



УДК 617.53-003.4-007.253-07-089

ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СРЕДИННЫХ КИСТ И СВИЩЕЙ ШЕИ

Г. А. Гаджимирзаев, А. Х. Асиятилов, Ю. А. Джамалудинов, Р. Г. Гаджимирзаева,
А. Н. Чудинов, М. А. Азизов, Э. Г. Гамзатова

DIAGNOSIS AND SURGICAL TREATMENT OF MEDIAN CYSTS AND FISTULA NECK

G. A. Gadzhimirzaev, A. N. Asiyatillov, U. A. Dzhamaludinov, R. G. Gadzhimirzaeva, A. N. Chudinov,
M. A. Azizov, E. G. Gamzatova

ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия», г. Махачкала
(Ректор – проф. А. О. Османов)

В работе представлены литературные сведения и собственные исследования по проблеме врожденных срединных кист и свищей шеи. Приведены описания современных методов диагностики и хирургического лечения. Авторы анализируют причины рецидивирования срединных кист и свищей шеи и дают рекомендации по их профилактике.

Ключевые слова: срединные кисты и свищи шеи, диагностика, хирургическое лечение, рецидивы.

Библиография: 20 источников.

In the present review existing literature views on the problem of congenital cysts and fistulas middle neck. It includes a description of modern methods of diagnosis and surgical treatment. The authors analyze the causes of fistula recurrence of medial neck and make recommendations aimed at reducing the number of reoperations.

Key words: medial cysts and fistulas neck causes the formation, diagnosis, surgical treatment, recurrence.

Bibliography: 20 sources.

За последние несколько десятилетий отмечается рост встречаемости врожденных пороков шеи и лица, что, возможно, связано с ухудшением экологической ситуации в мире, главным образом повышением радиационного фона, а также широким спектром различных экзогенных и эндогенных факторов, могущих оказывать тератогенное действие [5, 11, 13].

Кисты и свищи шеи составляют около 1,4% больных клиник челюстно-лицевой и 2,4% больных оториноларингологических стационаров [3, 8]. Истинное количество подобных пациентов определить довольно сложно, так как их лечением, кроме оториноларингологов и стоматологов, занимаются онкологи, детские и общие хирурги.

Несмотря на длинную историю изучения разбираемой патологии, вопрос о срединных кистах и свищах шеи все еще является актуальной проблемой, поскольку этиология, патогенез и методы лечения этих образований остаются недостаточно разрешенными.

Хотя срединные кисты и свищи шеи относятся к врожденным аномалиям, однако они редко обнаруживаются с момента рождения и появляются позднее в детском или подростковом возрасте или даже у взрослых людей. Подобный феномен исследователи связывают с тем, что срединные кисты растут медленно, в среднем 8–10 лет, не достигая больших размеров [11]. Подчеркивается, что наиболее часто промежуток времени от появления первых симптомов до обращения к врачу составляет от 6 месяцев до 3 лет [7].

О генезе срединных кист и свищей шеи было высказано несколько точек зрения. В частности, в литературе широко обсуждается мнение, согласно которому своим происхождением указанные патологические образования обязаны задержке обратного развития (редукции) эмбрионального щитовидного протока [20]. Р. И. Венгловский [6], напротив, утверждал, что щитовидного протока у человека не существует. По его мнению, в процессе развития щитовидной железы образуется клеточный тяж без просвета внутри. Кроме того он допускал возможность развития срединных кист шеи из элементов эпителия дна полости рта.

Большинство авторов, однако, полагают, что врожденные срединные пороки шеи являются дериватами (производными) нередуцированного щитовидного протока, который возникает в процессе закладки щитовидной железы. У взрослого человека сохранение щитовидного протока на всем протяжении (от слепого отверстия языка до щитовидной железы) считается большой редкостью [15]. Завершением нередуцированного щитовидного протока является его трансформация в такие дериваты, как пирамидальный отросток щитовидной железы, добавочные щитовидные железы, кисты и свищи. В щитовидном (щитовидно-язычном) протоке различают язычную, подъязычную и щитовидную части. Первая представляет собой верхний участок протока на протяжении от слепого отверстия языка до верхнего края тела подъязычной кости. Подъязычная



часть расположена от верхнего до нижнего края тела подъязычной кости. Щитовидная часть лежит на протяжении от нижнего края тела подъязычной кости до щитовидной железы. Взгляды ученых разделились относительно наличия или отсутствия просвета нередуцированного щитоязычного протока. Одна группа авторов утверждает о наличии просвета, а другая, наоборот, считает, что просвет в процессе онтогенеза эмбриона облитерируется. В анатомно-топографических исследованиях, выполненных на эмбрионах и трупном материале разных возрастных групп (детей и взрослых), дали основания утверждать, что в части случаев нередуцированный щитоязычный проток сохранял просвет в одном из его частей (язычной, подъязычной, щитовидной), т. е. проток представлялся в виде облитерации одной части и сохранившимся просветом в другой части [4, 14, 15].

