

М.В. ПИЛИПЮК, Т.О. ГОБЖЕЛЯНОВА

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СПОСОБОВ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННЫХ КИСТ ШЕИ

ЛОР-онкоотделение Одес. ГКБ №11

Гистогенетически боковые бронхиогенные кисты (БК) шеи относятся к дизэмбриональным образованиям и возникают при формировании жаберного аппарата. Во время органогенеза каудальная пролиферация второй жаберной дуги образует временную полость (цервикальный синус), которая в дальнейшем облитерируется. Неполная облитерация синуса приводит к образованию кисты [4, 6, 8, 9, 16].

Боковая киста шеи развивается преимущественно из второй жаберной щели и локализуется вентро-латерально от бифуркации общей сонной артерии [11, 19]. БК возникают и клинически проявляются чаще всего в юношеском возрасте, после наступления половой зрелости (примерно, до 30 лет) и, как исключение, могут наблюдаться в пожилом возрасте. Характерным для них является медленный рост в течение довольно продолжительного времени.

Grignon, Dubois, Garel (1998) считают, что расположение кисты впереди кивательной мышцы на уровне угла нижней челюсти является основным дифференциально-диагностическим критерием. Киста, как правило, бывает односторонней, но в 2% случаев возможна двусторонняя локализация [4].

Крайне редко встречаются кисты 4-й бронхиальной расщелины, составляя около 2% от всех аномалий жаберного аппарата [13]. Своё начало киста берет из грушевидного кармана, затем выходит из глотки выше гортанного нерва и щитовидного хряща, спускается вниз латеральнее трахеи и возвратного нерва в грудную клетку. Обогнув дугу аорты, она поднимается на шею позади общей сонной арте-

рии, а перед повторным спуском огибает подъязычный нерв и открывается на коже впереди от кивательной мышцы. Полный вариант аномалии – это казуистика. Обычно БК шеи локализуется в области нижнего полюса одной из долей щитовидной железы, чаще слева [14, 17, 18].

БК шеи 4-й бронхиальной дуги клинически проявляется в виде рецидивирующего воспалительного процесса в нижней трети шеи, нередко сопровождаемого развитием гнойного процесса.

Одним из рассматриваемых свойств врожденных кист шеи (ВКШ) является возможность возникновения в них рака. По морфологическому строению он может быть как плоскоклеточным ороговевающим, так и аденокарциномой. Частота появления этого заболевания у мужчин и женщин одинаковая, причём она больше у людей в возрасте старше 50 лет [3, 5].

Срединные кисты и свищи возникают в результате внутриутробного нарушения обратного развития щитовидно-язычного протока. Срединный зачаток щитовидной железы, располагающийся в подъязычной области, спускается затем на шею, проходя через подъязычную кость. По пути опускания зачатка остается эмбриональный ход, который в норме облитерируется. При отсутствии облитерации появляются полости – срединные кисты шеи. Кисты могут располагаться на любом уровне неполностью облитерированного ductus thyreoglossus. Размеры кисты могут периодически изменяться, если сохранено сообщение с полостью рта через остаток щитовидно-язычного протока. В этих условиях возможно инфицирование кист с образованием абсцессов и последующим формированием свищей.

В литературе [2, 5, 7, 10, 16] описаны клинические наблюдения первичного рака из остатков щитовидного протока, который нередко маскируется сопутствующей срединной кистой шеи в проекции преднадгортанникового пространства у тела подъязычной кости.

Дермоидная киста относится к группе тератом. Полость кисты заполнена продуктами сальных и потовых желез, слущенным эпителием. Эти кисты располагаются на местах слияния и зарастания эмбриональных борозд и полостей, идущих вглубь складок эпидермиса. Они образуются в результате нарушения закладки эктодермы, когда часть ее отделяется от основной массы. Такие кисты могут возникать под языком и в самом языке, под мышцами дна полости рта, в области корня носа, наружного и внутреннего углов орбиты, а также в надбровной области. Они определяются по ограниченному выбуханию. Консистенция их мягкая, форма округлая или продолговатая. С кожей кисты не спаяны, подвижны; их оболочка может быть соединена с надкостницей. Диагностика дермоидных кист не представляет трудностей, так как они отличаются типичной локализацией.

