
ВОЗДУШНАЯ КИСТА ГОРТАНИ (особенности клиники, диагностики и лечения)

Т.В. Антонив, В.Ф. Антонив, В.М. Аксёнов

Кафедра оториноларингологии
Российский университет дружбы народов
ул. Павловская, 25, Москва, Россия, 115093

В.И. Гринчук

Кафедра оториноларингологии
ФУВ РНИМУ им. Пирогова
Волоколамское шоссе, 30/6, Москва, Россия, 123182

Воздушная киста гортани (ларингоцеле) относится к сравнительно редким опухолеподобным образованиям. Публикации, посвященные этому заболеванию, чаще всего представляют описание отдельных наблюдений. Нет единой классификации. Лечение хирургическое, однако, методы хирургического вмешательства разнообразны. Разнообразие это касается в основном выбора доступа к образованию.

Авторы наблюдали и провели лечение 16 больных этим заболеванием.

Внутреннее ларингоцеле удаляли эндоларингеально под внутривенным наркозом с инъекционной вентиляцией легких и пластикой послеоперационной раны, а наружные и сочетанные воздушные кисты — по ими же разработанному методу без вскрытия просвета гортаноглотки и гортани.

Ключевые слова: воздушная киста, гортанный желудочек, клиника диагностика, лечение.

Воздушная киста гортани (laryngocele) встречается довольно редко и составляет от 4 до 7% всех доброкачественных образований данной локализации. Развивается она из слепого отростка гортанного желудочка. Гортанный желудочек у человека является рудиментарным образованием.

У некоторых видов обезьян он находится на боковых поверхностях шеи и представляет дополнительный резервуар воздуха. При опасности желудочки раздуваются, и обезьяна приобретает устрашающий вид, чтобы испугать противника, кроме того эти резервуары используются для усиления голоса. Аналогичное значение имеют эти образования и у лягушек, у них они тоже находятся на боковых поверхностях головы.

У человека воздушная киста может развиваться при наличии дополнительного (слепого) отростка гортанного желудочка, при возникновении вентильного механизма у устья этого отростка и при повышении давления воздуха в просвете гортани (музыканты, играющие на духовых инструментах, муэдзины, стеклодувы). Клапанный (вентильный) механизм, пропускающий воздух только в одном направлении — в отросток, может развиваться в результате хронического воспалительного, гиперпластического или опухолевого процесса.

Различают внутренние, наружные и сочетанные ларингоцеле. Они могут быть одно- и двусторонним [1]. Наиболее часто встречаются внутренние односторонние воздушные кисты. Наружные кисты, как правило, сочетаются с гомолатеральными внутренними. Развитие наружной кисты без предшествующей внутренней почти невозможно.

Внутренняя воздушная киста локализуется в толще преддверной складки.

Ее капсула представлена истонченной слизистой оболочкой дна гортанного желудочка — его слепого отростка. Внутренняя поверхность капсулы кисты вы-

стлана плоским эпителием. По мере роста образование отслаивает мягкие ткани боковой стенки гортани от внутренней поверхности щитовидного хряща, достигает его верхнего края и подымается вверх вдоль щитоподъязычной мембраны по направлению к подъязычной кости. Со временем под давлением кисты мембрана истончается, может расслоиться и киста появляется на боковой поверхности шеи.

Некоторые авторы делят эти кисты на врожденные и приобретенные [3]. Мы считаем, что воздушная киста может развиваться лишь при наличии врожденных предпосылок. В этом отношении она аналогична боковой и срединной кистам шеи, хоть по гистологическому строению, происхождению и локализации это разные образования [5].

Клиника и диагностика воздушной кисты гортани. Симптоматика воздушной кисты зависит от степени ее развития, от распространенности. Первым признаком заболевания может быть и, как правило, есть слабость голоса. Но больные долго не обращают внимания на этот симптом. С ростом образования появляется охриплость, реже — ощущение инородного тела в глотке, а затем и нарушение дыхания.

При непрямой ларингоскопии иногда определяется асимметрия вестибулярных складок. Незначительное увеличение одной преддверной складки может наблюдаться и в норме. Для внутренней воздушной кисты характерно шаровидное увеличение одной преддверной складки. Воздушные кисты, как правило, односторонние, чаще левосторонние. Двусторонние ларингоцеле встречаются крайне редко и бывают только внутренними [1].

