

## КИСТА ГОРТАНИ

*Каф. оториноларингологии (зав. – проф. А.Д. Гусаков)  
Запорж. мед. академии последиплом. образования*

Кисты представляют собой относительно редко встречающиеся заболевания, составляя, по данным литературы, до 5% от всех доброкачественных опухолей гортани, хотя собственно новообразованиями не являются [3, 4, 6].

Различаются первичные (врожденные и приобретенные) и вторичные кисты гортани. К первичным относятся врожденные (эпидермоидные), ретенционные, посттравматические кисты. Вторичные кисты возникают вследствие перерождения доброкачественных опухолей, например, фибром. Вторичную кисту следует дифференцировать от ретенционной (в ретенционной кисте есть эпителий, а во вторичной – нет).

Особую группу составляют воздушные кисты, причиной развития которых является сужение входа в гортанный желудочек с образованием клапанного механизма. Такие изменения создают условия, когда при повышении внутригортанного давления воздух попадает в гортанный желудочек, но не имеет возможности выхода, что приводит к растягиванию стенок желудочка с образованием воздушной полости. Размеры ларингоцеле варьибельны, с чем напрямую связаны клинические проявления – от той или иной степени дисфонии до стенотических явлений. Воздушные кисты гортани подразделяются на внутренние – пролабирующие в просвет гортани, наружные – выходящие за пределы гортани, а также на смешанные [5, 7].

Эпидермоидные кисты развиваются из остатков щитовидно-язычного хода и, как правило, располагаются в валлекулах или на надгортаннике. При интенсивном росте

эпидермоидные кисты во время внутриутробного развития плода могут достигать значительных размеров, в результате чего сразу после рождения ребенка возникает асфиксия. Однако в большинстве случаев эти кисты развиваются медленно и проявляют себя через 3-15 мес после рождения, вызывая расстройство дыхания и/или нарушение глотания при кормлении. Внутренняя поверхность кисты выстлана мерцательным или цилиндрическим эпителием [2].

Редкой формой врожденной кисты гортани является так называемая бороздка (узкая выемка на поверхности голосовой складки параллельно ее свободному краю). Эта киста хорошо обнаруживается лишь при стробоскопии, при которой она выявляется при фонации своей ригидностью и обособленным от истинной голосовой складки колебанием [1]. Внутренняя поверхность кисты представлена одним слоем плоских эндотелиальных клеток.

Приобретенные кисты встречаются наиболее часто и, в большинстве случаев, располагаются на надгортаннике и черпало-надгортанных складках, реже - на вестибулярных складках, в желудочках гортани и на голосовых складках.

Ретенционные и травматические кисты имеют воспалительное и механическое происхождение, образуются в результате закупорки слизистых желез и имеют вид округлого образования, покрытого неизменной слизистой оболочкой. У ретенционной кисты внутренняя поверхность покрыта кубическим эпителием, у травматической кисты – выстлана многослойным плоским

эпителием. Кисты содержат серозную жидкость различной вязкости, зависящей от содержания в ней коллоидных белков

Ретенционные и травматические кисты обладают тенденцией к экстенсивному росту без инвазии в окружающие ткани, редко бывают большой величины и на первых этапах своего развития практически не вызывают никаких симптомов. Однако достигнув определенного размера, они могут привести к нарушению глотания (кисты надгортанника, черпало-надгортаннных складок) или фонации и дыхания (кисты голосовых складок, желудочков гортани). Кисты, ущемленные в дыхательной щели, могут вызвать острый приступ удушья в результате спазма голосовой щели, требующий неотложных мероприятий (интубация трахеи, трахеотомия). Однако из каждого правила существуют свои исключения. В качестве примера приводим наше наблюдение.

Больная Т., 65 лет, поступила в ЛОР-клинику 13.10.2014 по направлению отоларинголога, который при профилактическом осмотре (обследование перед офтальмологической операцией) обнаружил у неё «новообразование гортани».

При поступлении общее состояние пациентки удовлетворительное, жалоб со стороны ЛОР-органов не предъявляла. При непрямой ларингоскопии гортанная часть глотки оказалась выполнена округлым образованием бледно-розового цвета, с незначительно выраженным сосудистым рисунком. Нижележащие элементы гортанной части глотки, гортани не просматриваются. Регионарные лимфатические узлы не увеличены. Гортанные симптомы (Мура, Изомбера) – отрицательны. Голос – чистый, дыхание – свободное, глотание не нарушено.

На компьютерных томограммах определяется крупная киста, исходящая из передней трети правой черпало-надгортанной складки, перекрывающая более чем на 2/3 вестибулярный отдел гортани и суживающая воздушный столб гортанной части глотки. Голосовые складки не изменены. Подголосовая полость гортани – обычный (рисунок).

