

ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛИМФОЭПИТЕЛИАЛЬНОГО ГЛОТОЧНОГО КОЛЬЦА И ШЕИ

Из практики

УДК 616.22-006.2-003.4

<https://doi.org/10.18692/1810-4800-2025-3-24-31>

Кисты гортани: новый взгляд на старую проблему

Э. Р. Шарипова¹, Е. Е. Савельева², Э. Р. Абубакирова³, А. Ф. Шигапов⁴, В. Н. Ткаченко⁵

^{1,2,3} Башкирский государственный медицинский университет, Уфа, 450000, Российская Федерация

^{4,5} Республиканская клиническая больница имени Г. Г. Куватова, Уфа, 450005, Российская Федерация

¹ peppy14@rambler.ru, <https://orcid.org/0009-0002-1402-8541>

² surdolog@yandex.ru, <https://orcid.org/0009-0002-2009-8469>

³ abubakirova_elmira99@mail.ru, <https://orcid.org/0009-0006-4618-3510>

⁴ ajnur.shigapov.93@bk.ru, <https://orcid.org/0009-0006-1507-7977>

⁵ tkachenkovn3@mail.ru, <https://orcid.org/0009-0003-1547-5391>

Реферат. В статье представлены данные о кистах гортани, их этиологии, причинах возникновения, тактике лечения. Также в статье представлен разбор клинического случая лимфоматозной онкоцитарной кисты гортани. Выделяют кисты гортани: дермоидные, эпидермоидные, онкоцитарные, ретенционные. Причины возникновения кист гортани разнообразны: хронические сопутствующие заболевания, инфекционные факторы, длительная голосовая нагрузка, курение, воздействие запыленного воздуха. Ретенционные кисты гортани — наиболее частые кисты гортани. Они возникают в результате задержки слизи из-за обструкции протока слизистой железы микролитами либо возникают на фоне воспаления. При их инфицировании есть риск стеноза гортани. Дермоидные кисты гортани — это доброкачественные образования гортани. Они делятся на врожденные (вследствие врожденной аномалии развития жаберных дуг) и приобретенные (в результате травматического или ятрогенного воздействия). Они часто множественные. При достижении значительных размеров кисты сдавливают окружающие ткани и приводят к их дистрофическим изменениям. Содержимое такой кисты действует как раздражитель фиброваскулярной ткани, вызывая послеоперационное воспаление прилежащих структур. Рецидивы дермоидных кист редки. Эпидермоидные кисты гортани могут развиваться или при восстановлении поврежденной слизистой оболочки вследствие травмы — вторичные, приобретенные, или — из рудиментарных остатков щитовидного хода в собственной пластинке слизистой оболочки — первичные, врожденные кисты. Они развиваются в любом месте гортани. Онкоцитарные кисты гортани — это редкие доброкачественные, медленно растущие образования, высланные клетками онкоцитами. Онкоцитарное изменение — это явление метаплазии, которое часто возникает в эпителиальных эндокринных клетках с высокой метаболической активностью. Есть мнение, что онкоцитарные опухоли представляют собой опухоли митохондрий. Озлокачествление онкоцитарных кист крайне редко, однако требуется наблюдение. Хирургическое удаление кист гортани является лечением выбора, так как при значительных размерах кист гортани возникает сдавление окружающих тканей, приводящее к дистрофическим процессам. Полное иссечение кист гортани предотвращает их рецидивы.

Ключевые слова: кисты гортани, онкоцитарные кисты, дермоидные кисты, эпидермоидные кисты, ретенционные кисты

Для цитирования: Шарипова Э. Р., Савельева Е. Е., Абубакирова Э. Р., Шигапов А. Ф., Ткаченко В. Н. Кисты гортани: новый взгляд на старую проблему. *Российская оториноларингология. 2025;24(3):24–31.* <https://doi.org/10.18692/1810-4800-2025-3-24-31>

© Э. Р. Шарипова, Е. Е. Савельева, Э. Р. Абубакирова,
А. Ф. Шигапов, В. Н. Ткаченко, 2025

DISEASES OF THE LYMPHOEPITHELIAL PHARYNGEAL RING AND NECK

Case study

Laryngeal cysts: new look at old problem**E. R. Sharipova¹, E. E. Savel'eva², E. R. Abubakirova³, A. F. Shigapov⁴, V. N. Tkachenko⁵**^{1,2,3} Bashkir State Medical University, Ufa, 450000, Russian Federation^{4,5} G. G. Kuvatov Republican Clinical Hospital, Ufa, 450005, Russian Federation¹ peppy14@rambler.ru✉, <https://orcid.org/0009-0002-1402-8541>² surdolog@yandex.ru, <https://orcid.org/0009-0002-2009-8469>³ abubakirova_elmira99@mail.ru, <https://orcid.org/0009-0006-4618-3510>⁴ ajnur.shigapov.93@bk.ru, <https://orcid.org/0009-0006-1507-7977>⁵ tkachenkovn3@mail.ru, <https://orcid.org/009-003-1547-5391>