Таким образом, процесс обратного развития щитоязычного протока не всегда заканчивается в эмбриональной стадии, и нередко проток наблюдается и в постнатальном периоде.

Щитоязычный проток находится в тесной связи с подъязычной костью. У большинства людей он прилежит к задней поверхности тела подъязычной кости, значительно реже он располагается впереди кости, возможно, также проникновение щитоязычного протока в толщу тела подъязычной кости.

Срединные кисты располагаются чаще всего между верхним краем щитовидного хряща и подъязычной костью. Положение кисты может меняться, располагаясь несколько в стороне от средней линии, выше подъязычной кости, ниже верхнего края щитовидного хряща. По материалам В. П. Ситникова и соавт. [11], из 52 лиц со срединными кистами и свищами шеи у 94,5% пациентов они располагались по средней линии шеи, с небольшим смещением влево – у 4,5%. По локализации кист и свищей различают надподъязычные (15,4%), щитоподъязычные (72,7%), супрастернальные (8,2%), внутриязыковые (1 наблюдение) кисты [11].

Срединные свищи шеи бывают полные с двумя отверстиями: наружным на коже шеи и внутренним, открывающимся в полость рта слепым отверстием языка. При неполных свищах имеется лишь одно отверстие на передней поверхности шеи.

Содержимое срединных кист тягучее, непрозрачное с желтоватым оттенком. Воспалительный процесс, которому подвержены кисты, приводит к образованию стойких свищей. Очень часто воспалительный процесс в кистах провоцируют ОРЗ и очаги хронической инфекции глотки (хронический тонзиллит, хронический фарингит, гипертрофия язычной миндалины).

Срединные кисты шеи обычно имеют округлую форму, эластичную консистенцию и ограничено подвижны. Они смещаются при глотании вместе с подъязычной костью. Кожа над кистой, при неосложненных случаях, не изменена, подвижна и свободно берется в складку. При пальпации образование безболезненно. Размер срединных кист не превышает 2–4 см в диаметре. Срединные кисты шеи являются переходной стадией в образовании свищей. Последние формируются в результате нагноения кисты и самопроизвольного прорыва над поверхностью кожи или же после вскрытия в лечебно-диагностических целях. Из сформировавшегося свища периодически или постоянно отмечается течь, вызывающая воспалительные изменения кожи вокруг свищевого отверстия.

В целях диагностики и дифференциальной диагностики срединных кист и свищей шеи проводятся параклинические исследования, позволяющие исключить специфический характер патологических образований передней поверхности шеи. Используется метод контрастного исследования, хотя многие авторы отмечают трудности качественного выполнения данной процедуры из-за невозможности заполнения контрастным веществом свищевого хода на всем его протяжении. Тем не менее в руках опытного специалиста контрастная рентгенография при неосложненных срединных кистах и свищах шеи является простым и доступным диагностическим методом, при помощи которого можно установить размер кисты, характер ее строения, наличие боковых ответвлений, связь с подъязычной костью [10, 15]. Прибегают к зондированию, вливанию цветных жидкостей (метиленовая синька, бриллиантовая зелень), или жидкостей, обладающих определенными вкусовыми качествами (растворы поваренной соли, сахара, хинина), которые при полном свище могут достигать глотки и быть обнаружены визуально или по возникновению у обследуемого определенного вкусового ощущения [2].

В настоящее время в диагностике срединных кист и свищей шеи используют ультразвуковую, КТ- и МРТ-исследования [1, 7, 11, 12, 17, 19]. Проводится также диагностическое исследование содержимого кисты и отделяемого свища. Характерным для врожденных кист шеи оказалось наличие в пунктате эпителия, клеток крови и холестерина. Кроме того пункционный метод позволяет дифференцировать кисты от гемангиом и получать материал для бактериологического исследования. При необходимости больные консультируются у смежных специалистов – онколога, сосудистого хирурга, эндокринолога и др.).

Для опытного специалиста диагностика срединных кист и свищей шеи не представляет боль-



ших трудностей, если из анамнеза известно, что опухолевидное образование появилось в детстве, медленно развивается, расположено ниже подъязычной кости по средней линии.