В плановом порядке 14.10.2014 больная взята в операционную. Учитывая боль-

шие размеры кисты и опасения анестезиологов в отношении возможной сложности в проведении интубации, на первом этапе операции выполнена трахеотомия. В трахею введена интубационная трубка № 7, и дальнейшие этапы операции проведены с использованием общего обезболивания.



Компьютерные томограммы органов шеи. Киста гортани.

При прямой ларингоскопии проведено максимальное иссечение видимого «купола» кисты (выделилось значительное количество вязкого секрета темно-желтой окраски). Остатки достаточно плотных стенок кисты удалены фрагментарно вместе с об-

ластью ее основания (передняя треть гортанной поверхности правой черпало-надгортанной складки).

Патоморфологическое исследование операционного материала: стенка кисты представлена многослойным плоским эпителием, соединительнотканым слоем, а снаружи неизменным мерцательным эпителием слизистой оболочки гортани.

Через сутки после выполненной операции больная экстубирована (дыхание через естественные пути – свободное, голос – чистый). При непрямой ларингоскопии – локальный отёк и незначительная гиперемия слизистой оболочки гортани в области правой черпало-надгортанной и, частично, вестибулярной складок. Подвижность эле-

ментов гортани не ограничена. Голосовая щель – широкая.

В послеоперационном периоде у пациентки проведен курс противовоспалительной терапии. Трахеостома закрылась самостоятельно. Пациентка выписана из отделения 22.10.2014 в удовлетворительном состоянии с рекомендацией по наблюдению отоларинголога по месту жительства. При контрольном осмотре в декабре 2014 года данных за рецидив кисты гортани не выявлено.

Особенность представленного клинического наблюдения заключается в бессимптомном течении достаточно крупной кисты гортани, диагностика которой носила характер случайной находки.

## Литература

1. Бабияк В.И., Говорун М.И., Накатис Я.А. Оториноларингология: Руководство. – СПб.: Питер, 2009. – Т.2. – С. 183-191.
2. Бобров В.М. Эпидермоидные кисты надгортанника // Вестн. оториноларингологии. – 1998. – № 5. – С. 51.
3. Мустафаев Д.М.-о. Микрохирургическое лечение доброкачественных новообразований гортани с применением Ho:YAG и KTP лазеров: Автореф. дис. ... канд. мед. наук (14.00.04), «Московский научно-практический центр оториноларингологии». – М., 2008. <http://www.dslib.net/otorinolaryngologia/mikrohirurgicheskoe-lechenie-dobrokachestvennyh-novoobrazovaniy-gortani-s.html>
4. Руководство по оториноларингологии. Ответственный редактор А.Г. Лихачев. – М.: МЕДГИЗ, 1963. – Том III. – С. 436-433.
5. Сотникова С.В. Кисты ЛОР-органов. Клиника, диагностика и лечение: Автореф. дис. ... канд. мед. наук (14.00.04). – М., 2003. <http://www.dissercat.com/content/kisty-lor-organov-klinika-diagnostika-i-lechenie>
6. Хирургические болезни глотки, гортани и пищевода / Под редакцией В.Г. Ермолаева, Б.С. Преображенского, Д.М. Рутенбурга, Я.С. Темкина. - М.: МЕДГИЗ, 1954. – С. 427-437.
7. Элькун Г. Б. Кисты гортани: Автореф. дис. ... канд. мед. наук (14.00.04), «Центральный ордена Ленина институт усовершенствования врачей». – М., 1992. <http://www.dissercat.com/content/kisty-lor-organov-klinika-diagnostika-i-lechenie>.

## References

1. Babiiak VI, Govorun MI, Nakatis IaA. Otorhinolaryngology. Vol 2. Saint-Petersburg: Piter; 2009. P. 183-91.
2. Bobrov VM. Epidermoid cyst of the epiglottis. Vestn. Otorinolaringologii. 1998;(5):51.
3. Mustafaev DM. Microsurgical treatment of benign tumors of the larynx using the Ho: YAG and KTP lasers [dissertation]. Moscow: Moskovskii nauchno-prakticheskii tsentr otorinolaringologii; 2008.
4. Manual of Otorhinolaryngology. Vol. 3. Likhachev AG, editor. Moscow: MEDGIZ; 1963. P. 436-3.
5. Sotnikova SV. Cysts in otolaryngology. The clinic, diagnosis and treatment [dissertation]. Moscow; 2003.
6. Surgical diseases of the pharynx, larynx and esophagus. Ermolaev VG, Preobrazhenskij BS, Rutenburg DM, Temkin IaS, editors. Moscow: MEDGIZ, 1954. P. 427-37.
7. El'kun G. B. Cysts of the larynx [dissertation]. Moscow: Tsentral'nyi ordena Lenina institut usovershenstvovaniia vrachei; 1992.

Поступила в редакцию 20.01.15.

© В.А. Каширин, П.П. Шевлюк, А.М. Гирия, 2015