Abstract. The article presents data on laryngeal cysts, their etiology, causes, and treatment tactics. The article also presents an analysis of a clinical case of lymphomatous oncocytic cyst of the larynx. Laryngeal cysts include dermoid, epidermoid, oncocytic, retention. The causes of laryngeal cysts are varied: chronic concomitant diseases, infectious factors, prolonged vocal stress, smoking, exposure to dusty air. Laryngeal retention cysts are the most common laryngeal cysts. They arise because of mucus retention due to obstruction of the mucous gland duct by microliths or occur against the background of inflammation. If they become infected, there is a risk of laryngeal stenosis. Dermoid cysts of the larynx are benign formations of the larynx. They are divided into congenital (a consequence of a congenital anomaly in the development of the gill arches) and acquired (as a result of traumatic or iatrogenic effects). They are often multiple. When reaching significant sizes, cysts compress the surrounding tissues and lead to their dystrophic changes. The contents of such a cyst act as an irritant to fibrovascular tissue causing postoperative inflammation of adjacent structures. Recurrences of dermoid cysts are rare. Epidermoid cysts of the larynx can develop either during the restoration of damaged mucous membrane due to trauma (secondary, acquired cysts) or from rudimentary remnants of the thyroglossal duct in the proper plate of the mucous membrane (primary, congenital cysts). They develop anywhere in the larynx. Oncocytic cysts of the larynx are rare benign, slow-growing formations lined with oncocytes. Oncocytic change is a metaplasia phenomenon that often occurs in epithelial endocrine cells with high metabolic activity. It is believed that oncocytic tumors are mitochondrial tumors. Malignancy of oncocytic cysts is extremely rare, but observation is required. Surgical removal of laryngeal cysts is the treatment of choice since with significant sizes of laryngeal cysts compression of the surrounding tissue occurs leading to degenerative processes. Complete excision of laryngeal cysts prevents recurrence of cysts.

Keywords: laryngeal cysts, oncocytic cysts, dermoid cysts, epidermoid cysts, retention cysts

For citation: Sharipova E. R., Savel'eva E. E., Abubakirova E. R., Shigapov A. F., Tkachenko V. N. Laryngeal cysts: new look at old problem. *Russian Otorhinolaryngology*. 2025;24(3):24-31. (In Russ.) <https://doi.org/10.18692/1810-4800-2025-3-24-31>

Введение

Кисты гортани — это доброкачественные образования, клинические проявления которых разнообразны. Симптомы данной нозологии могут быть значительно вариативны, от абсолютного отсутствия каких-либо жалоб до летального исхода вследствие асфиксии. Mümtaz Taner Togun et al. отмечают, что такие жалобы, как ощущение инородного тела в горле, дискомфорт при глотании, затруднение дыхания, нарушение голосообразования, позволяющие верифицировать непосредственно патологию гортани, отмечаются пациентом крайне редко [1]. Такое разнообразие клинического проявления обусловлено прямой взаимосвязью с размерами кист гортани и их локализацией, сообщает Brooke Jensen et al. [2].

Для формирования кист гортани не характерно наличие возрастного диапазона, они могут возникнуть в любом возрасте. Но зачастую их появление характерно для лиц преклонного возраста. Н. А. Дайхес и соавторы указывают на то, что у таких пациентов в анамнезе отмечаются немаловажные факторы, провоцирующие появление данной патологии, а именно: наличие хронических сопутствующих заболеваний (гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, профессии, связанные с повышенным голосообразованием и наличием запыленности воздуха, вредные привычки — курение). Данные факторы, имеющие регулярное и систематичное воздействие на структуры гортани, несомненно, занимают ведущую роль в развитии патологий гортани [3].

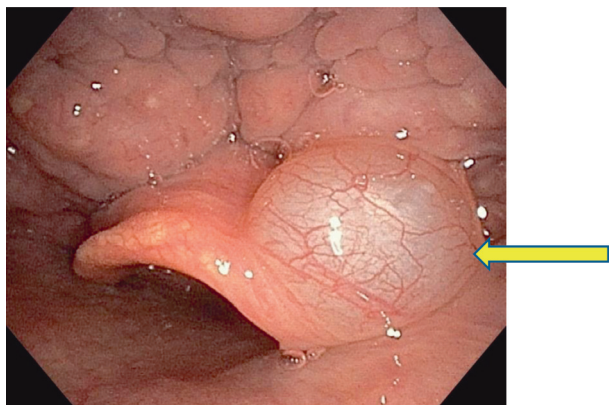


Рис. 1. Картина эндоскопии гортани. Визуализируется валлекулярная киста между язычной поверхностью надгортанника и корнем языка. Стрелка указывает на кисту
Fig. 1. Endoscopy picture of the larynx. A vallecular cyst is visualized between the lingual surface of the epiglottis and the root of the tongue. The arrow points to the cyst

Ретенционные (дуктальные, протоковые, валлекулярные) кисты гортани (рис. 1)