Гистоморфологическое исследование удаленных кист и свищей шеи показывает, что стенка их состоит из грубоволокнистой соединительной ткани, внутренний слой стенок чаще всего выстлан многослойным плоским эпителием, иногда мерцательным и цилиндрическим. Типичным для гистоморфологии срединных кист и свищей шеи, по мнению С. В. Яблонского и Н. И. Васильевой [16], является наличие в их стенках лимфоидных элементов, наличие слизистых желез в подэпителиальном слое.

Помимо косметического дефекта, кисты и свищи шеи приносят больным страдания, связанные с отделяемым свища, болями в горле при глотании, нагноением этих образований, нередко с развитием местного воспалительного процесса в тканях шеи, кроме того, кисты шеи в 1–2% случаев подвержены малигнизации [18]. Все сказанное диктует необходимость оперативного лечения, так как введение в свищевой ход прижигающих веществ не приносит успеха.

При операциях по удалению срединных кист и свищей шеи оториноларингологи начали применять микрохирургическую технологию, которая особенно хорошо зарекомендовала себя при рецидивирующих свищах [11, 12]. Метод позволяет более детально рассмотреть все возможные разветвления свищевых ходов или тяжа и радикально иссечь их, выделить свищ либо кисту от спаенных и рубцовых тканей. Использование микрохирургической техники, как полагают, позволит существенно снизить частоту рецидивов указанной патологии.

Пациенты и методы. С 1990 по 2012 г. в детских и взрослых клиниках оториноларингологии и челюстно-лицевой хирургии Дагестанской ГМА под наблюдением находилось 48 больных со срединными кистами и свищами шеи: 26 мужчин и 22 женщины. Возраст пациентов колебался от 7 до 42 лет. Из общего числа больных 19 были ранее оперированы, 5 неоднократно. У 6 лиц кисты вскрылись самостоятельно вследствие нагноения. Таким образом, у 25 человек из 48 госпитализированных диагностированы срединные свищи, а у 23 – неосложненные срединные кисты шеи.

Клинический диагноз срединных кист и свищей шеи обосновывался на данных анамнеза (жалобы, история развития болезни, применявшиеся ранее методы лечения), данных объективного осмотра, исключения туберкулезной и иной специфической этиологии заболевания, хронического хондроперихондрида щитовидного хряща, консультаций и заключений специалистов смежных

дисциплин. У 15 больных, страдающих свищами и наличием воспалительных изменений вокруг свищевого отверстия на коже шеи, предварительно проводили местное противовоспалительное лечение.

Оперативное вмешательство выполняли под эндотрахеальным наркозом. Разрез кожи был горизонтальный по ходу естественных кожных складок на уровне подъязычной кости. При выраженном рубцовом изменении области наружного свищевого отверстия горизонтальный разрез дополняли эллипсовидным вокруг свищевого отверстия. После отслойки кожных покровов в обе стороны от кисты или свищевого хода последний вместе с рубцово измененными тканями захватывали кровоостанавливающим зажимом. Наши попытки на этом этапе заполнить свищевой ход красящим раствором (метиленовой синькой) заканчивались неудачно, так как синькой окрашивались окружающие ткани. У двух больных в качестве проводника нам удалось ввести в просвет свища рыболовную капроновую леску до подъязычной кости по Р. В. Луковскому [9]. Далее проводилось выделение свищевого хода до тела подъязычной кости, последнюю клиновидно резецировали на расстоянии 0,5 см по обе стороны от свищевого хода. В целях пересечения тела подъязычной кости пользовались купферовскими ножницами или пилой бормашины. На дефект подъязычной кости швы не накладывали. Операция завершалась послойным ушиванием раны с мерами, исключающими образование раневых карманов, которые нередко являются местами скопления крови (гематомы) и нагноения. Операционную полость обильно орошали раствором диоксида или мирамистина. Из угла раны выводили выпускник из перчаточной резины, который удаляли на вторые-третьи сутки после операции.

Опираясь на собственные исследования и сообщения других авторов, мы выделили основные причины рецидивирования срединных кист и свищей шеи.

1. Недоработки при первичном выполнении оперативного вмешательства: во всех случаях рецидивирования патологических образований шеи, наблюдавшихся нами, не была произведена резекция тела подъязычной кости. Согласно существующему мнению эпителиальные элементы, спаенные или погруженные в тело подъязычной кости, являются основной причиной рецидивирования указанных образований. В связи с этим непрямым условием хирургического вмешательства по поводу врожденных срединных кист и свищей шеи является клиновидная резекция тела подъязычной кости.

