

Випадок з практики

DOI 10.11603/1811-2471.2024.v.i2.14734

УДК 616.321-031.24-006.2-089

ЗАГЛОТКОВІ КІСТИ

©Ю. М. Андрейчин^{1,2}, І. В. Хоружий^{1,2}, Ю. Б. Морозовський²

Тернопільський національний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України¹

ТОВ Медичний центр "ЛОРИМЕД"²

РЕЗЮМЕ. Кісти заглоткового простору є вкрай рідкісним явищем, проте ґрунтовний збір анамнезу з подальшим детальним ендоскопічним оглядом всієї глотки та КТ є достатніми для діагностики. Коблаторне видалення кісти заглоткового простору є високоефективним і безпечним методом лікування.

Мета – на основі даних клінічних обстежень хворого із заглотковою кістою оцінити ефективність хірургічного лікування методом коблаторного видалення.

Матеріал і методи. Наводимо власне клінічне спостереження. Чоловік В., віком 41 рік, із скаргами на біль у горлі, дискомфорт при ковтанні та відчуття клубка в горлі.

Результати. Після операції пацієнт повністю позбувся симптомів, що його турбували. При огляді на третій день після операційного втручання пацієнт почувався добре. Зберігався лише незначний дискомфорт у горлі. При наступному огляді через три місяці скарг не було.

Висновки. ґрунтовний збір анамнезу з подальшим детальним ендоскопічним оглядом всієї глотки та КТ є достатніми для діагностики заглоткових кіст. Застосування ендоскопічного трансорального доступу з використанням ендоскопа та коблатора під час операції гарантує чіткий візуальний контроль, відсутність кровотечі та високі результати відновлення.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: заглоткова кіста; глотка; коблаторне видалення.

Вступ. Захворювання ретрофарингеального простору трапляються досить рідко, а кістозні ураження, що розвиваються в цьому просторі – ще рідше [1]. Кістозні утворення проявляються як поодинокі неволючі новоутвори. Ретрофарингеальні кісти можуть бути як вродженими, так і результатом аномалій ембріонального розвитку. До їх утворення призводить неправильне зрощення або закриття ембріональних структур у тканинах заглоткового простору. Як правило, ці ураження діагностують у дитинстві, проте іноді вони можуть проявлятися в дорослому віці після значного збільшення в розмірі, що призводить до появи відповідних симптомів [2].

Заглоткові кісти можуть розвиватися в різних частинах заглоткового простору. При дослідженні заглоткових кіст важливо ретельно проаналізувати їхні особливості, оскільки вони відрізняються не лише місцем розташування, а й іншими деталями, що може вплинути на лікування та прогноз. Основні характеристики включають розташування, розміри кіст і тип рідини, що заповнює їх.

Заглоткові кісти можуть виникати в носоглотковому, ротоглотковому та гортаноглотковому просторах [3]. Вони можуть варіювати від малих мікрокіст до великих утворень, що впливають на суміжні тканини та органи. Кісти можуть бути наповнені синовіальною, слизовою чи кров'яною рідиною. У подальшому це може вказати на їхнє походження та стадію розвитку. Заглоткові кісти можуть взаємодіяти із суміжними лімфатичними вузлами, кровоносними судинами чи м'язовим апаратом. Це може впливати на вибір методу ліку-

вання та його результативність. Деякі кісти можуть залишатися безсимптомними, тоді як інші зумовлюють серйозні функціональні порушення. За даними літератури, однією з найтипівіших скарг пацієнтів є труднощі з ковтанням, переважно внаслідок тиску кісти на стінки глотки. Пацієнти можуть скаржитися на дискомфорт або біль під час ковтання, особливо при вживанні твердої їжі. Відповідно, виникає відчуття грудки, чужорідного тіла, стиснення в горлі. Збільшення розміру кіст може зумовити біль у ділянці шиї та горла, пов'язаний із стисканням оточуючих тканин або подразненням нервових закінчень. Великі кісти, особливо ті, які розташовані недалеко від дихальних шляхів, можуть спричинити респіраторні проблеми, зокрема часте та тяжке дихання, особливо під час фізичного навантаження [4]. Інші можливі симптоми включають голосові порушення, кашель, переважно вночі, та схуднення через труднощі з прийманням їжі.

Діагноз заглоткових кіст є важливим етапом для визначення оптимального лікування. Використання сучасних діагностичних методів дозволяє отримати детальну інформацію про розмір, розташування та характеристики цих утворень. Найбільш об'єктивними методами вважаються:

– Комп'ютерна томографія (КТ) – високороздільна рентгенівська томографія дає детальні зображення структур заглоткового простору. Цей метод дозволяє точно визначити розташування, форму та структуру кіст, що допомагає встановити діагноз та планувати лікування;

– Магнітно-резонансна томографія (МРТ) – дає додатковий рівень деталізації та використовує

Огляди літератури, оригінальні дослідження, погляд на проблему, **випадок з практики**, короткі повідомлення

магнітні поля для створення зображень внутрішніх структур. Вона особливо корисна для визначення стану м'яких тканин та взаємодії кіст із суміжними структурами;

– Ендоскопічні методи – ендоскопія може бути використана для прямого візуального огляду глотки. За допомогою гнучкого чи твердого ендоскопа лікар може оцінити стан слизової оболонки, виявити кісти та взаємодіяти з ними, а також взяти біопсію для подальшого аналізу [5].