Дуктальные кисты гортани — наиболее распространенные кисты, обнаруживаемые в глоточно-гортанной области. По мнению Н. А. Дайхеса и соавторов, они возникают в результате задержки слизи из-за обструкции протока слизистой железы микролитами либо возникают на фоне воспаления [3]. Протоковые кисты могут спровоцировать обструкцию верхних дыхательных путей в зависимости от локализации. Alissa M., Collins et al. приводят несколько случаев кисты на тонкой ножке, исходящей из валлекулы и периодически пролабирующей в просвет голосовой щели, вызывая при этом периодическое нарушение дыхания [4]. Согласно исследованиям Brooke Jensen et al. ретенционные кисты гортани — доброкачественные образования, однако всегда имеется риск их инфицирования, а также создания эффекта шарового клапана в дыхательных путях, который может вызвать внезапное возникновение удушья [2]. Norsyamira Aida Mohamad Umbaik et al. наблюдали и описали клинический случай инфицирования кисты, которое вызвало отек и воспаление окружающих тканей. Данные изменения могут стать причиной возникновения эпиглоттита или образования абсцесса [5]. По данным Brooke Jensen et al., надгортанные кисты часто вызывают рецидивирующий эпиглоттит [2]. Ретенционные кисты также называют валлекулярными, так как их частая локализация — область валлекулы. Mümtaz Taner Togun et al. в своих исследованиях приводят данные, что протоковые кисты являются наиболее распространенной формой кист гортани и составляют 75% случаев [1]. Примерно 10,5% всех кист гортани возникают в валлекулярном пространстве. Они могут появиться в любом возрасте со спорадическим возникновением [1]. По мнению большинства авторов, валлекуляр-

ные кисты обычно протекают бессимптомно, но могут также проявляться внезапным появлением стридора, кашля, дисфонии, ощущением инородного тела, охриплостью голоса и дисфагией. При этом Norsyamira Aida Mohamad Umbaik et al. подчеркивают, что хирургическое удаление является методом выбора при лечении валлекулярной кисты. Крайне важно визуализировать кисту во время интубации, чтобы избежать разрыва кисты с высоким риском аспирации. При невозможности выполнения интубации пациента вследствие больших размеров валлекулярной кисты перед интубацией прибегают к аспирации содержимого кисты с помощью шприца и иглы большого диаметра. Этот метод широко применяется и обсуждается во многих литературных источниках как самый важный этап, выполняемый для обеспечения безопасности дыхательных путей, в частности при неожиданной находке во время плановой интубации, сообщают Norsyamira Aida Mohamad Umbaik et al. [5]. В крайне тяжелых случаях необходимо выполнение трахеостомии [1]. Faiguz Ibrahim et al. сообщили о случае геморрагической валлекулярной кисты (валлекулярная киста с геморрагическим содержимым) [6]. Спонтанное кровотечение из сосуда, находящегося в пределах валлекулярной кисты, вызвало быстрое увеличение ее размера, появились острые симптомы одышки на фоне полного здоровья [6]. Согласно утверждениям Sachin Gandhi et al. большая валлекулярная киста может сместить надгортанник кзади, вызывая механическую обструкцию дыхательных путей, увеличение отрицательного давления в гортани и отек слизистой оболочки [7].

Дермоидные кисты гортани (рис. 2)

Дермоидные кисты гортани — это доброкачественные образования гортани. Esem Sevim Akı et al. выделяют врожденные и приобретенные дермоидные кисты гортани [8]. Согласно исследова-

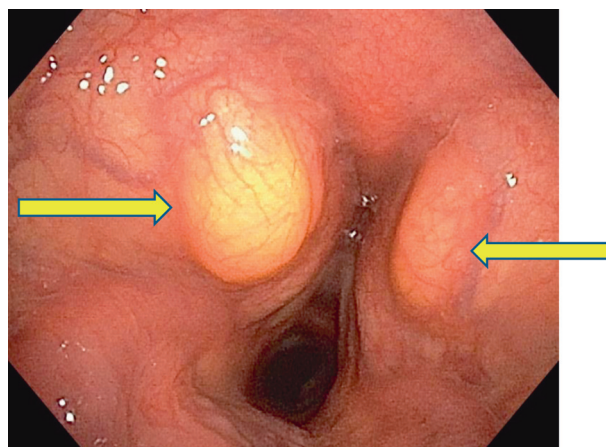


Рис. 2. Картина эндоскопии гортани. Визуализируются множественные дермоидные кисты. Стрелка указывает на кисту гортани
Fig. 2. Endoscopy picture of the larynx. Multiple dermoid cysts are visualized. The arrow points to the cyst

ниям А. А. Дрегалкиной и соавторов, врожденные дермоидные кисты — это следствие врожденной аномалии развития, возникающее во время слияния срединной линии первой и второй жаберных дуг, в местах, где образуются идущие вглубь складки эпидермиса, в эмбриональном периоде жизни на 3-й и 4-й неделях развития. Содержат элементы эктодермы [9]. Приобретенные дермоидные кисты гортани возникают в результате травматического или ятрогенного воздействия [8]. Дермоидные кисты могут возникнуть на любом участке тела. Согласно исследованиям Sagatay Han Ulku et al. 6,9% дерматологических кист встречаются в области головы и шеи, а 1,6% — в полости рта. Наиболее распространенными локализациями в области головы и шеи являются межбровная область, параорбитальная область и полость носа [10]. Дермоидные кисты часто поражают волосистую часть головы, согласно исследованиям Hyun Jun Oh et al. Их появление чаще всего наблюдают у лиц молодого возраста [11]. Sagatay Han Ulku et al. указывают, что зачастую бессимптомные, четко ограниченные, медленно растущие кисты имеют небогатое кровоснабжение. Симптомы их неспецифичны и варьируются в зависимости от анатомической области, где они развиваются. Однако кисты могут не вызывать симптомов, пока не достигнут значительных размеров или не начнут оказывать давление на окружающие жизненно важные клинические структуры [10, 12]. Для дермоидных кист характерен экспансивный рост. При достижении значительных размеров, кисты сдавливают окружающие ткани и приводят к их дистрофическим изменениям. По утверждению Esem Sevim Aki et al., единственным эффективным методом лечения является полное хирургическое иссечение кисты. Рецидивы можно предотвратить, полностью удалив кисту [8]. Следует соблюдать осторожность, чтобы не разорвать кисту, поскольку ее содержимое действует как раздражитель фиброваскулярной ткани, вызывая послеоперационное воспаление [11]. Дрегалкина А. А. и соавторы описывают дермоидную кисту как образование плотноэластической консистенции с четкими границами, подвижное по отношению к подлежащим тканям, безболезненное, покрыто кожей обычного цвета [9]. Гистологически дермоидные кисты выстланы многослойным плоским эпителием с придаточными структурами, включая волосяные фолликулы, сальные железы, потовые железы [11]. Согласно исследованиям Sagatay Han Ulku et al., чаще встречаются множественные дермоидные кисты, нежели единичные. Кисты не связаны друг с другом. При эндоскопии гортани наблюдают округлые, четко контурированные, кремового цвета образования, утолщенную слизистую оболочку в месте локализации кист. Рецидивы дермоидной кисты очень редки в слу-