2. С какой бы высокопрофессиональной тщательностью не проводилась анатомическая пре-



паровка тканей, плотно спаянных грубоволокнистой соединительной тканью свища с телом подъязычной кости, довести оперативное вмешательство до формата *lege artis* практически не удается, в связи с тем что при иссечении (отсепаровке) тканей выше и позади тела подъязычной кости в условиях весьма ограниченного хирургического поля, свищевой ход или тяж часто обрываются. После обрыва найти каудальный конец в операционной ране крайне сложно. В исследовании К. П. Богданова [4], выполненном на 250 трупах плодов, детей и взрослых показано, что полное сохранение язычной части щитовидного протока – явление чрезвычайно редкое (всего 4 случая на 250 препаратов). Чаще выявлялся вариант язычного протока, подвергшийся в большой или меньшей степени задержке редукции. При этом задержка обратного развития наблюдалась преимущественно в начальном (оральном) отделе язычного протока в виде сохранения различной глубины слепого отверстия языка, а каудальный же конец был облитерирован и плотно спаян с надкостницей верхнего края тела подъязычной кости по средней линии. По нашему мнению, перечисленными особенностями строения язычного отдела протока объяс-

няются клинические наблюдения, при которых позади тела подъязычной кости во время операции редко выявляется продолжение свища в сторону орального отдела.

3. В случаях не выявленного до операции или по ходу оперативного вмешательства варианта ветвящейся формы срединного свища шеи, в послеоперационном периоде могут наблюдаться повторные рецидивы от оставшихся дериватов свища. Современные достижения в области микрохирургии, в частности применение операционного микроскопа, позволяют более тщательно рассмотреть вариант строения свищевой ходы и при выявлении ветвей радикально их рассечь.

4. Эмбриологические, анатомические, гистологические и клинические исследования свидетельствуют, что в строении сохранившегося щитовидного протока могут наблюдаться различия, зависящие как от стадии его обратного развития, так и от степени наступившей задержки редукции. Они выражаются в том, что явления облитерации могут наступить в одних участках протока при сохранении просвета в других участках. Эти особенности эволюции протока, которые нелегко выявить до операции или по ходу ее, могут служить причиной рецидивирования болезни.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аксенов В. М., Логинова Е. Н. Диагностика и лечение больных с боковыми и срединными кистами и свищами шеи // Методы профилактики и лечения заболеваний ЛОР-органов. – М., 1989. – С. 101–112.
2. Бабиак В. И., Накатис Я. А. Клиническая оториноларингология: руководство для врачей. – СПб.: Гиппократ, 2005. – 797 с.
3. Бернадский Ю. И. Основы челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. – Витебск: Белмедкнига, 1998. – 391 с.
4. Богданов К. П. О срединных кистах и свищах шеи. Анатомо-топографическая характеристика: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1963. – 14 с.
5. Богомилский М. Р., Балясинская С. Л., Кручинина И. Л. Хирургическое лечение врожденных пороков развития наружного и среднего уха у детей // Вестн. оторинолар. – 1996. – № 5. – С. 4–9.
6. Венгловский Р. И. О свищах и кистах шеи в связи с учением о развитии и строении жаберного аппарата языка, щитовидной и зубной желез. – М., 1909.
7. Киселев А. С., Пажетнев А. Н. Бранхиогенные кисты и свищи шеи и лица // Рос. оторинолар. – 2007. – № 5. – С. 91–94.
8. Литвинова Л. А. Срединные и боковые кисты шеи: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1993. – 22 с.
9. Луковский Р. В. Иссечение полного врожденного бокового свища шеи у ребенка // Вестн. оторинолар. – 1968. – № 6. – С. 96–97.
10. Северинов А. В. К хирургическому лечению срединных кист и свищей шеи / Там же. – 1971. – № 3. – С. 64–68.
11. Современная диагностика и лечение кист и свищей шеи / В. П. Ситников [и др.] // Рос. оторинолар. – 2007. – № 6. – С. 144–148.
12. Шадыев Х. Д., Экимова Г. М., Вишняков В. В. Хирургические и микрохирургические методы лечения срединных кист и свищей шеи // Вестн. оторинолар. – 1995. – № 1. – С. 51–52.
13. Шеврыгин Б. В. Детская амбулаторная оториноларингология. М.: Медицина, 1991. – 256 с.
14. Шульга А. О., Богданов К. П. О срединных кистах и свищах шеи и хирургическом методе лечения при них // Вестн. оторинолар. – 1965. – № 6. – С. 60–64.
15. Шульга И. А., Железнов А. М., Шульга А. И. Срединные кисты и свищи шеи, их хирургическое лечение. – Оренбург, 2007. – 116 с.
16. Яблонский С. В., Васильева Н. И. Врожденные срединные кисты и свищи шеи у детей // Вестн. оторинолар. – 1996. – № 5. – С. 27–29.
17. Ahuja A. T. Second branchial cleft cysts: variability of sonographic appearance in adult cases // A. J. Neuroradiol. – 2001. – Vol. 21, N 2. – P. 315–319.
18. Chandler J. R. Branchial cysts, sinuses and fistulas // Otolaryngologic clinics of North America. – 1997. – Vol. 32. – N 4. – P. 175–186.