Дифференциальная диагностика ларингоцеле в определенных наблюдениях довольно сложная. Иногда этих больных лечат от хронического воспалительного процесса. Особое внимание следует обратить на то, что первые симптомы внутреннего ларингоцеле аналогичны первым признакам злокачественной опухоли гортанного желудочка. При асимметрии преддверных складок необходимо тщательно исследовать дно гортанного желудочка, состояние слизистой оболочки верхней и нижней его стенок (нижней поверхности преддверной и верхней поверхности голосовой складок). Опухолевый процесс дна и верхней стенки гортанного желудочка может проникнуть в толщу преддверной складки и имитировать внутреннее ларингоцеле. Ценную информацию в таких случаях можно получить с помощью фиброларингоскопии и осмотра соответствующего гортанного желудочка. При подозрении на опухоль необходима прицельная биопсия. Приводим одно из наших наблюдений.

Больной К., 55 лет поступил в клинику с жалобами на охриплость, ощущение инородного тела в глотке, кашель и затруднение дыхания при физической нагрузке. Больным себя считает больше года, когда стал замечать слабость голоса, которая вскоре перешла в охриплость. Обратился к врачу. Было проведено лечение по поводу хронического ларингита. Состояние не улучшилось и больного направили на консультацию в клинику.

Выявлено двустороннее внутреннее ларингоцеле и больного госпитализировали. При обследовании в стационаре возникло подозрение на опухолевый процесс левого гортанного желудочка, передней трети левой голосовой складки и передней комиссуры. При обследовании с помощью ларингоскопа взята биопсия и уточнены границы опухолевого процесса. Новообразование вдоль передней комиссуры распростра-

нилось на нижний отдел гортани, а сверху — на оба гортанных желудочка и преддверные складки. Преддверные складки шаровидной формы.

При гистологическом исследовании выявлен плоскоклеточный рак с наклонностью к ороговению.

Больной оперирован. Произведена фронтальная резекция гортани с формированием плановой ларингостомы. При гистологическом исследовании удаленной части гортани кроме опухолевого процесса выявлена двусторонняя внутренняя воздушная киста гортани. Очевидно, киста развилась в результате опухолевого процесса.

В доступной нам литературе мы не нашли сообщений о двусторонней наружной воздушной кисте.

Мы располагаем 6 наблюдениями внутренней воздушной кисты. Все больные — лица мужского пола. У 4 киста располагалась слева, у одного — справа, в одном наблюдении киста была двусторонней.

Наружная воздушная киста появляется на боковой поверхности шеи в виде безболезненной припухлости с четкими контурами, мягкой консистенции. При сдавливании она уменьшается или полностью исчезает и снова появляется во время кашля. Сообщение с гортанным желудочком в силу ряда причин может закрыться, и такая киста может заполниться слизистой жидкостью, нагноиться [6—8].

Лечение больных с воздушной кистой гортани. Лечение при воздушных кистах гортани хирургическое. Внутренние кисты удаляют эндоларингеально при прямой ларингоскопии под внутривенным наркозом с инжекционной вентиляцией легких. Кисту можно удалить, сохранив слизистую оболочку преддверной складки, с пластикой раневой поверхности дна гортанного желудочка [7].

Ряд авторов при наружных воздушных кистах гортани в качестве доступа используют подподъязычную или боковую фаринготомию, ларинготомию [3, 4].

Мы располагаем опытом лечения 8 больных наружной и 2 сочетанной воздушной кистой гортани. Все эти больные оперированы. Ни у одного из них мы целенаправленно не вскрывали просвет гортаноглотки или гортани.

Под интратрахеальным наркозом производили горизонтальный разрез кожи и подкожной клетчатки на шее по кожной складке на 1—1,5 см выше верхнего края пластинки щитовидного хряща. Длина разреза зависела от размера кисты, но никогда не превышала 5 см. Тупым путем обнажали капсулу (оболочку) кисты и выделяли ее от окружающих тканей до щитоподъязычной мембраны. Находили ножку кисты, проникающую под мембрану. Расслаивали мембрану сверху вниз — от места проникновения под нее ножки кисты до верхнего края пластинки щитовидного хряща. Дальше ножку осторожно отслаивали от внутренней надхрящницы щитовидного хряща и от тканей, составляющих преддверную складку до дна гортанного желудочка. У дна желудочка ножку прошивали, перевязывали и отсекали выше лигатуры, не вскрывая просвета гортани.