Несмотря на эмбриональное происхождение, дермоидные кисты могут проявляться во всех возрастных группах.

Цель и задачи исследования

Приведенный краткий обзор данных литературы свидетельствует о том, что ВКШ встречаются во всех возрастных группах, не всегда своевременно диагностируются, могут подвергаться гнойному воспалению с образованием свищей, а также озлокачествляться.

Этим определяется актуальность своевременной диагностики и лечения больных с ВКШ.

В связи с указанным мы определили цель и задачи настоящего исследования: провести анализ клиничко-лабораторно-инструментальных данных обследования и результатов лечения наблюдаемых нами больных с ВКШ, а также наметить подходы к преодолению затруднений при диагностике и лечении указанной группы пациентов.

Материалы и методы исследования

При постановке диагноза нами учитывались анамнестические данные, результаты клинического осмотра, УЗИ, компьютернотомографического исследования, пункционной биопсии. При определении диагноза нам приходилось проводить дифференциальную диагностику с лимфоаденитом, гемобластомами, параганглиомой каротидных телец, опухолями щитовидной железы, метастазами в лимфатические узлы и внеорганными опухолями. При затруднениях в дифференциальной диагностике между ВКШ и новообразованием какого-либо генеза в области шеи выполнялось компьютерное исследование – для уточнения топической диагностики и определения точного соотношения этих изменений с окружающими тканями и сосудисто-нервным пучком. Важным диагностическим тестом является пункционная биопсия [1, 2, 3, 5, 10, 16], которую мы применили у 56 (94%) лиц с последующим цитологическим исследованием пунктата. Цитogramмы не отличались значительными особенностями. Практически во всех препаратах определялись клетки плоского эпителия, слизеподобные массы, в отдельных из них – лейкоциты, слизь.

Результаты и их обсуждение

Под наблюдением находилось 59 человек с ВКШ, лечившихся в ЛОР-онкоотделении Одесской ГКБ №11 в период с 2005 по 2009 г. Из них женщин было 28, мужчин – 31. Возраст обследуемых – от 10 до 74 лет.

В табл.1 представлены данные по распределению больных с учётом года наблюдения и нозологических форм.

Из этой таблицы следует, что наиболее часто диагностировались боковые кисты и боковые свищи шеи (у 29 пациентов), несколько реже – срединные кисты и срединные свищи шеи (у 23). В единичных случаях наблюдались дермоидные кисты дна полости рта (у 2), смешанный вариант кисты (у 1), бронхогенный рак (у 3) и у больной 33 лет – рак щитоподъязычного протока.

Существенных различий в количестве нозологических форм у мужчин и женщин также не выявлено.

Таблица 1

Характеристика врожденных кист шеи у 59 прооперированных больных

Год выполнения операции	Количество наблюдений при разных нозологических формах					
	срединная киста и свищ шеи	боковая киста и свищ шеи	дермоидная киста дна полости рта	эктопированная доля щитовидной железы	бранхиогенный рак	множественные кисты
2005	3	6	-	-	-	-
2006	2	1	1	-	-	-
2007	7	6				-
2008	7	9	1	1	2	-
2009	4	7	-	-	1	1
Итого	23	29	2	1	3	1

Таблица 2

Распределение 59 прооперированных больных с ВКШ по нозологическим формам, полу и возрасту

Нозологические формы	Количество обследованных разного возраста															
	мужчины							женщины								
	10-19 лет	20-29 лет	30-39 лет	40-49 лет	50-59 лет	60-69 лет	70 и более лет	Итого	10-19 лет	20-29 лет	30-39 лет	40-49 лет	50-59 лет	60-69 лет	70 и более лет	Итого
Срединная киста шеи	1	6	3	3	1			14	2	2	1	1	1	1	1	9
Боковая киста шеи	1	4	3	2	2		2	14	3	2	3	3	2	2		15
Дермоидная киста дна полости рта			1					1		1						1
Эктопированная доля щитовидной железы								-			1					1
Бранхиогенный рак				1				1				1	1			2
Множественные кисты				1				1								

