

УДК 616.22-006.2-08  
DOI: 10.36979/1694-500X-2022-22-5-16-19

## КИСТА ГОРТАННОГО ЖЕЛУДОЧКА (Клинический случай)

*К.З. Биржанова, В.А. Насыров*

**Аннотация.** Киста гортанного желудочка представляет собой расширенные стенки гортанного желудочка, заполненные воздухом. Этиология возникновения данных образований до конца неясна, но известно, что причиной могут послужить врожденные пороки развития гортани, повышенное давление в области гортани либо ларингоцеле может возникнуть как осложнение после оперативных вмешательств на гортани и трахее. В данной статье рассматриваются проблемы ранней диагностики и лечения воздушных кист гортанного желудочка, а также задачи более детального изучения строения гортанного желудочка для формирования полных данных о патогенезе данной патологии и многих других заболеваний гортани. Представлены результаты собственного наблюдения пациентки с односторонней кистой гортанного желудочка больших размеров. Описаны этиология, клиническая картина, диагностика и методика хирургического лечения ларингоцеле.

**Ключевые слова:** гортанный желудочек; гортань; воздушная киста; клинический случай; диагностика.

---

## КЕКИРТЕК КАРЫНЧАСЫНЫН КИСТАСЫ (Клиникалык учур)

*К.З. Биржанова, В.А. Насыров*

**Аннотация.** Кекиртектин кистасы – кекиртек карынчасынын абага толгон чоңойгон капталы. Бул түзүмдөрдүн этиологиясы толугу менен ачык-айкын эмес, бирок анын себеби кекиртектин тубаса кемтиктери, кекиртектеги басымдын жогорулашы же кекиртек жана кызыл өңгөчтөгү операциядан кийинки кабылдап кетүү же ларингоцеле пайда болушу мүмкүн экендиги белгилүү. Бул макалада кекиртек карынчасынын аба кисталарын эрте аныктоо жана дарылоо маселеси, ошондой эле бул патологиянын патогенези жана кекиртектин көптөгөн башка оорулары жөнүндө толук маалыматтарды түзүү үчүн, кекиртектин карынчасынын түзүлүшүн деталдуу изилдөө маселеси каралат. Кекиртек карынчасынын чоң көлөмдөгү кистасы бар бейтапка өздүк байкоо жүргүзүүнүн натыйжалары келтирилген. Макалада ларингоцеленин этиологиясы, клиникалык көрүнүшү, диагностикасы жана хирургиялык дарылоо ыкмалары баяндалат.

**Түйүндүү сөздөр:** кекиртектин карынчасы; кекиртек; аба кистасы; клиникалык учур; аныктоо.

---

## CYST OF LARYNGEAL VENTRICLE (Instances of practice)

*K.Z. Birzhanova, V.A. Nasyrov*

**Abstract.** The cyst of the laryngeal ventricle is an enlarged wall of the laryngeal ventricle filled with air. The etiology of these formations is not completely clear, but it is known that the cause can be congenital malformations of the larynx, increased pressure in the larynx, or laryngocele can occur as a complication after surgery on the larynx and trachea. This article discusses the problems of early diagnosis and treatment of air cysts of the laryngeal ventricle, as well as a more detailed study of the structure of the laryngeal ventricle to form complete data on the pathogenesis of this pathology and many other diseases of the larynx. The results of our own observation of a patient with a large unilateral laryngeal ventricular cyst are presented. The etiology, clinical picture, diagnostics and methods of surgical treatment of laryngocele are described.

**Keywords:** laryngeal ventricle; larynx; air cyst; instance of practice; diagnostic.

**Актуальность.** Ларингоцеле, или воздушная киста гортани, – патологическое расширение слепого отростка гортанного желудочка, заполненное воздухом. Термин “ларингоцеле” впервые ввел Вирхов в 1867 году. Встречается данная патология довольно редко и составляет 4–7 % от всех доброкачественных новообразований гортани [1]. Кисты гортани чаще встречаются у мужчин, чем у женщин. Для возникновения воздушных кист гортани необходимы определенные условия. Возникают они при наличии хорошо развитого слепого отростка гортанного желудочка. Гортанный желудочек имеет два отростка – верхний и нижний. Чаще встречается верхний, он хорошо развит.