19. Choi S. S. Branchial Anomalis: A Review of 52 cases // Laryngoscope. – 1995. – Vol. 105. – Sept. – P. 909–912.
20. His W. Anatomie menzoplicher Embrionen. – Zeipzinger, 1985.

Гаджимирзаев Гаджимурад Абдусаматович – докт. мед. наук, профессор, зав. каф. оториноларингологии Дагестанской ГМА. 367000, Махачкала, пл. Ленина, д. 1; тел.: 8-981-883-89-09, 8-8722-67-75-75

Асиятилов Абдолла Ховалович – докт. мед. наук, профессор, зав. каф. хирургической стоматологии ДГМА. 367000, Махачкала, пл. Ленина, д. 1; тел.: 8-8722-67-75-92

Джамалудинов Юнускади Асхабалиевич – докт. мед. наук, доцент кафедры ДГМА и зав. ринологическим отделением РКБ. 367000, Махачкала, ул. Ляхова, д. 43, РКБ; тел.: 8-8722-55-01-29

Гаджимирзаева Раисат Гаджимурадовна – канд. мед. наук, ассистент каф. ЛОР-болезней ДГМА. 367000, Махачкала, пл. Ленина, д. 1; тел.: 8-928-675-88-17

Чудинов Александр Николаевич – доцент каф. стоматологии детского возраста ДГМА. 367000, Махачкала, пл. Ленина, д. 1; тел.: 8-8722-67-08-43

Азизов Мурад Алимпашиевич – доцент каф. стоматологии детского возраста ДГМА. 367000, Махачкала, пл. Ленина, д. 1; тел.: 8-8722-67-49-23;

Гамзатова Эльмира Геннадьевна – канд. мед. наук, ассистент каф. оториноларингологии ДГМА. 367000, Махачкала, пл. Ленина, д. 1; тел.: 8-8722-62-25-83

УДК 616.216+616.321:613.84

ПОКАЗАТЕЛИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА ПОЛОСТИ НОСА, ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ И ГЛОТКИ У ЛИЦ, ДЛИТЕЛЬНО КУРЯЩИХ ТАБАК

Е. А. Гилицанов, В. А. Невзорова

INDEXES OF FUNCTIONAL STATUS OF NASAL MUCOSA, PARANASAL SINUSES, AND PHARYNX OF THE PEOPLE PROTRACTEDLY SMOKING TOBACCO

Е. А. Gilifanov, V. A. Nevzorova

ГБОУ ВПО «Тихоокеанский государственный медицинский университет»

(Ректор – проф. В. Б. Шуматов)

В публикации рассматривается состояние полости носа, околоносовых пазух и глотки у лиц, длительно злоупотребляющих курением табака, а также функциональные изменения, сформировавшиеся вследствие токсического воздействия табачного дыма.

Ключевые слова: табачный дым, слизистая оболочка полости носа, околоносовые пазухи, глотка, глоточная миндалина.

Библиография: 69 источников.

The publication deals with the conditions of nasal mucosa, paranasal sinuses, and pharynx of the people protractedly abusing tobacco. Functional changes formed through the environmental tobacco smoke are also considered in this publication.

Key words: environmental tobacco smoke, nasal mucosa, paranasal sinuses, pharynx, tonsils.

Bibliography: 69 sources.

Курение табака является значимым причинным фактором многих тяжелых заболеваний, приводящих к инвалидизации и преждевременной смертности. Существует мнение, что табачный дым (ТД) увеличивает риск развития заболеваний 14 органов и систем человека, в том числе сердечно-сосудистой, дыхательной, пищеварительной, мочеполовой систем [24, 25, 47, 49]. Россия входит в число стран с высоким потреблением табачных изделий и соответственно с высоким уровнем заболеваемости ишемической болезнью сердца, артериальной гипертензии,

ей, раком гортани и раком легкого, хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) и других болезней, ассоциированных с табакокурением [14, 26, 69]. Ежегодно около 300 тыс. человек в нашей стране погибают от заболеваний, напрямую связанных с табакокурением [24].

Представляют интерес исследования повреждающего действия ТД на состояние тканевых и клеточных структур верхних и нижних дыхательных путей, наиболее активно подвергающихся воздействию продуктов сгорания табака. Исходя из существующей концепции единства