Из представленной табл. 2 видно, что срединные кисты шеи чаще встречались у мужчин в возрасте от 20 до 50 лет (у 11 из 14), чем у женщин того же возраста (у 4 из 9). Подобная закономерность выявлена при анализе распределения боковых кист шеи у больных в возрасте от 20 до 50 лет – у 9 из 14 мужчин и у 8 из 15 женщин. Локализация ВКШ была типичной.

Развитие бранхиогенного рака верифицировано гистологически в стенках уда-

ленных кист у мужчины 49 лет и 2 женщин в возрасте 48 и 58 лет.

Частота выявления ВКШ в наших наблюдениях по отношению к другим новообразованиям лица и шеи составила 5,1 %, что коррелирует с данными, приведенными в работах А.С. Киселева и соавторов [5], П.И. Ивасенко [3].

Срединные кисты располагаются по средней линии шеи между слепым отверстием языка и перешейком щитовидной же-

лезы. Те из них, которые расположены ниже подъязычной кости, обычно фиксированы к ней.

Киста растет медленно, имеет вид безболезненного округлого выпячивания, смещается при глотании только вверх вслед за подъязычной костью, имеет гладкую поверхность, упруго эластичную консистенцию. Подвижность её ограничена из-за связи с телом подъязычной кости. Кожа над такой кистой не изменена, подвижна.

Кисты, локализующиеся в области подъязычной кости, над и под ней, при росте вызывают деформацию этого отдела шеи. Иногда удается определить плотный тяж, идущий от кисты к подъязычной кости и выше. Основная масса кист связана с телом и только 5-7% – с рогом подъязычной кости. Характерным для кист шеи является медленный рост в течение длительного времени. Наиболее часто промежуток времени от появления первых симптомов до обращения к врачу составлял от 6 мес до 3 лет (у 97 – 71%) и только в 1 наблюдении – около 7 лет.

При нагноении кисты появляются боли. В этих случаях могут быть затруднены глотание и дыхание. В результате разрушения стенки кисты гнойно-воспалительным процессом образуются свищи. Среди срединных свищей шеи выделяются неполный наружный и неполный внутренний свищи. Вокруг наружного устья срединного свища кожа часто гиперемирована, рубцово изменена. Устье может временно закрываться. Отделяемое из свища – скудное, с приемом пищи не связано. Наружное устье свища смещается вверх при глотании вслед за подъязычной костью. Зондирование свища затруднено из-за рубцов вокруг устья. При полном свище введенная жидкость изливается в полость рта через слепое отверстие корня языка. Клинико-лабораторно-инструментальные данные у наблюдаемых пациентов с ВКШ послужили основанием для выбора хирургического вмешательства у 59 из них.

Приводим ряд редко встречающихся вариантов ВКШ.

Мы наблюдали три неполных срединных свища. Один из них был ятрогенного генеза, после трех нерадикальных удалений

срединой кисты шеи (операции выполнялись без резекции тела подъязычной кости), два других образовались в результате инфицирования кист с последующим абсцедированием.

В доступной нам литературе имелись сообщения о единичных случаях выявления пациентов с аберрацией щитовидной железы [7, 10, 16]

Довольно редким и интересным нам представляется следующее клиническое наблюдение срединной кисты шеи, в стенках которой находилась нормальная ткань щитовидной железы, помимо одновременного наличия последней в типичном месте.

Больная Д., 31 года, госпитализирована в отделение 21.01.08 с диагнозом: срединная киста шеи. Пациентка считает себя больной в течение 2 лет, с момента появления на шее образования мягко-эластической консистенции. В феврале 2007 г. она обратилась к хирургу поликлиники с жалобами на наличие припухлости в области передней поверхности шеи. Диагностирована срединная киста шеи. Больной было рекомендовано хирургическое лечение.