Еще одним из условий образования ларингоцеле является образование вентильного механизма, свободно пропускающего воздух лишь в гортанный желудочек. Например, опухоль, гранулема, хроническое воспаление, рубцовый стеноз. В норме морганиевы желудочки не содержат воздуха, а их стенки плотно соприкасаются друг с другом. Вероятнее всего, причиной возникновения кисты гортанного желудочка является сочетание врожденной предрасположенности и факторов, способствующих повышению давления в гортани, таких как кашель, слабость мышц гортани, некоторые виды деятельности, например, игра на духовом инструменте [2].

Единой классификации кист гортанного желудочка до сегодняшнего дня нет. Так, некоторые авторы, основываясь на различных морфологических изменениях в гортани, делят ларингоцеле на истинные (врожденные), обусловленные аномалией эмбрионального развития гортанного желудочка, и приобретенные. Такое деление нам кажется весьма условным, поскольку в каждом случае возникновения воздушной кисты гортани можно предположить аномалию гортанного желудочка. Описаны случаи ятрогенных ларингоцеле после трахеостомии и частичной резекции гортани [3].

По локализации могут быть наружными, внутренними и комбинированными (смешанные). О внутренних кистах говорят в тех случаях, когда они локализируются в толще вестибулярной складки и пролабируют в просвет гортани, в то время как наружные при расслоении щитоподъязычной мембраны выходят наружу.

Также патологический процесс может быть одно- и двусторонним. Наиболее часто встречаются внутренние односторонние воздушные кисты гортани. Также данные образования делят на две большие группы – жидкостные и заполненные воздухом. Если киста заполнена железистым секретом, в этом случае она будет называться ларингомукоцеле, а если происходит ее инфицирование – ларингопиоцеле.

Клиническая картина весьма разнообразна и зависит от степени развития и распространенности образования, а также сопутствующих воспалительных явлений. Так, больные могут жаловаться на утомляемость голоса, охриплость, осиплость, ощущение инородного тела, дискомфорт в глотке, затруднение дыхания и одышку при физических нагрузках. Кисты больших размеров могут вызывать стеноз гортани, требующий экстренного хирургического вмешательства в виде трахеотомии. В случае наружного ларингоцеле, пациенты могут предъявлять жалобы на наличие округлого образования на поверхности шеи, меняющегося в объеме при нажатиях [4].

Диагностику осуществляют при помощи тщательного сбора анамнеза, непрямой ларингоскопии, фиброларингоскопии, рентген-исследования, компьютерной томографии и эндоскопического исследования гортани. В дополнение к основным методам – УЗИ мягких тканей шеи и лимфатических узлов шеи.

Дифференциальную диагностику проводят с доброкачественными и злокачественными опухолями, инфекционными гранулемами, ларингомалацией, хроническим ларингитом. Следует помнить, что первые симптомы внутреннего ларингоцеле сходны с таковыми при злокачественной опухоли гортанного желудочка [5].

Лечение, как правило, хирургическое, направленное на полное удаление кист, что значительно снижает риск рецидивирования [6]. Удаление ларингоцеле осуществляется эндоларингеальным или экстраларингеальным доступами, в зависимости от локализации и размеров образования. Прогноз данного заболевания благоприятный.

**Цель исследования** – продемонстрировать случай кисты гортанного желудочка у женщины 55 лет из нашей клинической практики.

**Материалы и методы.** Приводим клинический случай из нашей практики.

**Больная С. 55 лет** (№ истории болезни 3873/326) поступила в отделение оториноларингологии, хирургии головы и шеи Национального госпиталя МЗ КР с жалобами на охриплость голоса и чувство инородного тела в глотке.

**Анамнез настоящего заболевания.** Со слов больной, в течение последних 6 месяцев беспокоит постепенно увеличивающаяся охриплость голоса. Последние 2 месяца стала отмечать чувство инородного тела в глотке. Появление данных жалоб ни с чем не связывает. Не обследовалась. Не лечилась. В связи с нарастанием симптомов самостоятельно обратилась в отделение оториноларингологии, хирургии головы и шеи Национального госпиталя, где был выставлен предварительный диагноз “Новообразование гортани справа (ларингоцеле?). Рекомендовано хирургическое удаление новообразования гортани в плановом порядке с последующей гистологической верификацией. Обследована в амбулаторных условиях и госпитализирована.