Лишь в одном наблюдении нам не удалось сохранить в целостности слизистую оболочку гортани (преддверной складки). Внутренняя часть сочетанной кисты оказалась спаянной со слизистой оболочкой складки и пришлось иссечь участок слизистой оболочки нижней поверхности преддверной складки. На края дефекта наложены швы. Рана послойно ушита.

У всех больных послеоперационный период протекал гладко, раны зажили первичным натяжением. Некоторое время после операции больные отмечали слабость голоса, а 2 — охриплость. Нарушение дыхания не было ни у кого.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] *Антонив В.Ф.* Двустороннее ларингоцеле у больного раком гортани // Вестник оторинолар. — 1966. — № 5. — С. 52—53.
- [2] *Винников А.К., Чугунов М.В.* Заболевания голосового аппарата и верхних дыхательных путей // Сборник научных трудов в честь 10-летия Ассоциации фониатров и фонопедов. — Владимир. — С. 103—104.
- [3] *Зенгер В., Аиууров З.М., Мустафаев Д.М., Койченко О.Д., Исаев Э.В.* Воздушная киста гортани больших размеров // Вестник оториноларингологии. — 2001. — № 1. — С. 12—14.
- [4] *Исхаки Ю.Б.* Кисты верхних дыхательных путей. — Душанбе, 1972. — С. 265.
- [5] *Литвинова Л.Я.* Срединные и боковые кисты и свищи шеи: Автореф. дисс. ... канд. — М., 1993.
- [6] *Пронченко С.В.* Кисты верхних дыхательных путей и уха: Автореф. дисс. ... канд. — 1998.
- [7] *Погосов В.С., Антонив В.Ф.* Микроскопия и микрохирургия глотки и гортани. — Кишинев: Штиинца, 1986.
- [8] *Pogosov W.S., Antoniv W.F.* Microscopy and Microsurgery the laryngopharynx and larynx. — New York: Universities press, 1988.

AIR CYSTS OF THE LARYNX (features of clinics, diagnosis and treatment)

T.V. Antoniv, V.F. Antoniv, V.M. Aksenov

Department of otorhinolaryngology
Peoples' Friendship University of Russia
Pavlov str., 25, Moscow, Russia, 115093

V.I. Grinchyuk

Department of otorhinolaryngology
Medical Postgraduate Faculty
State Medical University n.a. N.I. Pirogov
Volokolamskoye av., 30/6, Moscow, Russia, 123182

Air cyst of the larynx (laryngocele) is relatively rare lesion. Publications about the diseases are based on description of clinical cases and there is no universal classification. Treatment of the disease is usually surgical, but the methods of surgery are varied and mainly based on the choice of approach to the tumor.

The authors observed and treated 16 patients with laryngocele.

Internal laryngeal air cysts were removed by endolaryngeal approach under intravenous anesthesia with mechanical ventilation of lungs and plastics of postoperative wound. External and combined cysts were removed according to the authors' method without opening the lumen of the hypopharynx and larynx. This method was developed by the authors of the work.

Key words: air cyst, laryngeal ventricle, clinics, diagnostics, treatment.

REFERENCES

- [1] *Antoniv V.F.* Bilateral laryngocele in a patient with laryngeal cancer // *Bulletin of otorinolar.* — 1966. — № 5. — P. 52—53.
- [2] *Vinnikov A.K., Chugunov M.V.* Disorders of vocal apparatus and the upper respiratory tract // Abstracts in honor of the 10th anniversary of the Association of Phoniatics and fonopeds. — Vladimir. — P. 103—104.
- [3] *Zenger V., Ashurov Z.M., Mustafaev D.M., Koychenko O.D., Isaev E.V.* Large larynx aerocyst // *Bulletin of otorinolar.* — 2001. — № 1. — P. 12—14.
- [4] *Iskhaki Y.B.* Cysts of the upper respiratory tract. — Dushanbe, 1972. — P. 265.
- [5] *Litvinova L.Y.* The medial and lateral neck cysts and fistulas: PhD Thesis. — Moscow, 1993.
- [6] *Pronchenko S.* Cysts of the upper respiratory tract and ear: Abstract. Candidate. diss. — 1998.
- [7] *Pogosov V.S., Antoniv V.F.* Microscopy and microsurgery of the pharynx and larynx. — Kishinev: Shtiintsa, 1986.
- [8] *Rogosov W.S., Antoniv W.F.* Microscopy and Microsurgery the laryngopharynx and larynx. — New York: Universities press, 1988.