чаях, когда киста полностью удалена хирургическим путем [10].

Эпидермоидные кисты гортани

Эпидермоидные кисты гортани, по данным Н. А. Дайхеса и соавторов, могут развиваться либо при восстановлении поврежденной слизистой оболочки вследствие травмы — вторичные, приобретенные, либо — из рудиментарных остатков щитовидного хода в собственной пластинке слизистой оболочки — первичные, врожденные кисты [3]. Эпидермоидные кисты по размеру больше, чем ретенционные кисты. Эпидермоидные кисты развиваются в любом месте гортани, например в гортанных желудочках, истинных и ложных голосовых складках. Эпидермоидные кисты гортани выстланы многослойным плоским эпителием и часто заполнены кератином. В зависимости от длительности существования кисты многослойный плоский эпителий может иметь разную высоту пласта, постепенно истончаясь под давлением роговых масс. Врожденные эпидермоидные кисты, как правило, сопровождаются очаговыми скоплениями лимфоцитов или лимфоцитарной инфильтрацией субэпителиальной ткани по внешнему периметру кисты [3].

Онкоцитарные кисты гортани

Онкоцитарные кисты гортани — это редкие доброкачественные, медленно растущие образования, выстланные клетками онкоцитами, сообщают авторы Grazia Salerno et al. [13]. Онкоцитарные клетки — это крупные полигональные клетки, цитоплазма которых содержит большое количество гигантских митохондрий, гиперхромных полиморфных ядер и зернистую эозинофилию. Онкоцитарное изменение — это явление метаплазии, которое часто возникает в эпителиальных эндокринных клетках с высокой метаболической активностью. В гортани онкоцитарная метаплазия слизистой оболочки встречается в местах большого скопления серозно-муцинозных желез, а именно в желудочках Морганьи или вестибулярных голосовых связках. Онкоцитарные кисты чаще одиночные, множественные кисты встречаются редко. Онкоцитарные кисты не встречаются на истинных голосовых складках, так как они не имеют железистого эпителия [13]. Н. А. Краевский и соавторы указывают, что онкоцитарную кисту гортани также называют аденомой гортани, онкоцитомой, онкоцитарной сосочковой цистаденомой, оксифильной гранулярно-клеточной аденомой [14]. Излюбленной локализацией является надскладочный отдел гортани — место наибольшей концентрации слизисто-белковых желез. Микроскопически характеризуется органоидным строением с онкоцитарной трансформацией эпителия ацинусов и протоковых структур, инкапсулирована. Нередко построена по типу папиллярной цистаденомы, сосочки и кистозные полости

которой выстланы онкоцитами. Встречаются онкоцитарные аденомы с лимфоидной инфильтрацией стромы — лимфоматозная онкоцитарная опухоль. Озлокачествление наблюдается редко [14]. Хотя онкоцитарные кисты и имеют доброкачественную природу, рекомендуется последующий мониторинг на предмет возможного рецидива. Это особенно актуально для пациентов со множественными поражениями, поскольку у них может быть склонность к образованию новых кист [13]. В доступной нам литературе отсутствуют данные о случаях злокачественной трансформации онкоцитарных кист гортани. Существуют разногласия по поводу механизма возникновения онкоцитарной кисты гортани, и на данный момент отсутствует единое мнение по поводу природы заболевания. Некоторые авторы придерживаются теории неопластического происхождения онкоцитарной кисты, также существует теория метаплазии и гиперплазии локализованного сегмента протока муцинозной железы, таким образом, проксимальный сегмент протока становится кистозно расширенным [13]. Другая гипотеза, описанная Alekseeva Lyudmila et al., заключается в том, что онкоцитарные опухоли представляют собой опухоли митохондрий. Митохондрии имеют собственную ДНК и собственные характерные белки, а опухоль возникает в результате мутации митохондрий [15]. Точная причина возникновения онкоцитарных изменений кист пока не установлена, однако в работе Mümtaz Taner Tugun et al. имеются сведения о влиянии митохондриальной дисфункции и процесса старения клеток в онкоцитарной трансформации структур кисты [1]. Согласно исследованиям Grazia Salerno et al. онкоциты не встречаются у молодых людей. С возрастом они появляются и увеличиваются в количестве, встречаются в различных органах, содержащих железистые клетки. Они часто наблюдаются в слюнных железах и других органах. Точное значение онкоцитов неизвестно [13]. По данным Alekseeva Lyudmila et al., поллютанты атмосферного воздуха могут запустить чрезмерные компенсаторные механизмы митохондрий и привести к образованию онкоцитов. Случаев малигнизации онкоцитарных кист не отмечено, но известны случаи их взаимодействия с плоскоклеточным раком [15]. Ayşe Nur Ugur Kilinç et al. указывают, что соотношение пациентов женского и мужского пола составляет 2:1 [16]. В исследованиях, предложенных Anna Švejdová et al., показано, что онкоцитарные кисты встречаются у пациентов старше 60 лет, чаще всего у женщин [17].

