

ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ КІСТ ТА НОРИЦЬ ШИЇ. КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК

*Дніпровський державний медичний університет
(ректор – акад. НАМН України, проф. Т.О. Перцева)*

Останніми роками відзначається зростання кількості вад обличчя і шиї. Цей феномен пов'язують з погіршенням екологічної ситуації у світі, головним чином підвищенням радіаційного фону, а також широким спектром різних ендемічних та екзогенних факторів, які можуть надавати тератогенну дію. Хоча кісти і нориці шиї відносяться до вроджених аномалій, проте вони рідко виявляються відразу після народження, проявляються пізніше в дитячому та підлітковому віці або навіть у дорослих людей, що пов'язано з повільним (в середньому 8-10 років) ростом кіст. Згідно ж інших літературних джерел, дана патологія переважно зустрічається у 10-14-річних пацієнтів і пов'язують це з віковою гормональною перебудовою організму [1, 2, 6, 7].

Хворі з кістами та норицями шиї становлять близько 2% госпіталізованих до отоларингологічних стаціонарів. Більшість авторів вважають, що вроджені серединні кісти та нориці шиї є дериватами нередукованої щитовидної протоки, яка виникає в процесі закладки щитоподібної залози, а бічні (бранхіогенні, зяброві) – нередукованого зябрового апарату. У процесі ембріонального розвитку зяброві щілини облітеруються. При їх незарощенні утворюється зябровий свищ. Якщо останній замкнутий із двох сторін – виникає кіста. Щитовидна протока знаходиться в тісному зв'язку з під'язиковою кісткою. У більшості випадків вона прилягає до задньої поверхні тіла під'

язикової кістки, значно рідше розташовується попереду кістки, можливе також проникнення щитовидної протоки в товщу тіла під'язикової кістки [2, 4].

Свищі шиї бувають повними з двома отворами: зовнішнім – на шкірі шиї і внутрішнім, що відкривається в порожнину рота в області сліпого отвору кореня язика при серединних норицях і позаду піднебінно-глоточної дужки – при бічних. При неповних норицях є лише один отвір на поверхні шкіри. Кісти шиї стають перехідною стадією в утворенні нориць, які формуються в результаті нагноєння кісти і прориву на поверхню шкіри або після часткового хірургічного видалення кісти.

При пальпації шиї ділянка кісти чи нориці безболісна. Розмір вроджених кіст шиї не перевищує 2-4 см у діаметрі. Середні кісти розташовуються найчастіше між верхнім краєм щитоподібного хряща і під'язиковою кісткою, бічні – по внутрішньому краю кивального м'яза, частіше – в середній третині. Нориці шиї можуть мати додаткові ходи чи дивертикули. Вміст кіст тягучий, прозорий, з жовтуватим відтінком. Стінка вроджених кіст і свищів шиї складається зі щільної волокнистої сполучної тканини. Нориці вистелені багат шаровим плоским епітелієм, серед якого спостерігаються островці миготливого призматичного епітелію [2, 4].

З метою діагностики вроджених кіст та нориць шиї використовуються методи

контрастного дослідження, зондування, введення у просвіт нориці кольорових рідин (метиленового синього, діамантового зеленого або рідин, що мають певні смакові якості (розчин кухонної солі, цукру), які при повній нориці можуть досягти глотки і бути виявлені візуально або за виникненням у обстежуваного певного смакового відчуття. В даний час для діагностики кіст та нориць ший застосовують ультразвукове дослідження, комп'ютерну та магнітно-резонансну томографію. Для виключення пухлини та визначення співвідношення бокової кістки з судинно-нервовим пучком ший можливо застосування доплер-ехографії [3, 5].

Лікування вроджених кіст та нориць ший – хірургічне. Спроби викликати запус-тіння просвіту нориці шляхом введення речовин виявилися безуспішними. Особливі труднощі при висіченні бічної нориці ший зустрічаються при підході до бічної стінки глотки, де нориця часто стоншується настільки, що при мінімальному натягу легко обривається, і знайти кінець норицевого ходу в операційній рані вкрай складно. У подібних випадках у хворих може виникнути рецидив нориці [1, 2, 6]. Залежно від ме-

тодики, використаної при висіченні нориць і кіст ший, рецидиви спостерігаються у 10-50% від числа прооперованих пацієнтів.

Для ілюстрації складнощів діагностики та можливостей хірургічної корекції цієї патології наводимо випадок із власної практики.

