



## ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННОЙ БОКОВОЙ КИСТЫ ШЕИ БОЛЬШИХ РАЗМЕРОВ: СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

**Миранович Сергей Иванович**, кандидат медицинских наук, доцент кафедры челюстно-лицевой хирургии Белорусского государственного медицинского университета, Минск



**Черченко Наталья Николаевна**, кандидат медицинских наук, доцент кафедры челюстно-лицевой хирургии Белорусского государственного медицинского университета, Минск

**Miranovich S. I., Cherenko N. N.**  
Belarusian State Medical University, Minsk

Case study of surgical treatment of congenital lateral neck cyst

**Резюме.** Представлен анализ хирургического метода лечения врожденной боковой кисты шеи больших размеров. Описано клиническое наблюдение, ход операции. Даны рекомендации по выбору хирургического доступа в зависимости от размеров образования.

**Ключевые слова:** кисты шеи, хирургическое лечение.

**Summary.** Article analyzes the methods of surgical treatment of congenital lateral neck cyst larger. Described clinical observation, course of the operation. Presents recommendation on the choice of surgical approach on the size of neoplasm.

**Keywords:** cyst neck, surgery.

**П**рофессор В. М. Безруков, ведущий специалист в области хирургической стоматологии, в 1965 г. предложил бронхогенную теорию происхождения боковых кист и свищей шеи, согласно которой названные образования являют собой второй глоточный карман между наружной и внутренней сонными артериями, который открывается внутренним устьем в область

небной миндалины [1]. Боковые кисты располагаются на сосудисто-нервном пучке шеи, чаще на уровне бифуркации общей сонной артерии. Название «бронхогенные» означает, что эти образования развиваются из остатков глоточных карманов.

Такие образования чаще всего встречаются в молодом или среднем возрасте. Вначале образуются кисты, а свищи развиваются вторично – в ре-

зультате их нагноений. В типичных случаях задний отдел боковой кисты находится под *m. sternocleidomastoideus*, верхний полюс – под задним брюшком *m. digastricus* и шилоподъязычной мышцей, медиально кисты прилежат к внутренней яремной вене на уровне бифуркации общей сонной артерии. Киста пальпируется в виде опухолевидного образования округлой формы с гладкой поверхностью, не спаиванной с окружающими тканями, плотно-эластичной консистенции с явлениями флюктуации. При воспалении кисты развивается дисфагия с расстройством речи.

Профессор К. И. Черенова в 1979 г. установила, что стенка боковых кист, в отличие от дермоидных и срединных, состоит из плотной соединительной ткани со скоплением лимфоидной ткани в виде узлов, располагающихся субэпителиально. При нагноении боковых кист шеи происходит метаплазия, утолщение эпителиальной выстилки и ее ороговение [2]. На основании этого К. И. Черенова относит боковые кисты к внеорганным доброкачественным опухолям шеи, из которых может развиваться бронхиогенный рак (2,7% пациентов).

Наружное отверстие боковых свищей локализуется у внутреннего края *m. sternocleidomastoideus* в области средней трети шеи. Внутреннее отверстие полного бокового и неполно-

го внутреннего свищей локализуется за небноглоточной дужкой у основания небной миндалины. От наружного устья свищевой ход идет под широкой подкожной мышцей шеи до большого рога подъязычной кости, прилегая к внутренней яремной вене, затем круто поворачивает внутрь и вверх в сторону глотки между наружной и внутренней сонными артериями, далее прикрепляется к шиловидному отростку и продолжается в направлении к боковой стенке глотки. Длина его от бифуркации сонной артерии до глотки составляет 3,5 см.

#### Клинический случай

В связи со сложностью хирургического лечения приводим собственное наблюдение. Пациент Л. (34 года) поступил в 11-ю ГКБ Минска с жалобами на наличие опухолевидного образования на боковой поверхности шеи слева, периодическое появление болей при глотании. Болеет около 5 лет, неоднократно проводили пункцию образования в связи с воспалением.