Обзор клинического случая лимфоматозной онкоцитарной кисты

В оториноларингологическом отделении ГБУЗ РКБ им. Г. Г. Куватова, г. Уфа, за последние 5 лет лечилось и наблюдалось 39 пациентов с диа-

гнозом «киста гортани». Это достаточно редкое заболевание, что согласуется с данными литературы.

Пациентка Х., 49 лет, поступила в плановом порядке в ГБУЗ РКБ им. Г. Г. Куватова 22.04.2024 года с жалобами на осиплость голоса, дискомфорт в горле слева. Из анамнеза данные жалобы беспокоят около 2 лет. В мае 2023 года отметила единичный эпизод откашливания густой светло-желтой жидкости, после чего симптомы значительно уменьшились. В январе 2024 года жалобы возобновились. Хронические заболевания: двусторонний полипозный риносинусит, использует интраназальные глюкокортикостероиды; бронхиальная астма, использует ингаляции пульмикорта в период обострений. Профессия — процедурная медсестра.

Данные оториноларингологического осмотра

Регионарные лимфатические узлы не пальпируются. В полости носа небольшие полипы 1-й степени, исходящие из средних носовых ходов. Носовое дыхание свободное. Зубы санированы.

Гортань. Гортань при пальпации безболезненна. Активные движения сохранены, крепитация хрящей гортани сохранена. Дыхание свободное, спокойное, голос осиплый, тихий.

При непрямой ларингоскопии и эндоскопии гортани гибким эндоскопом 0° Olympus определяется розовая, влажная слизистая гортани, надгортанник обычной формы, развернут в виде лепестка, левый грушевидный синус сужен, справа свободный. Левая черпалонадгортанная складка смещена медиально, правая черпалонадгортанная складка занимает нормальное положение. Голосовые складки серые, при фонации левая голосовая складка отстает, не доходит до средней линии. Слева в преднадгортанниковом пространстве, на уровне левой черпалонадгортанной складки, визуализируется округлое образование, выходящее в просвет гортани, размерами 1,5 × 2 см, покрытое неизменной слизистой оболочкой. Со стороны других ЛОР-органов патологических изменений не выявлено.

Данные инструментальных методов исследования

Компьютерная томография шеи с внутривенным болюсным контрастированием (йомерон 400 100 мл в/в 5 мл/с) от 12.04.2024 г. Рентгенологическая диагностическая система — Philipsingenuity 128/Toshiba CXL-64. Слева в преднадгортанниковом пространстве, на уровне черпалонадгортанных складок, образование повышенной плотности (90 единиц Хаунсфилда) размерами 1,5 × 1 × 2 см с четким ровным контуром, не накапливающее контраст (рис. 3, 4).

Пациентке было выполнено удаление новообразования гортани под эндотрахеальным наркозом под прямой опорной микроларингоскопией

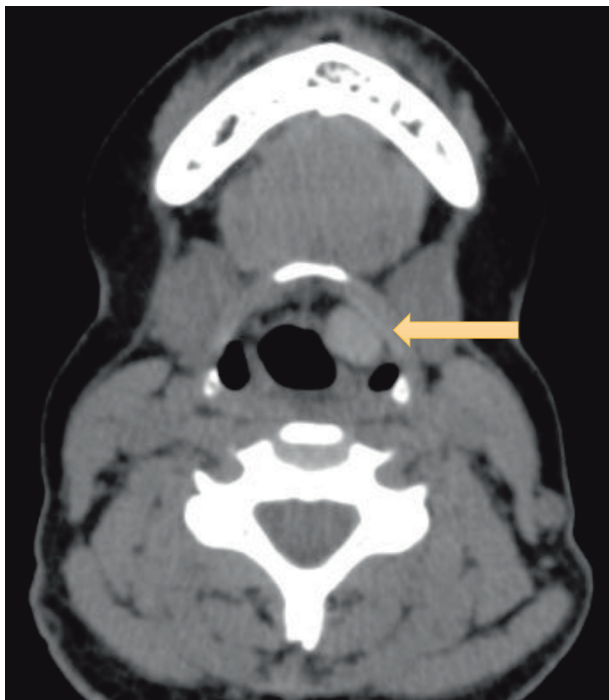


Рис. 3. Компьютерная томография шеи с внутривенным болюсным контрастированием в аксиальной проекции. Визуализируется округлое гиподенсивное образование в левом преднадгортанниковом пространстве, не накапливающее контраст (1,5 × 1 × 2 см). Стрелкой указана киста гортани

Fig. 3. Computed tomography of the neck with intravenous bolus contrasting in the axial projection. A rounded hypodense formation is visualized in the left preepiglottic space that does not accumulate contrast (1,5 × 1 × 2 cm). The arrow points to the cyst