Хворий Д., 2003 року народження, госпіталізований до отоларингологічного відділення клініки Дніпровського державного медичного університету (ДДМУ) зі скаргами на наявність отвору в надключичній ділянці справа з періодичними помірними виділеннями слизово-гнійного характеру. В анамнезі – хворіє з дитинства, встановлений діагноз: вроджена нориця ший. Раніше пацієнту в інших лікарнях було проведено декілька спроб облітерації нориці з введенням речовин у її просвіт, які були без належного ефекту. Щоразу відмічався рецидив захворювання.

На момент госпіталізації загальний стан задовільний. В надключичній ділянці ший справа відмічається норицевий отвір до 4 мм у діаметрі (рис 1.) Шкіра навколо нориці – без ознак запалення. При пальпації ший біля нориці з неї виділялась невелика кількість гною (рис. 2).



Рис. 1. Вихідний отвір нориці ший



Рис. 2 Виділення з нориці ший у надключичній ділянці

При фарингоскопії та відеоларингоскопії патологічних змін не виявлено. При лабораторному обстеженні крові усі показники були у межах норми.

Хворому було проведено мультиспіральну комп'ютерну томографію ший з внутрішньовенним контрастуванням (рис. 3). Заключення: праворуч від підщелепної залози каудально, впритул до внутрішнього контуру грудинно-ключично-соскоподібного м'язу, додаткове утворення щільністю до +44 од, товщиною до 10 мм, протяжністю

умовно до 8,5 мм з чіткими потовщеними до 2 мм стінками, стінки накопичують контраст, дистальний відділ підшкірно на глибині до 2,3 мм, у надключичній ділянці на рівні правої частки щитоподібної залози. Відзначаються ділянка перегину утворення гілки сонної артерії регіонарно від утворення стінки судин. Щитоподібна залоза не збільшена, структура однорідна. Висновок: МСКТ ознаки додаткового утворення м'яких тканин ший праворуч (нориця).

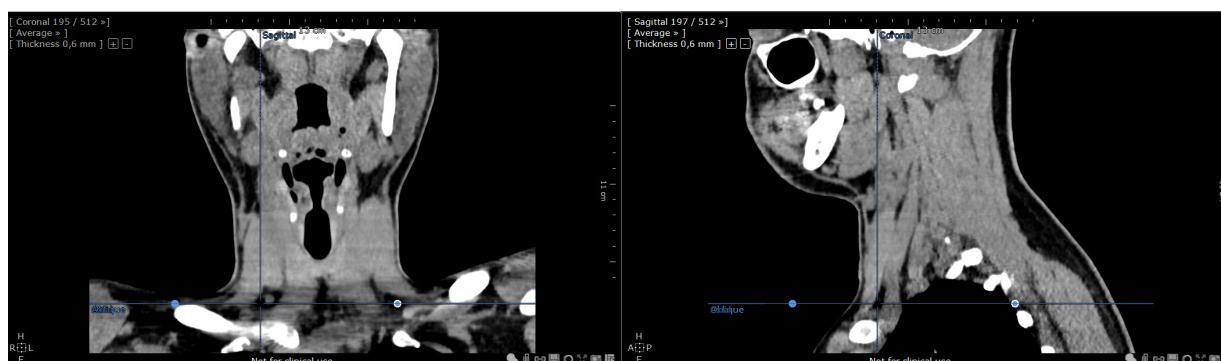


Рис. 3. Мультиспіральна комп'ютерна томографія ший у хворого з норицею праворуч.

Клінічний діагноз – бічна кіста ший (Bailey III), неповна нориця ший праворуч.

Після обстеження хворому під загальним знеболенням проведено хірургічне видалення нориці ший.

Проведено Г-подібний розріз шкіри: горизонтальний по ходу природних шкірних складок на рівні під'язикової кістки з вертикальним по ходу грудинно-ключично-соскоподібного м'язу до рівня норицевого отвору. У ділянці отвору основний розріз доповнено еліпсоподібним навколо нориці. Після відшарування шкірних покривів по обидва боки від норицевого ходу на відстані до 2-3 см проводилося повне виділення нориці з навколишньою клітковиною до рівня під'язикової кістки та парафарингеального простору. Частина зовнішньої оболонки нориці була спаяна з оболонками загальної та зовнішньої сонних артерій, що потребувало дуже обережного відшарування нориці на цьому проміжку. Норицевий хід починався сліпо без поширення до кореня язика та у під'язикову кістку позаду підщелепної

слинної залози, загальна довжина нориці складала до 12 см.