**Локальный статус при поступлении.** Голос охриплый. Дыхание через естественные дыхательные пути свободное. Одышки в спокойном состоянии нет. Контуры шеи не расширены. Контуры гортани не изменены. Хруст гортани сохранен с обеих сторон. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются. При непрямой ларингоскопии вход в гортань свободный, надгортанник в виде развернутого лепестка, грушевидные синусы свободны, в области правого морганиева желудочка определяется образование округлой формы желтоватого цвета на узком основании размером с горошину, ballotирует. Голосовые связки серого цвета, подвижность их в полном объеме, симметричная, правая голосовая связка прикрыта образованием в средней трети. Смыкание складок неполное за счет образования, голосовая щель сужена за счет образования, подголосовое пространство не просматривается. Другие ЛОР-органы без видимой патологии.

В стационаре проведено хирургическое лечение в объеме “Удаление новообразования гортани под инжекционной вентиляцией легких”.

**Ход операции.** Под общим внутривенным обезболиванием с инжекционной вентиляцией

легких введен ларингоскоп в преддверие гортани. При этом в области правого гортанного желудочка визуализируется киста размером примерно 2 × 2 см. Киста вылуцена вместе с капсулой и полностью удалена при помощи гортанных щипцов, гортанных ножниц и электроотсоса. По ходу операции – тщательный гемостаз. Ларингоскоп удален. Операция прошла без осложнений. Подвижность голосовых связок сохранена, голосовая щель широкая. Дыхание через естественные пути свободное.

Удаленный материал направлен на гистологическое исследование. Результат от 10.09.21 № 18962-636 – Ретенционная киста с хроническим воспалением и ослизнением.

В послеоперационном периоде пациентка получала антибактериальную и противовоспалительную терапию, обезболивание по необходимости. Послеоперационный период протекал гладко, без осложнений. Больная в удовлетворительном состоянии выписана из стационара на 5-е сутки с соответствующими рекомендациями.

**Локальный статус при выписке.** Голос слегка охриплый. Дыхание через естественные дыхательные пути свободное. Контуры гортани не изменены. Хруст гортани сохранен с обеих сторон. Регионарные лимфоузлы не пальпируются. При непрямой ларингоскопии вход в гортань свободный, надгортанник в виде развернутого лепестка, послеоперационная область умеренно покрыта фибриновым налетом.

По результатам контрольного осмотра методом непрямой ларингоскопии через 3 месяца данные за рецидив образования отсутствуют.

**Выводы.** Данное исследование показывает, что хирургическое удаление кист гортанного желудочка необходимо производить в условиях инжекционной вентиляции легких, что позволяет полностью удалить образование в пределах здоровых тканей и осуществить адекватный гемостаз. Также мы считаем – необходимо более детальное изучение гисто-анатомической структуры гортанных желудочков, чтобы выяснить их роль в формировании патологии гортани, так как анализ имеющихся литературных данных показал нам скудную информацию об истинной функции этих анатомических образований гортани. Для своевременной диагностики,

понимания клинического течения кист гортани и выбора адекватного метода лечения мы должны иметь представление об анатомическом строении, а также клинических особенностях и симптоматике новообразований гортани.

Поступила: 31.01.22; рецензирована: 14.02.22;  
принята: 16.02.22.

### **Литература**

1. *Антонив Т.В.* Воздушная киста гортани (особенности клиники, диагностики и лечения) / Т.В. Антонив // Вестник Российского университета Дружбы Народов. 2013. № 3. С. 55–59.
2. *Gallivan K.H., Gallivan G.J.* Bilateral mixed laryngoceles: simultaneous stroboscovideolaryngoscopy and external video examination // J Voice. 2002. № 16. С. 258–266.
3. *Алиев М.А.* Ларингоцеле как осложнение трахеостомии / М.А. Алиев // Научный электронный журнал “Меридиан”. 2019. № 13. С. 78–80.
4. *Винников А.К.* К вопросу о кистовидных растяжениях гортани / А.К. Винников // Сб. научных трудов симпозиума, посв. 10-летию Ассоциации фонистров и фонопедов “Заболевания голосового аппарата и верхних дыхательных путей”. М., 2001. С. 103–104.
5. *Фейгин Г.А.* Методические основы выполнения шейной лимфонодулоэктомии при метастазах рака гортани в шейные лимфоузлы / Г.А. Фейгин // Вестник КРСУ. 2018. Т. 18. № 9. С. 69–72.
6. *Карпов А.В.* Клинический случай: пациент с ларингоцеле / А.В. Карпов // Сб. материалов межрегион. науч.-практ. конф. оториноларингологов Сибири и Дальнего Востока с междунар. участием “Актуальные вопросы оториноларингологии”; под общ. ред. А.А. Блоцкого. Иркутск, 2019. С. 81–84.