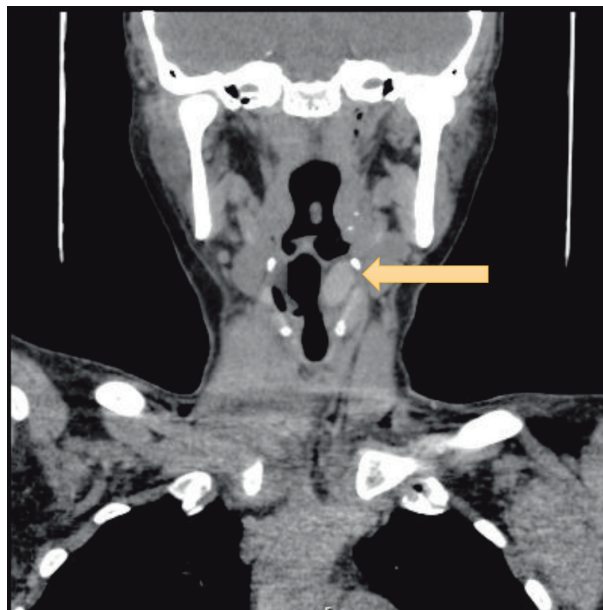


Рис. 4. Компьютерная томография шеи с внутривенным болюсным контрастированием во фронтальной проекции. Визуализируется округлое гиподенсивное образование в левом преднадгортанниковом пространстве, не накапливающее контраст (1,5 × 1 × 2 см). Стрелкой указана киста гортани

Fig. 4. Computed tomography of the neck with intravenous bolus contrasting in the frontal projection. A rounded hypodense formation is visualized in the left preepiglottic space that does not accumulate contrast (1,5 × 1 × 2 cm). The arrow points to the cyst

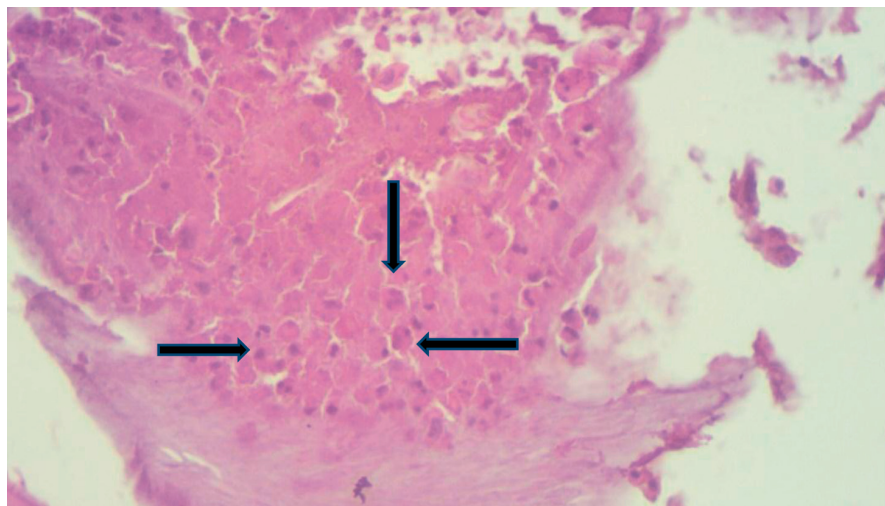


Рис. 5. Гистологические микропрепараты оболочки онкоцитарной кисты гортани. Стрелкой указаны онкоцитарные клетки (крупные полигональные клетки, цитоплазма которых содержит большое количество гигантских митохондрий, гиперхромных полиморфных ядер и зернистую эозинофильную цитоплазму). Окрашивание — гематоксилин-эозином. Увеличение 15×40

Fig. 5. Hystological examination of the membrane of the oncocytic cyst of the larynx. The black arrow indicates oncocytic cells (large polygonal cells with hyperchromatic, the cytoplasm of the cells contains a large number of giant mitochondria, hyperchromatic polymorphic nuclei and an eosinophilic granular cytoplasm). H&E staining method. 15×40 Magnification.

холодными инструментами. В послеоперационном периоде были рекомендованы соблюдение голосового покоя, ежедневный осмотр с оценкой изменения динамики общего и локального статуса. Для купирования болевого синдрома был назначен Sol. Ketoprofeni 50 мг/мл — 2,0 мл внутри-

мышечно при боли по шкале VAS от 3 до 6 баллов до 2 раз в сутки по необходимости.

Гистологическое заключение — лимфатозная онкоцитарная киста гортани (рис. 5).

При контрольной эндоскопии гортани на 3-и сутки после оперативного вмешательства ларинго-

скопическая картина: левая черпало-надгортанная складка покрыта фибринозным налетом. Пациентка отмечала умеренный дискомфорт в горле. В последующие дни отмечалось постепенное уменьшение дискомфорта в горле вплоть до полного исчезновения жалоб к 7-му дню на момент выписки. Был рекомендован контрольный осмотр через 1 месяц, диета с механическим и химическим щажением пищи, голосовой покой, продолжение использования интраназальных глюкокортикостероидов по поводу полипозного риносинусита. При осмотре через месяц после операции пациентка жалоб не предъявляла, отметила исчезновение дискомфорта в горле слева, голос стал звонким и чистым. При эндоскопии гортани спустя 1 месяц слизистая оболочка полностью эпителизирована, гортань симметричная, голосовые складки смыкаются в полном объеме.