Рис. 4. Макропрепарат видаленої нориці ший.

Операцію завершено пошаровим ушиванням рани. Операційну порожнину зрешували розчином мірамістину. У кут рани введено дренаж, який був видалений на 2-у добу після операції. Макропрепарат видаленої нориці представлено на рис. 4. Гістологічне заключення – ектодермальна кіста.

На контрольних оглядах через 1 міс., півроку та рік після операції ознак рецидиву нориці не виявлено.

Висновок

Вроджені кісти і нориці ший, окрім косметичного дефекту, приносять хворим страждання, пов'язані з дискомфортом та

больовим синдромом в горлі при ковтанні, виділеннями з нориці, нагноєнням утворень з розвитком запального процесу в тканинах ший. Введення в норицевий хід речовин, що склерозують, зазвичай не приносить успіху. В наведеному клінічному випадку попереднє неадекватне лікування бічної кісти ший (Bailey III) призвело до формування нориці. Коректна передопераційна інтерпретація даних обстеження дозволяє своєчасно встановити діагноз та обрати оптимальний хірургічний доступ. Саме хірургічний метод лікування дозволяє досягти максимально радикального висічення та профілактики рецидивів захворювання.

References

1. Timofeev OO. [Maxillofacial surgery]. ASP Medicine; 2022. 792 p. [in Ukrainian].
2. Tkachenko PI, Starchenko II, Bilokon SO, Gurghiy OV. [Median cysts and fistulas]. StomatologInfo. 2013;12:47-50. [Article in Ukrainian].
3. Tkachenko P, Rezvina K. [Fistulography in the diagnosis and treatment of fistulas neck]. World of Medicine and Biology. 2017;1(59):79-82 [Article in Ukrainian].
4. Tsyhykalo OV, Popova IS, Oliynyk IY. [Modern views on embryogenesis of some congenital malformations of human neck]. Bulletin of problems biology and medicine. 2018;144(2):79-83. doi: 10.29254/2077-4214-2018-2-144-79-83. [Article in Ukrainian].

Надійшла до редакції 21.05.2025

© О.А. Чернокур, А.В. Зайцев, 2025

ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ КІСТ ТА НОРИЦЬ ШИЙ. КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК

Чернокур ОА, Зайцев АВ

Дніпровський державний медичний університет

Email: onkolog@ua.fm

А н о т а ц і я

У статті відображені сучасні тенденції в лікуванні кіст та нориць ший. Вроджені кісти і нориці ший, окрім косметичного дефекту, приносять хворим страждання, пов'язані з дискомфортом та больовим синдромом в горлі, виділеннями з нориці, нагноєнням утворень з розвитком запального процесу в тканинах ший. Актуальність хірургічного лікування зумовлена тим, що у значної частини хворих з цією патологією введення в норицевий хід речовин, що склерозують, зазвичай не приносить успіху. Саме хірургічний метод лікування дозволяє досягти максимально радикального висічення та профілактики рецидивів захворювання. Наведено випадок із власної практики: хірургічне лікування хворого з клінічним діагнозом –

неповна нориця шії праворуч. Особливістю розташування нориці було щільне зрощення з загальною та зовнішньою сонними артеріями що потребувало удосконалення хірургічного втручання. Рецидив захворювання у післяопераційному періоді відсутній.

Ключові слова: шия, дермоїдна кіста, епідермоїдна кіста, нориці.

SURGICAL TREATMENT OF CYSTS AND FISTULAS OF THE NECK. CLINICAL CASE

*Chornokur OA, Zaitsev AV
Dnipro State Medical University
Email: onkolog@ua.fm*

Abstract

The article reflects modern trends in the treatment of cysts and fistulas of the neck. Congenital cysts and fistulas of the neck, in addition to a cosmetic defect, bring suffering to patients associated with discomfort and pain in the throat, discharge from the fistula, suppuration of formations with the development of an inflammatory process in the tissues of the neck. The relevance of surgical treatment is due to the fact that in a significant part of patients with this pathology, the introduction of sclerosing substances into the fistula passage usually does not bring success. The surgical method of treatment allows to achieve the most radical excision and prevention from recurrences of the disease. A case from one's own practice is presented: surgical treatment of a patient with a clinical diagnosis of an incomplete fistula of the neck on the right. The peculiarity of the fistula location was its dense fusion with the common and external carotid arteries, which required improved surgical intervention. There was no recurrence of the disease in the postoperative period.

Key words: neck, dermoid cyst, epidermoid cyst, fistula.