В связи с заметным увеличением кисты в течение последних 2 месяцев пациентка обратилась в ЛОР-отделение. Общее состояние её удовлетворительное. Внутренние органы – без особенностей. Состав крови и мочи – в норме. ЛОР-органы – без патологии.

Регионарные лимфатические узлы не увеличены. При пальпации и УЗИ изменений в щитовидной железе не обнаружено. При пункционной биопсии образования под подъязычной костью получена мутноватая кистозная жидкость. При цитологическом исследовании выявлены клетки плоского эпителия, кристаллы холестерина, сегментоядерные лейкоциты в незначительном количестве.

22.01.08 произведено иссечение срединной кисты шеи с резекцией тела подъязычной кости. Патологогистологическое заключение (ПГЗ): стенки эктодермальной кисты, в толще которых видны участки эктопированной щитовидной железы с ячейками папиллярного рака. Приведенные данные свидетельствуют о возможности дистопии нормальной ткани щитовидной железы и её малигнизации.

В послеоперационном периоде заживление произошло первичным натяжением. С целью решения вопроса тактики дальнейшего лечения больная была направлена на консультацию в институт эндокринологии г. Киева.

Боковая киста – образование округлой формы, плотноэластической консистенции, с четкими границами, чаще одностороннее. Основным клиническим признаком врожденных боковых кист шеи является появление округлого, безболезненного, с четкими границами, медленно растущего новообразования в области переднего края кивательной мышцы, чаще всего в области средней трети. Кожа над боковой кистой подвижна, цвет её не изменен. Иногда боковые кисты шеи достигают больших размеров и вызывают ряд симптомов, связанных со сдавлением гортани, трахеи, сосудисто-нервного пучка шеи: дисфагия, затруднение дыхания, расстройство речи.

Значительные трудности возникают в процессе диагностики брахиальных кист шеи и при назначении лечения. Это связано с тем, что брахиальные кисты шеи из 4-й брахиальной дуги могут имитировать патологию щитовидной железы, и их необходимо дифференцировать от других эмбриональных кист, а также кист парашитовидных желез и тимуса.

Отличительной особенностью боковой кисты шеи является наличие кистозной ножки, идущей по задней поверхности доли железы вдоль трахеи и заканчивающейся в грушевидном кармане [1].

Приводим редкое наблюдение.

Больной С., 48 лет, 23.12.09. обратился в отделение с жалобами на наличие опухолевидного образования в области передней поверхности шеи справа, затруднённое носовое дыхание, головные боли. Со слов пациента, его беспокоит затрудненное носовое дыхание в течение длительного времени. Опухоль на шее появилась спонтанно год тому назад. За последние 3 недели он отметил резкое увеличение опухоли (рис. 1).

Диагностированы боковая киста шеи и опухоль носовой части глотки. При обследовании на догоспитальном этапе общеклинические анализы были в пределах нормы.



Рис. 1. Боковая киста шеи справа, исходящая из 4-й жаберной щели.

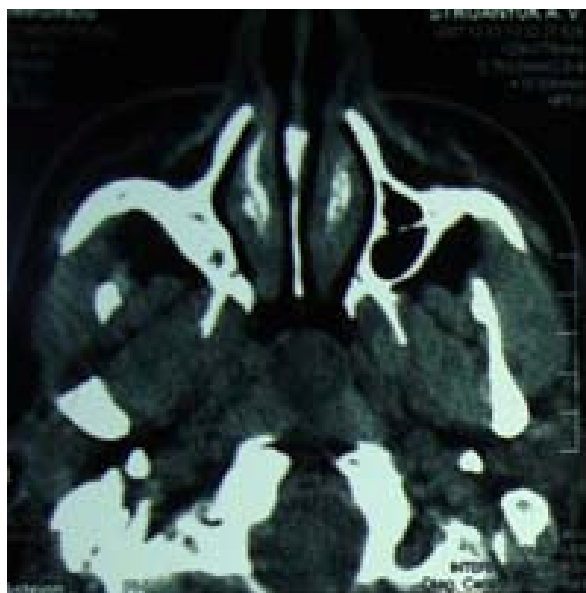


Рис. 2. КТ кисты Торнвальда, аксиальная проекция



Рис. 3. Макропрепарат боковой кисты шеи, развившейся из 4-й жаберной щели.