Мета роботи – на основі даних клінічних обстежень хворого із заглотковою кістою оцінити ефективність хірургічного лікування методом коблаторного видалення.

Наводимо власне клінічне спостереження.

У медичний центр звернувся чоловік В., віком 41 рік, із скаргами на біль у горлі, дискомфорт при ковтанні та відчуття клубка в горлі. На думку пацієнта, хворіє декілька років. Причиною звернення тепер стало значне погіршення симптомів і поява труднощів при вживанні твердої їжі.

При проведенні орофарингоскопії: слизова оболонка губ, щік, ясен, твердого та м'якого піднебіння рожева, волога. Вивідні протоки привушних, підщелепних і під'язикових залоз без виражених патологічних змін. Піднебінні дужки з чіткими контурами, рожевого кольору, лакуни піднебінних мигдаликів без патологічного вмісту, поверхня гладка. Задня стінка глотки різко асиметрична (за рахунок сильного випинання задньої стінки глотки зліва) волога, незначно гіперемійована з нечисленними лімфоїдними фолікулами. Випинання овальної форми, розміром 4×3 см (рис. 1).

Ларингоскопія: язиковий мигдалик не збільшений, валекули вільні, задня стінка глотки рожева, асиметрична, грушоподібні синуси при фонації добре розкриваються, вільні, їхня слизова оболон-

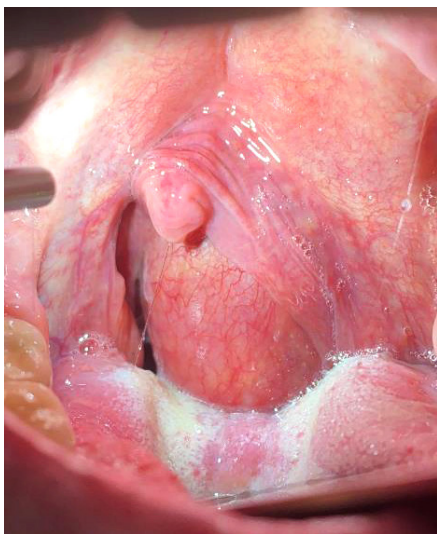


Рис. 1. Хворий В., 41 рік. Кіста заглоткового простору.

ка рожева, волога. Інші ЛОР-органи без патологічних змін. Загальний аналіз крові в межах норми.

Пацієнт був скерований на обстеження за допомогою комп'ютерного томографа. На комп'ютерних томограмах (КТ) на задній стінці ротоглотки та гортаноглотки виявлено гіперехогенний утвір овальної правильної форми з рівними краями, заповнений рідиною, який не зв'язаний з м'язами глотки (рис. 2).

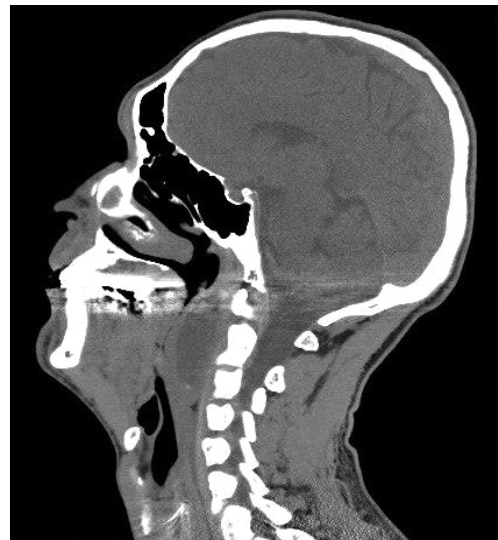


Рис. 2. Комп'ютерна томограма кісти заглоткового простору хворого В., 41 рік, у сагітальній та аксіальній площинах.

Пацієнту було проведено операційне втручання. Наркоз: загальна анестезія з міорелаксацією та штучною вентиліацією легень. Установлено рото-розширювач. Коблатор введено через ротову порожнину. Видалення кісти заглоткового простору розпочиналося з верхнього полюсу, опускаючись поступово до гортаноглотки. За допомогою режиму абляції знімали слизову оболонку ротоглотки разом із капсулою кісти. Таким чином видалено

всю передню стінку кісти. Задню поверхню капсули кісти видаляли шляхом абляції до фасціального листка м'язових волокон носоглотки. Кровотечу з дрібних судин зупинено шляхом коагуляції тим же наконечником коблатора в режимі коагуляції.

