кіста ший діагностована у 12 пацієнтів, бокова – у 27. Діагностика захворювання передбачала клінічні дані, пункцію утвору, фістулографію, ультразвукове дослідження, комп'ютерну томографію, гістологічне дослідження операційного матеріалу. Усім хворим проведено радикальне хірургічне втручання. Рецидивів після оперативного лікування кіст не спостерігалось.*

**Ключові слова:** кіста ший, діагностика, оперативне лікування.

### ВВЕДЕНИЕ

Кисты шеи относятся к достаточно редким порокам развития, которые среди хирургических заболеваний составляют незначительный удельный вес. Возникновение срединных кист шеи связано с незаращением щитовидно-язычного протока (ductus thyreoglossus), в результате которого происходит накопление секрета в оставшейся полости и образуются кисты. Боковые кисты шеи имеют бранхиогенный генез, то есть развиваются из необлитерированных остатков жаберных карманов [1, 3, 5, 9, 10].

Диагностика и лечение кист шеи вызывают некоторые сложности у хирургов, которые редко сталкиваются с данной патологией, что обуславливает развитие осложнений во время и после оперативного вмешательства и соответственно продлевает сроки лечения больных. Поиск новых методов диагностики и лечения, которые могли бы способствовать установлению правильного диагноза и оптимизировать хирургическое лечение кист шеи на сегодня остается актуальной проблемой [2, 3, 4, 6, 8].

### ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Улучшить результаты диагностики и лечения больных с кистами шеи.

### РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Под нашим наблюдением находилось 39 пациентов с кистами шеи, которые пребывали на лечении в хирургическом отделении Сумской областной клинической больницы в период с 2005 по 2010 г. Мужчин было 13 (33,3%), женщин – 26 (66,7%). Середняя киста шеи

диагностирована у 12 (30,8%) человек, боковая – у 27 (69,2%). В возрасте до 20 лет – 6 (15,4%), от 21 года до 30 лет – 8 (20,5%), от 31 года до 40 лет – 13 (33,3%), от 41 года до 50 лет – 4 (10,3%), от 51 года до 60 лет – 2 (5,1%), старше 61 года – 6 (15,4%) больных.

Таблица 1 – Распределение больных по группам

Возраст	Количество больных	Женщин	Мужчин
До 20 лет	6	4	2
21 – 30 лет	8	4	4
31 – 40 лет	13	9	4
41 – 50 лет	4	4	-
51 – 60 лет	2	1	1
61 и старше	6	4	2
Всего	39	26	13

Длительность заболевания (от момента обнаружения кисты до операции) была различной: до 6 мес. – 28 (71,8%) пациентов, от 6 мес. до 1 года – 6 (15,4%), более 1 года – 5 (12,8%). В 8 (20,5%) случаях кисты шеи были диагностированы в стадии нагноения (у 5 мужчин и 3 женщины). Из 39 больных ранее были оперированы 5 (12,8%) (3 больным производили вскрытие нагноившихся кист и 2 – удаление кист и свищей шеи).

У большинства пациентов наблюдалось прогрессирующее увеличение кист шеи, у 3 образование оставалось без изменений, у 4 оно периодически увеличивалось и уменьшалось (в результате консервативного лечения).

Диагностика основывалась на клинических данных, в частности, осмотре и пальпации шеи. Срединные кисты шеи локализуются ниже подъязычной кости, между ней и перешейком щитовидной железы, обычно над верхней щитовидной вырезкой. Размеры кисты могли периодически изменяться. Киста, как правило, росла медленно, имела вид безболезненного округлого выпячивания, смещающегося при глотании, имела гладкую поверхность, упруго-эластическую консистенцию. Кожа над ней не изменена, подвижна. Боковые кисты имели типичную локализацию в верхней или средней трети боковой поверхности шеи по внутреннему краю грудино-ключично-сосцевидной мышцы, иногда частично заходя под нее. В наших наблюдениях у 9 больных кисты располагались в верхней трети шеи, сразу под углом нижней челюсти, у 18 – в средней трети шеи. Кожные покровы над ними были обычной окраски. Кисты мягко-эластической консистенции, округлой или овальной формы, с четкими границами в большинстве случаев оказывались безболезненными, подвижными. В случае воспаления появлялась боль при глотании, возникал болезненный, без четких границ инфильтрат, иногда формировался свищ.

Из дополнительных методов исследования применяли пункцию образования, фистулографию, ультразвуковое исследование, компьютерную томографию. Во всех случаях после удаления кисты обязательно проводилось гистологическое исследование операционного материала.

Дифференциальную диагностику приходилось проводить с лимфаденитом, первичными и метастатическими опухолями шеи,

опухольями околоушной и щитовидной железы, аберрантным зубом, дермоидными кистами.