23.12.2009 г. при эндориноскопии в задне-верхних отделах носовой части глотки по средней линии обнаружено шарообразное, с гладкой поверхностью, багровой окраски, плотное, неподвижное образование диаметром 2,5 см.

УЗИ от 23.12.09.: непосредственно у задней поверхности нижнего полюса правой доли щитовидной железы, латеральнее контура трахеи определяется крупная (81×76×37мм) тонкостенная полость с однородным жидким содержимым. Киста проходит между латеральным контуром правой доли щитовидной железы и передне-медиальным контуром общей сонной артерии, оттесняя последнюю в дорзоплатеральном направлении. Признаков компрессии нет.

Компьютерная томография околоносовых пазух [исследование выполнено на 4-срезовом мультиспиральном томографе] от 23.12.09.: на серии срезов по средней линии полости носовой части глотки определяется округлое образование (2,2×2,1×2,6 см) плотностью +14 +24 ед.Н с четкими округлыми контурами. Патологии со стороны околоносовых пазух не выявлено; КТ-признаки кисты Торнвальда (рис. 2).

При тонкоигольной биопсии от 23.12.09. получена желтоватая, прозрачная жидкость с кристаллами холестерина. При цитологическом исследовании выявлены клетки плоского эпителия, кристаллы холестерина, единичные сегментоядерные лейкоциты.

Под эндотрахеальным наркозом 30.12.09. произведено иссечение боковой кисты шеи (рис. 3) и кисты носовой части глотки (кисты Торнвальда). Ножка бронхогенной кисты была обнаружена только во время интраоперационной ревизии; она проходила вдоль трахеи, впереди и латеральнее от возвратного нерва и заканчивалась в области перстневидного хряща. Внутригрудной компонент бронхогенной кисты шеи отсутствовал.

ПГЗ от 12.01.10. №383-88: соединительно-тканная оболочка кисты с явлениями выраженного отёка, прослойками жировой клетчатки, наличием обильного количества кровеносных сосудов различного калибра с умеренно выраженной очаговой периваску-

лярной инфильтрацией. Эпителиальная выстилка представлена многослойным плоским эпителием.

ПГЗ №389-400: киста, внутренняя стенка которой выстлана призматическими клетками, в просвете определяется слизь и полиморфноядерные лейкоциты. В субэпителиальном слое имеется слабовыраженное полнокровие и хроническое воспаление с формированием лимфоидных фолликулов с прилежащими участками лимфоидной ткани и грануляций.

Послеоперационный период протекал без осложнений.

Инфицирование бронхогенной кисты в большинстве случаев приводит к образованию полных и неполных свищей, флегмон шеи, вяло текущих гнойно-воспалительных процессов [2, 3].

Мы наблюдали пациентку Ж., 57 лет, с инфицированной кистой, которая в течение 7 лет периодически лечилась антибиотиками и нестероидными противовоспалительными препаратами по поводу лимфоаденита. С подозрением на опухолевый процесс она была направлена в ЛОР-отделение 29.11.07.

Внутренние органы – без особенностей. Состав крови и мочи – в норме. ЛОР-органы – без патологии. Регионарные лимфатические узлы не увеличены. При пальпации и УЗИ изменений в щитовидной железе не обнаружено. При пункционной биопсии образования получена мутноватая кистозная жидкость. При цитологическом исследовании выявлены клетки плоского эпителия, кристаллы холестерина, сегментоядерные лейкоциты в значительном количестве. Диагностирована боковая киста шеи слева.

30.11.07. произведено иссечение боковой кисты с припаянными к ней увеличенными лимфоузлами, клетчаткой, париетальным фасциальным листком сосудисто-нервного пучка шеи слева.