Заключение

Таким образом, кисты гортани представляют собой редкую патологию, своевременная диа-

гностика которой может вызывать значительные сложности ввиду возможных отсутствий клинического проявления. Нередко кисты гортани являются случайными диагностическими находками. Согласно исследованиям Н. А. Дайхеса и соавторов, основными симптомами заболевания (при значительных размерах кист) являются признаки обструкции дыхательных путей, дисфагия, ощущение инородного тела в горле, нарушения голосообразования [3].

Для выявления патологии необходимо провести комплексное обследование, включающее различные методы визуализации, однако окончательный диагноз устанавливается на основании гистологического исследования патологического материала. Метод хирургического лечения выбирает оперирующий врач в зависимости от размера и локализации образования. Всю стенку кисты следует удалить, чтобы избежать возможного рецидива. Рецидивы редки при полном иссечении кист [3].

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Mümtaz Taner Torun, Ender Seçkin, Ümit Tuncel, Caner Kılıç, Özalkan Özkan. A Rare Entity: Adult Asymptomatic Giant Vallecular Cyst. *Case Reports in Otolaryngology*. 2015;(2):1-3. <https://doi.org/10.1155/2015/723420>
2. Brooke Jensen, Evan Nix, Pranati Pillutla, Joehassin Cordero. Gold laser removal of a large ductal cyst on the laryngeal surface of the epiglottis. *PROC (BAYL UNIV MED CENT)*. 2021;34(1):146-147. <https://doi.org/10.1080/08998280.2020.1814485>
3. Дайхес Н. А., Быкова В. П., Пономарев А. Б., Давудов Х. Ш. Клиническая патология гортани. М.: МИА, 2009. 160 с.
Daikhes N. A., Bykova V. P., Ponomarev A. B., Davudov H. Sh. Clinical pathology of the larynx. Moscow: MIA, 2009. 160 p. (In Russ.)
4. Alissa M. Collins, Nikita Chapurin, Walter T Lee. Epiglottic Cyst Causing Dysphagia and Impending Airway Obstruction. *American journal of otolaryngology — head and neck medicine and surgery*. 2015;492-493. <https://doi.org/10.1016/j.amjoto.2015.02.002>
5. Norsyamira Aida Mohamad Umbaik, Hashimah Ismail, Irfan Mohamad. Vallecular cyst presenting as globus in a young adult. *Pediatr Medycyna Rodzinna*. 2019;15(2):191-193. <https://doi.org/10.15557/PiMR.2019.0033>
6. Fairuz Ibrahim, Liyana Ghazali, Khairudin Abdullah, Irfan Mohamad. Hemorrhagic Vallecular Cyst as a Rare Cause of Odynophagia. *J Otolaryngol ENT Res*. 2017;8(6):00267. <https://doi.org/10.15406/joentr.2017.08.00267>
7. Sachin Gandhi, Puneeth P J, Firyal Al-Balushi. Vallecular Cyst: 10 Years Experience and Review of the Literature. *Indian Journal of Otolaryngology and Head & Neck Surgery*. 2022;75(2). <https://doi.org/10.1007/s12070-022-03319-3>
8. Ecem Sevim Aki, Onur Çorakçı, Selin Canpolat. Multiple Dermoid Cysts in the Epiglottis Presenting with Dysphonia and Dysphagia: A Rare Case. *Turk Archives Otorhinolaryngology*. 2022;60(3):173-176. <https://doi.org/10.4274/tao.2022.2022-7-1>
9. Дрегалькина А. А., Иванова С. А., Чумакова Н. С. Кисты мягких тканей челюстно-лицевой области. Клинический случай крупной эпидермальной кисты. Материалы Международного конгресса «Стоматология Большого Урала». 4-6 декабря 2019 года. ДК 61 Медицина. Охрана здоровья.
Dregalkina A. A., Ivanova S. A., Chumakova N. S. Cysts of soft tissues of the maxillofacial region. A clinical case of a large epidermal cyst. Materials of the International Congress „Dentistry of the Greater Urals“. December 4-6, 2019. DC 61 Medicine. Health protection.
10. Sagatay Han Ulku, Hilal Yucel. Dermoid Cyst Arising from the Epiglottis. *Turk Archives Otorhinolaryngology*. 2015; 53:42-44. <https://doi.org/10.5152/tao.2014.664>
11. Hyun Jun Oh, Mi Young Eo, Buyanbileg Sodnom-Ish, Emmanuel Kofi Amponsah, Paul Frimpong, Hoon Myoung, Soung Min Kim. Craniofacial Epidermoid and Dermoid Cysts. *The Journal of craniofacial surgery*. 2023;34:2405-2409. <https://doi.org/10.1097/SCS.00000000000009561>
12. Киселев А. С., Вавилова А. А. Редкие заболевания в практике поликлинического оториноларинголога. Некоторые аспекты диагностики. *Российская оториноларингология*. 2022;21(4):113-122. <https://doi.org/10.18692/1810-4800-2022-4-113-122>
Kiselev A. S., Vavilova A. A. Rare diseases in practice of otorhinolaryngologist of outpatient clinic. Some aspects of diagnostics. *Russian otorhinolaryngology*. 2022;21(4):113-122. (In Russ.) <https://doi.org/10.18692/1810-4800-2022-4-113-122>