Пациент правильного телосложения, умеренного питания, общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки обычной окраски. Гемодинамические показатели – в пределах нормы. Не выявлено патологии внутренних органов. Биохимический анализ крови, общий анализ крови и мочи – в норме.

При клиническом осмотре на боковой поверхности шеи слева определяется опухолевидное образование 12x15 см плотно-эластичной консистенции, безболезненное при пальпации с явлениями флюктуации, не спаянное с прилежащими тканями (рис. 1). На КТ выявлено опухолевидное содержащее жидкость образование (10x12x14 см), прилежащее к сосудисто-нервному пучку шеи слева. На УЗИ обнаружено гипоэхогенное образование 10x12x14 см.

Рассечены кожа, подкожная клетчатка, поверхностная фасция, обнажена оболочка кисты с последующим выделением ее тупым и острым путем (рис. 2). Учитывая то, что образование прилежало к сосудисто-нервному пучку шеи, для уменьшения объема кисты и удобства выделения аспирировали часть содержимого при помощи шприца с иглой с наложением на место пункции гемостатического зажима. Образование, содержащее желтоватую, мутную тягучую жидкость, удалено без повреждения целостности оболочки (рис. 3). В зоне, где киста прилежит к подъязычному нерву, особенно к внутренней яремной вене, наиболее сложно препарировать, поскольку оболочка кисты отделяется на уровне бифуркации общей сонной артерии (рис. 4).

Операция прошла без повреждения крупных кровеносных сосудов и нервов, рана зашита внутрикожным



Рис. 1. Пациент Л. с врожденной боковой кистой шеи слева



Рис. 2. Направление разреза по переднему краю *m. sternocleidomastoideus*

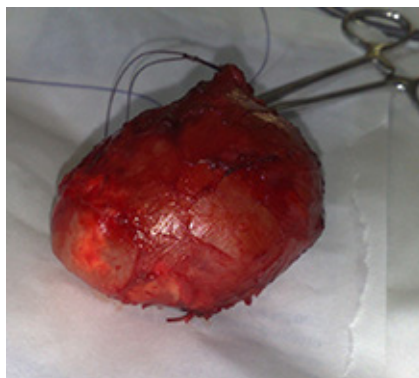


Рис. 3. Удаленная киста без повреждения оболочки



Рис. 4. Виден обнаженный сосудисто-нервный пучок



Рис. 5. Рана зашита внутрикожным швом

косметическим швом (рис. 5). Пациент выписался на десятый день после операции в удовлетворительном состоянии. По результатам гистологического исследования, — киста шеи.

Для профилактики развития осложнений (кровотечение, воспали-

тельные инфильтраты) тщательно проводят гемостаз, дренирование раны на двое–трое суток, назначают курс комплексной противовоспалительной терапии.

#### Выводы:

1. Своевременное обращение пациентов к врачу и адекватное обследование позволяют значительно уменьшить объем оперативного вмешательства, улучшить эстетический результат и сократить количество осложнений.

2. Считаю целесообразным при образовании боковых кист шеи более 10 см оперативное вмешательство осуществлять доступом по передней поверхности *m. sternocleidomastoideus*.

3. При наличии боковых кист шеи менее 10 см показан разрез по естественным складкам шеи, что позволяет достичь хорошего эстетического результата.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Безруков, В. М. Врожденные кисты и свищи околоушной области и шеи // Теория и практика стоматологии / под ред. И. Бабичева. — М., 1965. — Вып. 8. — С. 168–176.
2. Иванова, С. В. Клинико-морфологическая характеристика шеи, боковых кист и свищей шеи: автореф. дис. ... канд. мед. наук / С. В. Иванова. — М., 2005. — 19 с.
3. Чудаков, О. П. Доброкачественные кистозные образования мягких тканей челюстно-лицевой области: учебно-методич. пособие / О. П. Чудаков, И. И. Ленькова, А. Б. Шабанович. — Минск, 2006. — 14 с.

Поступила 26.12.2014