Лечение кист и свищей шеи – оперативное. Операции выполняли как под местной анестезией, так и под эндотрахеальным наркозом. Последнему отдавали предпочтение в случаях предположения трудностей во время операции. При наличии свища для облегчения выделения из окружающих тканей его контрастировали с помощью 1% спиртового раствора бриллиантового зеленого. При операциях по поводу срединных кист применяли продольный разрез, при боковых кистах пользовались разрезом вдоль переднего края кивательной мышцы. Ткани шеи рассекали послойно до капсулы. Кисту тупым и острым методами выделяли из окружающих тканей и удаляли с капсулой. Удаляя срединную кисту, всегда обращали внимание на ее связь с подъязычной костью. При необходимости последнюю резецировали. В случае вскрытия нагноившейся кисты рану промывали растворами антисептиков. Рану зашивали послойно с обязательным дренированием остаточной полости. Технические трудности во время оперативного вмешательства из-за воспалительного процесса были у 9 больных. У 2 из них послеоперационный период осложнился нагноением. У 4 больных в течение 2-3 недель наблюдался воспалительный инфильтрат в области послеоперационного рубца. Рецидивов после оперативного лечения кист не наблюдалось.

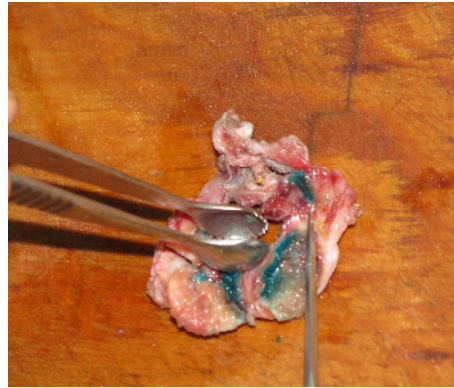
Исследуемый операционный материал наиболее часто был представлен округлым полым образованием, которое содержало (в неосложненных случаях) серозную жидкость. Цвет материала варьировал от розово-желтого до синюшно-сероватого (рис. 1, 2). Во время дальнейшей фиксации 10% раствором нейтрального формалина ткани кисты приобретали серовато-коричневую окраску. Размеры кистозных образований колебались от 1,0 x 1,5 см до 6,0 x 8,0 см, толщина стенки составляла 0,3-1,0 см. Кистозные образования были мягко-эластической консистенции. В случае воспалительных осложнений содержимое кистозной полости приобретало гнойный характер. На разрезе внутренняя поверхность кисты, как правило, была гладкой, стенка кистозного образования построена из плотной волокнистой ткани.

Гистологическое строение кистозных образований шеи не отличалось большим разнообразием, особенно в случаях, когда выстилка кисты не сохранялась при гистологической обработке. Но есть постоянное количество компонентов, которые выявляются при микроскопическом исследовании: стенка кисты, лимфатическая ткань, плоский многослойный эпителий, призматический или мерцательный эпителий, муцинозная ткань, иногда элементы желез бранхиального происхождения, что позволяет по-новому взглянуть на классификацию бранхиальных кист [7]. Стенка кисты представлена плотной волокнистой соединительной тканью со смешанной лимфо-лейкоцитарной инфильтрацией. Воспалительная реакция достигает значительной выраженности в случаях инфекционных осложнений кист – в инфильтрате преобладает нейтрофильный компонент. Часто выявлялись дисциркуляторные расстройства в виде отека и полнокровия сосудов. Лимфатическая ткань присутствовала в виде инфильтратов или лимфатических узелков, в которых нередко наблюдались явления фолликулярной гиперплазии. Плоский многослойный эпителий встречался в большинстве кист, в которых сохранилась внутренняя выстилка, что считается признаком эктодермального происхождения кисты (рис. 3). Призматический или мерцательный эпителий встречался значительно реже. Как правило, кисты с таким эпителием характеризуются наличием повышенного количества жидкости. При

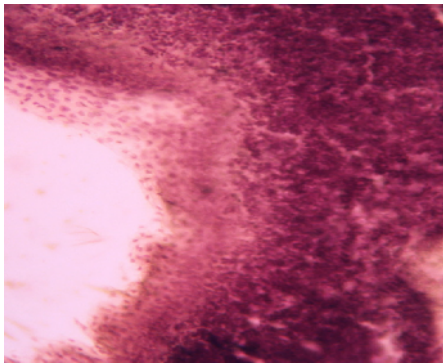
гистологическом исследовании встречались кисты, которые содержат ремнанты щитовидной, слюнной желез, тимуса (рис. 4).



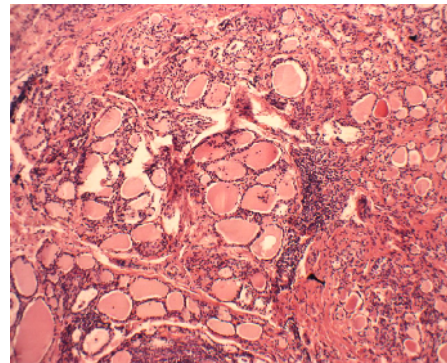
*Рисунок 1 – Боковая киста шеи. Фото*



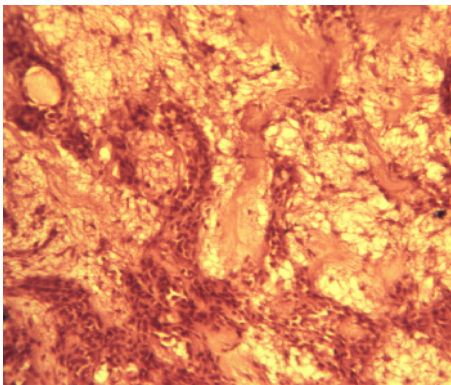
*Рисунок 2 – Боковая киста шеи со свищем. Фото*