ПГЗ от 12.12.07.: в исследуемом материале опухолевый рост не обнаружен. Стенка эктодермальной кисты представлена волокнистой соединительной тканью с признаками хронического гранулематозного эпителиоидно-клеточного воспаления с абсцедированием. В эпителиальном слое – сегментоядерная инфильтрация.

Ткань лимфоузла была с явлениями хронического гранулематозного эпителиоидно-клеточного лимфаденита. В окружающей фиброзно-мышечно-жировой ткани определялся выраженный склероз с наличием очаговых полиморфноклеточных воспалительных инфильтратов.

Заживление раны происходило первичным натяжением.

Длительное неконтролируемое использование больными антибиотиков при ВКШ может способствовать деструкции стенки кисты с вовлечением в процесс окружающих тканей. Возникающие изменения затрудняют диагностику и усложняют проведение хирургических вмешательств.

При полных свищах шеи имеется наружное и внутреннее отверстие. При наличии свищевого отверстия, которое обычно расположено по переднему краю грудиноключично-сосцевидной мышцы на уровне ее средней трети, жалобы больных связаны с неудобством, возникающим из-за наличия постоянного слизисто-гнояного отделяемого из свища на коже. При пальпации определяется плотный тяж, идущий кверху в глубокие отделы шеи. Вначале свищевой ход располагается вдоль передне-внутреннего отдела влагалища сосудистого пучка, затем проходит между наружной и внутренней сонной артерией и отсюда, повернув медиально, выходит между задним брюшком двубрюшной мышцы и подъязычным нервом к боковой стенке глотки. Расположено внутреннее отверстие боковых свищей шеи на уровне нижнего полюса миндалин или у основания языка позади нёбно-глочной дужки.

Мы наблюдали и оперировали 3 пациентов с неполными боковыми свищами. После иссечения боковых свищей и гистологического их исследования выявлено, что стенки последних были выстланы плоским

эпителием с признаками акантоза и очагами хронической воспалительной инфильтрации в субэпителиальном слое.

При гистологическом исследовании операционного материала верифицирован бронхогенный рак у 2 женщин в возрасте 49 и 58 лет и у мужчины - 49 лет. Во всех 3 наблюдениях диагностирован плоскоклеточный рак. Первоисточник возможного метастазирования плоскоклеточного рака при обследовании не выявлен. После проведенного адекватного лечения пациенты выписаны в удовлетворительном состоянии без признаков опухолевого роста. Двое из них находятся под наблюдением. У пациентки 58 лет через год отмечено прогрессирование заболевания.

Анализ данных нашего исследования позволяет сделать следующие выводы.

1. Несмотря на эмбриональное происхождение ВКШ, они могут быть обнаружены во всех возрастных группах, но чаще выявляются как у мужчин, так и женщин в возрасте от 20 до 50 лет.

2. Больные с ВКШ подлежат обязательному своевременному хирургическому вмешательству в связи с тем, что у них могут развиваться гнойно-воспалительные изменения кисты с вовлечением в процесс окружающих тканей и образованием свищей, а также возможна малигнизация.

3. Варианты аберрации щитовидной железы при отсутствии явных клинических признаков патологии ЛОР-органов требуют проведения тщательной дифференциальной диагностики и нестандартных подходов при выполнении операции.

4. Дальнейшее накопление клинических наблюдений с последующим углубленным анализом послужит выработке рекомендаций по совершенствованию диагностики врожденных кист шеи и назначению лечения такого контингента больных.

1. Дергачев А.И., Ильин А.А. Эхография в диагностике и лечении бронхиальных кист шеи // Мед. журн. "SonoAce International". – 2001. – №9.

2. Епишева Л.Р. Врожденные кисты и свищи лица и шеи.– Ташкент: Медицина, 1976. – 89 с.