Після операції пацієнт повністю позбувся симптомів, що турбували його попередньо. При огляді на третій день після операційного втручання пацієнт почувався добре (рис. 3). Зберігався лише незначний дискомфорт у горлі. При огляді ротоглотки ранова поверхня вкрита фібринозно-геморагічними нашаруваннями, слизова оболонка дещо гіперемійована та вкрита слизом. При наступному огляді через три місяці скарг не було. Під час орофарингоскопії рот відкривається вільно, слизова оболонка губ, щік, ясен, твердого та м'якого піднебіння рожева, волога. Вивідні протоки коловушних, підщелепних і під'язикових залоз без виражених патологічних змін. Піднебінні дужки контуруються, рожевого кольору, піднебінні мигдалики не виступають за передні піднебінні дужки, лакуни без патологічного вмісту, поверхня гладка. Задня стінка глотки волога, симетрична, незначно гіперемійована з нечисленними лімфоїдними фолікулами.

Висновки. Кісти заглоткового простору є вкрай рідкісним явищем, проте їх своєчасна діагностика надзвичайно важлива через складну симптоматику. Ендоскопічне коблаторне видален-



Рис. 3. Хворий В., 41 рік. Третій день після коблаторного видалення кісти заглоткового простору.

ня кісти заглоткового простору є високоефективним та безпечним методом лікування.

Грунтовний збір анамнезу з подальшим детальним ендоскопічним оглядом всієї глотки та КТ є достатніми для діагностики заглоткових кіст. Застосування ендоскопічного трансорального доступу з використанням ендоскопа та коблатора під час операції гарантує чіткий візуальний контроль, відсутність кровотечі та високі результати відновлення.

ЛІТЕРАТУРА

1. Wong Y. K. Retropharyngeal space – a review of anatomy, pathology and clinical presentation / Y. K. Wong, G. M. Novotny // *J. Otolaryngol.* – 1978. – 7. – P. 528–536
2. Larsen's human embryology / G. C. Schoenwolf, S. B. Bleyl, P. R. Brauer [et al.]. – 4th ed New York: Churchill Livingstone, 2009.
3. Debnam J. M. Retropharyngeal and prevertebral spaces: anatomic imaging and diagnosis / J. M. Debnam, N. Guha-Thakurta // *Otolaryngol. Clin. North Am.* – 2012. – Vol. 45. – P. 1293–1310.

REFERENCES

1. Wong, Y.K., & Novotny, G.M. (1978). Retropharyngeal space – a review of anatomy, pathology and clinical presentation. *J. Otolaryngol.*, 7, 528-536.
2. Schoenwolf, G.C., Bleyl, S.B., & Brauer, P.R. (2009). *Larsen's human embryology*, 4th ed New York: Churchill Livingstone.
3. Debnam, J.M., & Guha-Thakurta, N. (2012). Retropharyngeal and prevertebral spaces: anatomic imaging and diagnosis. *Otolaryngol. Clin. North Am.*, 45, 1293-1310.

4. Ho M. P. Forestier's disease presenting as a retropharyngeal mass in an elderly with dysphagia / M. P. Ho, W. K. Cheung, Y. M. Tsang // *Ann. Acad. Med. Singapore.* – 2010. – Vol. 39. – P. 943–942.

5. Bronchogenic cyst: imaging features with clinical and histopathologic correlation / H. P. McAdams, W. M. Kirejczyk, M. L. Rosado-de-Christenson, S. Matsumoto // *Radiology.* – 2000. – Vol. 17 (2). – P. 441–446.

4. Ho, M.P., Cheung, W.K., & Tsang, Y.M. (2010). Forestier's disease presenting as a retropharyngeal mass in an elderly with dysphagia. *Ann. Acad. Med. Singapore*, 39, 943-942.

5. McAdams, H.P., Kirejczyk, W.M., Rosado-de-Christenson, M.L., & Matsumoto, S. (2000). Bronchogenic cyst: imaging features with clinical and histopathologic correlation. *Radiology*, 17(2), 441-446.

RETROPHARYNGEAL CYSTS

©Yu. M. Andreichyn^{1,2}, I. V. Khoruzhyi^{1,2}, Yu. B. Morozovski²

*I. Horbachevsky Ternopil National Medical University¹,
LLC «Lorimed» Medical Centre²*

SUMMARY. Retropharyngeal cysts represent a rare occurrence, however, comprehensive anamnesis collection followed by meticulous endoscopic scrutiny of the entire pharynx and CT scan are sufficient for diagnosis. Coblation removal of retropharyngeal cysts stands as a highly efficacious and secure treatment method.

The aim – on the basis of data from clinical examinations of a patient with a retropharyngeal cyst, to assess the effectiveness of surgical treatment by coblatory removal.

Material and Methods. We give our own clinical observation. Man V., aged 41, with complaints of sore throat, discomfort when swallowing and a lump in the throat.

Results. After the operation, the patient completely got rid of the symptoms that had bothered him previously. On examination on the third day after surgery, the patient felt well. There was only slight discomfort in the throat. At the next examination three months later, there were no complaints.

Conclusions. Thus, a thorough collection of history followed by a detailed endoscopic examination of the entire pharynx and CT are sufficient for the diagnosis of retropharyngeal cysts. The use of endoscopic transoral access using an endoscope and coblator during surgery guarantees clear visual control, no bleeding and high recovery results.

KEY WORDS: retropharyngeal cyst; pharynx; coblation removal.

Отримано 02.04.2024

Електронна адреса для листування: yuramorozowski@gmail.com