*Рисунок 3 – Стенка лимфоэпителиальной бронхиальной кисты. Окр. гематоксилин-эозином. Ув. × 200*



*Рисунок 4 – Ремнантная бронхиальная киста, содержащая ткань щитовидной железы. Окраска гематоксилин-эозином. Ув. × 100*



*Рисунок 5 – Бронхиальная киста с муцинозным компонентом и лабиринтоподобными кистозными структурами. Окраска гематоксилин-эозином. Ув. × 200*

Муцинозная ткань выявлялась не всегда, вместе с ней часто выявлялись лабиринтоподобные кистозные структуры, которые, вероятно, имели ультимобранхиальное происхождение (рис. 5). Наличие мышечной ткани можно объяснить ее попаданием в биопсийный материал во время оперативного вмешательства, что бывает в случаях плотного сращения кисты с мышцами. Как правило, чаще выявляется поперечно-полосатая мышечная ткань, иногда – гладкая, с наличием умеренной смешанно-клеточной воспалительной инфильтрации, отеков.

## ВЫВОДЫ

1. Кисты шеи являются редкой, порой достаточно сложной для диагностики патологией, которую приходится дифференцировать с большим числом заболеваний шеи.

2. Диагностика данного заболевания должна быть комплексной, включающей в себя клинические данные, пункцию образования, фистулографию, ультразвуковое исследование, компьютерную томографию, гистологическое исследование операционного материала.

3. Лечение кист шеи – оперативное. Радикальное удаление кисты предупреждает возникновение рецидивов заболевания.

## SUMMARY

### EXPERIENCE OF DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF NECK CYST

*A.V. Kravets, R.A. Moskalenko\*, G.I. Pyatikop\*, V.A. Bratushka, O.M. Materynskiy, A.I. Grebenyuk,*

*Sumy Regional Clinical Hospital, Sumy;*

*\*Sumy State University, Sumy*

*The analysis of the results of diagnosis and treatment of 39 patients with cysts of the neck. Median cyst of the neck was diagnosed in 12 patients, side - 27. Diagnosis of the disease included clinical data, puncture of cysts and fistulography, ultrasonography, computed tomography, histological examination of surgical specimens. All patients underwent radical surgery. Recurrence after surgical treatment of cysts was not observed.*

**Key words:** neck cyst, diagnosis, operative treatment.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Борисов О. А. Вариант клінічного перебігу бранхіогенної (бічної) кисти / О. А. Борисов, Ю. В. Гаєвський, А. Ю. Гаєвський [та ін.] // Журнал вушних носових і горлових хвороб. – 2004. – №5. – С. 44-45.
2. Дергачев А.И. Эхография в диагностике и лечении бранхиальных кист шеи / А.И. Дергачев, А.А. Ильин // Sonoace-international. – 2001. – №9. – С. 12-17.
3. Кизим В. В. Воздушная (бранхиогенная) киста шеи / В. В. Кизим, В. В. Толчинский, А. В. Попов // Журнал вушних, носових і горлових хвороб. – 2003. – №4. – С. 58-59.
4. Кистозные образования шеи / А. Л. Ключихин, Г. И. Марков, А. Е. Кашманов [и др.] // Вестник оториноларингологии. – 2003. – №5. – С. 63-64.
5. Краснова В. Г. Боковые кисты шеи / В. Г. Краснова // Журнал ушных, носовых и горловых болезней. – 1991. – №2 – С. 67-69.
6. Манакова Л. Н. Боковая киста шеи / Л. Н. Манакова, А. А. Блоцкий, Е. С. Еланская // Вестник оториноларингологии. – 2006. – №1. – С. 65-66.
7. Романюк А. М. Морфологія бранхіальних кіст шиї / А.М. Романюк, Р.А. Москаленко, Л.І. Карпенко [та ін.] // Здобутки клінічної і експериментальної медицини. – Тернопіль, 2009. – С. 140-142.
8. Ahuja A.T. Second branchial cleft cysts: variability of sonographic appearances in adult cases / A.T. Ahuja, A.T. King, C. Metreweli // Am. J. Neuroradiol. – 2000. – Vol. 21. – №2. – P. 315-319.
9. Charous D. D. Third branchial pouch cyst presenting as a lateral neck mass in an adult / D. D. Charous, M. T. Charous, J. R. Spiegel // Ear, Nose & Throat J. – 2006. – Vol. 85 (11). – P. 754-759.
10. Lawrence W.C. Surgical treatment of preauricular cists / W.C. Lawrence, T. Daniel, S. Samadi // Operative Techn. In Otolaryngol. – Head and Neck Surg. – 2002. – Vol. 13, – № 1. – P. 44-47.

*Поступила в редакцию 2 июня 2011 г.*