3. Ивасенко П.И, Иванова С.В, Иванкович В.А и соавт. Эмбриональные кисты и свищи головы

- и шеи // Труды института стоматологии. – 1999. – № 1.
4. Кац А.Г., Скородумова И.В., Дорофеев Д.А. К вопросу о патогенезе кератокист челюстей // Рос. стомат. журн. – 2003. – № 1. – С. 4-6.
 5. Киселев А.С., Пажетнев А.Р. Бранхиогенные кисты и свищи лица и шеи // Рос. оториноларингология. – 2007. – №5. – С. 91-95.
 6. Конев Д. Киста, «флюс», абсцесс и флегмона // Мед. бизнес. – 2005. – № 1. – С. 20-21.
 7. Пачес А.И., Пропп Р.М. Рак щитовидной железы: 2-е изд., перераб. и доп. М.: Центр внедрения достижений науки и техники «Москва», 1995. – 370 с.
 8. Ушакова Н.И., Трошина Е.А. Врожденная киста шеи, осложнённая остеомиелитом подъязычной кости у девочки четырёх лет // Вестн. оториноларингологии. – 1996. – № 5. – С. 38.
 9. Ушаков Р.В., Шугайло И.А. // Квалификационный тест по стоматологии. – М.: Росздрав, 2005. – С.140.
 10. Чиж Г.И., Ульянова Ю.В. Еще раз об аберрации щитовидных желез // Вестн. оториноларингологии. – 2007 – №2. – С. 61-62.
 11. Шакирова А.Т. Сравнительная оценка лучевых методов диагностики одонтогенных кист верхней челюсти // Мед. визуализация. – 2002. – № 1. – С. 28-33.
 12. Ahuja A.T., King A.T., Metreweli C. Second branchial cleft cysts: variability of sonographic appearances in adult cases // Am. J. Neuroradiol. – 2000. – V. 21, N 2. – P. 315-319.
 13. Chamdi S., Freedman A., Just N., et al. Fourth branchial cleft cyst // J. Otolaryngol. – 1992. – V. 21, N 6. – P. 447-449.
 14. Choi S.S., Zalzal G.H. Branchial anomalies: a review of 52 cases // Laryngoscope. – 1995. – V. 105, N 9. – P. 909-913.
 15. Fink L., Kohlhoff S., Magdalea M., Rose F., Akkayager F., Seeger W. cDNA Array Hybridization after Laser-Assisted Microdissection from Non-neoplastic Tissue // Amer. J. Pathology. – 2002. – Vol. 160, № 1. – P. 181-185.
 16. Josephson G. D., Spencer W. R. Thyroglossal duct cyst: the New York Eye and Ear Infirmary experience and a literature review // Ear Nose Throat J. - 1998. - Vol.77. – P. 642-4, 646-7, 651.
 17. Takimoto T., Yoshizaki T., Ohoka. H. et al. Fourth branchial pouch anomaly // J. Laryngol. Otol. – 1990. – V. 104, N 11. – P. 905-907.
 18. Takimoto T., Itoh M., Furukawa M., et al. Branchial cleft (pouch) anomalies: a review of 2 cases // Auris. Nasus. Larynx. – 1991. – V. 18, N1. – P. 87-92.
 19. 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, № 806. – P. 205–207.

Поступила в редакцию 21.04.10.

© М.В. Пилипюк, Т.О. Гобжелянова, 2011

УДОСКОНАЛЕННЯ СПОСОБІВ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ПРИРОДЖЕНИХ КІСТ ШІЙ

Пилипюк М.В., Гобжелянова Т.О. (Одеса)

Резюме

Проведено обстеження, лікування та спостереження за 59 пацієнтами з природженими кістами шій в ЛОР-онкологічному відділенні МКЛ №1 за період з 2005 по 2009 р. В усіх хворих було виконано хірургічне втручання. Приведено приклади використання розроблених алгоритмів діагностики та лікування при казуїстичних ПКШ.

IMPROVING METHODS OF DIAGNOSIS AND TREATMENT OF CONGENITAL CYSTS OF THE NECK

Pilipiuk N.V., Gobzhelyanova T.A. (Odessa)

Summary

The analyses of examination, treatment and observation of 59 patients with congenital cysts of the neck in ENT-oncology department of ODMU clinic during 5 last years are presented. All patients were treated surgically. There were given examples of the developed algorithms of diagnostics and treatment of rare cases, or casuistic, of congenital cysts of the neck.