

## СРЕДИННЫЕ КИСТЫ ШЕИ У ДЕТЕЙ

*Тимофеева А.В., Карасева О.В., Телешов Н.В., Горелик А.Л.*

Научно-исследовательский институт неотложной детской хирургии и травматологии Департамента здравоохранения г. Москвы

**Актуальность.** Среди врожденных образований шеи срединные кисты составляют до 70 % наблюдений. Варианты расположения кист и неспецифическая клиника приводят к частым диагностическим ошибкам, что определяет неверную тактику лечения и рецидивирующее течение.

**Цель:** представить лечебно-диагностическую алгоритм при срединных кистах шеи у детей в НИИ НДХиТ.

**Материалы и методы.** За период 2017–2019 гг. в НИИ НДХиТ пролечено 27 детей с аномалиями развития щитовидно-язычного протока и жаберных дуг. Мальчики составили 55,5 %, девочки — 44,5 %, средний возраст детей —  $7,4 \pm 4,2$  лет. В структуре патологии преобладали (74,1 %) срединные кисты шеи. Осложненное течение срединных кист с формированием наружного свища имело место у 75 % детей. Инструментальная диагностика включала УЗИ, МРТ и фистулографию.

**Результаты.** Большинство детей (77,7 %) обратились в НИИ НДХиТ в срок от 4 до 17 месяцев после обнаружения образования на шее. Причиной задержки госпитализации явилась ошибочная диагностика шейного лимфаденита с назначением антибактериальной терапии в 33,3 % наблюдений или вскрытием и дренированием от 1 до 4 раз у остальных детей. Одному из этих детей спустя 1 год от начала заболевания был установлен диагноз срединной кисты шеи и дважды выполнена операция иссечения кисты с участком подъязычной кости. У всех детей после вскрытия срединной кисты и оперативного лечения сформировался наружный свищ.

В НИИ НДХиТ всем детям с срединными кистами/свищами шеи выполняли оперативное лечение, которое заключалось в иссечении кисты/свища и резекции тела подъязычной кости. Одному ребенку, учитывая отсутствие связи кисты с подъязычной костью резекцию подъязычной кости не проводили. Оперативное вмешательство выполняли под общей анестезией в положении ребенка на спине с переразогнутой головой и валиком под лопатками. Используем разрез кожи в поперечном направлении в проекции образования с иссечением свищевого отверстия. Оболочки кисты/свища при необходимости прокрашиваем Бриллиантовым зеленым и выделяем до подъязычной кости. При резекции подъязычной кости используем полупроводниковый лазер или аргоноплазменную коагуляцию для полноценной деструкции эпителиальной выстилки щитовидно-язычного протока. Послойно восстанавливаем мышечный каркас шеи. Кожу ушиваем внутрикожным швом. Послеоперационный период у всех детей протекал гладко. Дети обследованы в катамнезе (1 год и более) — рецидивов не было.

**Заключение.** Ошибки в диагностике часто приводят к выбору неверной тактики лечения и рецидивирующему течению заболевания с повторными хирургическими манипуляциями. Полноценное обследование, включая МРТ, позволяет выбрать адекватный объем хирургического лечения и добиться хороших результатов. Рецидив кист является абсолютным показанием к резекции подъязычной кости.