13. Grazia Salerno, Chiara Mignogna, Michele Cavaliere, L D'Angelo, V Galli. Oncocytic cyst of the larynx: an unusual occurrence. *Acta Otorhinolaryngol Ital.* 2007;27:212-215. PMID: 17957853
14. Краевский Н. А., Смольяников А. В., Саркисов Д. С. Патологоанатомическая диагностика опухолей человека: руководство для врачей в двух томах. 4-е изд., доп. и перераб. М.: Медицина, 1993. 1248 с.
Kraevsky N. A., Smolyannikov A. V., Sarkisov D. S. Pathoanatomical diagnosis of human tumors: a guide for doctors in two volumes. — 4th ed., additional and revised. Moscow: Medicine, 1993. 1248 p. (In Russ.)
15. Alekseeva Lyudmila, Pavlov Pavel, Zakharova Mariya. Oncocytic cyst of the larynx. ESPO 2016 LISBON. A86. 1-SPSPMU. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.35103.38562>
16. Ayşe Nur Ugur Kilinç, Yaşar Ünlü, Abitter Yücel. Laryngeal Oncocytic Cystadenoma with Rare Location and Clinicopathological Aspects. *Head and Neck Pathology.* 2021.15:1004-1006. <https://doi.org/10.1007/s12105-020-01232-1>
17. Anna Švejdová, David Kalfert, Lukas Školoudík, Jana Satankova, Jan Laco, Petr Čelakovský, Viktor Chrobok. Oncocytic papillary cystadenoma of the larynx: comparative study of ten cases and review of the literature. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology.* 2021;278:3381-3386. <https://doi.org/10.1007/s00405-021-06841-2>

Вклад авторов

Концепция статьи — Э. Р. Шарипова, Е. Е. Савельева

Написание текста — Э. Р. Шарипова, Э. Р. Абубакирова

Сбор и обработка материала — Э. Р. Шарипова, Э. Р. Абубакирова, А. Ф. Шигапов, В. Н. Ткаченко

Утверждение окончательного варианта — Е. Е. Савельева

Contribution of authors

Concept of the article — E. R. Sharipova, E. E. Savel'eva

Writing the text — E. R. Sharipova, E. R. Abubakirova

Collection and processing of material — E. R. Sharipova, E. R. Abubakirova, A. F. Shigapov, V. N. Tkachenko

Approval of the final version — E. E. Savel'eva

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflicts of interest. The authors have no conflicts of interest to declare.

Информация об авторах

Шарипова Эльмира Рашитовна — кандидат медицинских наук, доцент кафедры оториноларингологии, Башкирский государственный медицинский университет (450000, Российская Федерация, Уфа, ул. Ленина, д. 3); peppy14@rambler.ru, <https://orcid.org/0009-0002-1402-8541>

Савельева Елена Евгеньевна — доктор медицинских наук, заведующая кафедрой оториноларингологии, Башкирский государственный медицинский университет (450000, Российская Федерация, Уфа, ул. Ленина, д. 3); surdolog@yandex.ru, <https://orcid.org/0009-0002-2009-8469>

Абубакирова Эльмира Равильевна — клинический ординатор кафедры оториноларингологии, Башкирский государственный медицинский университет (450000, Российская Федерация, Уфа, ул. Ленина, д. 3); abubakirova_elmira99@mail.ru ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-4618-3510>

Шигапов Айну́р Фанусович — врач-оториноларинголог, Республиканская клиническая больница имени Г. Г. Куватова, (450005, Российская Федерация, Уфа, ул. Достоевского, д. 132); ajnur.shigapov.93@bk.ru, <https://orcid.org/0009-0006-1507-7977>

Ткаченко Виктор Николаевич — врач-патологоанатом, Республиканская клиническая больница имени Г. Г. Куватова, (450005, Российская Федерация, Уфа, ул. Достоевского, д. 132); tkachenkovn3@mail.ru, <https://orcid.org/0009-003-1547-5391>

Information about authors

El'mira R. Sharipova — Candidate of Sciences (Med.), Associate Professor of the Department of Otorhinolaryngology, Bashkir State Medical University (3, Lenina str., Ufa, Russian Federation, 450000); peppy14@rambler.ru, <https://orcid.org/0009-0002-1402-8541>

Elena E. Savel'eva — Doctor of Sciences (Med.), Head of the Department of Otorhinolaryngology, Bashkir State Medical University (3, Lenina str., Ufa, Russian Federation, 450000); surdolog@yandex.ru, <https://orcid.org/0009-0002-2009-8469>

El'mira R. Abubakirova — Clinical Resident of the Department of Otorhinolaryngology, Bashkir State Medical University (3, Lenina str., Ufa, Russian Federation, 450000); abubakirova_elmira99@mail.ru, <https://orcid.org/0009-0006-4618-3510>

Ainur F. Shigapov — Otorhinolaryngologist, G. G. Kuvatov Republican Clinical Hospital (132, Dostoevsky str., Ufa, Russian Federation, 450005); ajnur.shigapov.93@bk.ru, <https://orcid.org/0009-0006-1507-7977>

Viktor N. Tkachenko — Pathologist, G. G. Kuvatov Republican Clinical Hospital (132, Dostoevsky str., Ufa, Russian Federation, 450005); tkachenkovn3@mail.ru ORCID: <https://orcid.org/0009-003-1547-5391>

Поступила / Received 23.12.2024

Поступила после рецензирования / Revised 04.02.2025

Принята в печать / Accepted 28.03.2025