

кровяного сгустка и изоляции поверхности раны от воздействий внешней среды рта. На этом фоне восстановительные процессы протекают более активно, что оптимизирует условия для быстрого заживления раны вторичным натяжением.

Список литературы

1. Тимофеев А. А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. / А.А Тимофеев – К.:ООО Червона Рута, 2004. – 1062 с.
2. Бажанов Н.Н. Стоматология / Н.Н Бажанов. – М., «Медицина», 2002. – С. 140-150.
3. Верлоцкий А.Е. Удаление зубов и заживление экстракционной раны / А.Е. Верлоцкий – М.; Медгиз. – 1950. – 116 с.
4. Быкова И.А. Цитологическая характеристика отпечатков слизистой оболочки полости рта с применением индекса дифференцировки клеток / И.А. Быкова, А.А. Агаджанян, Г.В. Банченко // Лабораторное дело. – 1987. – №1. – С. 33-35.
5. Банченко, Г. В. Оценка уровня дифференцировки клеток эпителия в отпечатках с различных участков слизистой оболочки полости рта здоровых людей / Г. В. Банченко, О. Г. Акопян, А. А. Агаджанян и др. // Стоматология. – 1997. – № 1. – С. 12-14.
6. Техніка операції видалення зубів та їх коренів / О.Є Малевич, С.В. Кравченко, А.А. Світловський. та ін. – Днепропетровськ, 2003. – 72с.
7. Иорданишвили А.К. Профилактика и лечение осложненных, возникших после операции удаления зуба // Стоматолог.- 2001.- №3.- С. 19-21.
8. Платонов С.Б. Клинико-лабораторное обоснование применения клеевой биорезорбируемой повязки на альвеолярный отросток после операции удаления зуба: Квалификац. работа на магистра по спец. (14.01.22) "Стоматология" / МОЗ Украины: КГМУ им. С.И. Георгиевского. – Симферополь, 2004. – 56 с.
9. Безруков С.Г. Профилактика осложненной операции удаления зуба / С.Г. Безруков, Е.В. Хоменко. // Вісник стоматології. – 2008.- №1. – С. 112-113.
10. Schatz J.P, Fiore-Donno G., Henning G. Fibrinolytic alveolitis and its prevention. // Int. J. Oral. Maxillofac. Surg.- 1987 Apr;16(2):175-83.
11. Лапач С.Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel / С.Н. Лапач, А.В. Чубенко, П.Н. Бабич – К: Морион, 2001. – 407 с.

Поступила 16.05.11



УДК 616-07+616-08^617/53

**Н. В. Пилипюк, к. Мед. Н., Т. А. Гобжелянова,
А. Н. Чумаков, Д. Н. Пилипюк**

ЛОР – онкоотделение Одесской ГКБ №11

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЕННЫХ КИСТ И СВИЩЕЙ ШЕИ

Представлен анализ обследования, лечения и наблюдения 59 пациентов с врожденными кистами шеи в ЛОР-онкологическом отделении ГКБ № 11 за период с 2005 по 2009 гг. Все пациенты подвергнуты оперативному вмешательству. Приведены примеры использования разработанных алгоритмов диагностики и лечения редких или казуистических случаев ВКШ.

Ключевые слова: врожденные кисты шеи, локализация, диагностика, хирургическое лечение.

**М. В.Пилипюк, Т. О. Гобжелянова,
О. М. Чумаков, Д. М. Пилипюк**

Лор-онковідділення Одеської МКЛ № 11

ДІАГНОСТИКА І ЛІКУВАННЯ ПРИРОДЖЕНИХ КІСТ І СВИЩІВ ШІЙ

Наданий аналіз обстеження, лікування та спостереження 59 пацієнтів з природженими кістами шиї в ЛОР онкологічному відділенні МКЛ №11 за період з 2005 по 2009 роки. Усім пацієнтам було виконано оперативне втручання. Приведені приклади використання розроблених алгоритмів діагностики та лікування казуїстичних випадків ПКШ.

Ключові слова: природжені кісти шиї, локалізація, діагностика, хірургічне лікування.

**N. V. Pilipiuk, T. A. Gobzhelianaova,
A. N. Chumakov, D. N. Pilipiuk**

ENT – oncological department of Odessa MCH №11

DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF INNATE CYSTS AND FISTULAE OF NECK

The analyses of examination, treatment and observation of 59 patients with congenital cysts of the neck in ENT-oncology department of ODMU clinic during 5 last years are presented. All patients were treated surgically. There were given examples of the developed algorithms of diagnostics and treatment of rare or casuistic cases of congenital cysts of the neck.

Key words: congenital cysts of the neck, observation, diagnostic, surgical treatment.

Гистогенетически боковые, бранхиогенные кисты (БК) шеи относятся к дисэмбриональным образованиям и возникают при формировании жаберного аппарата. Во время органогенеза каудальная пролиферация второй жаберной дуги

© Пилипюк Н. В., Гобжелянова Т. А., Чумаков А. Н.,
Пилипюк Д. Н., Л. 2011

образует временную полость (цервикальный синус), которая в дальнейшем облитерируется. Неполная облитерация синуса приводит к образованию кисты [4, 6, 8, 9, 16].

Боковая киста шеи развивается преимущественно из второй жаберной щели и локализуется вентро-латерально от бифуркации общей сонной артерии [11, 19]. БК развиваются и клинически проявляются чаще всего в юношеском возрасте после наступления половой зрелости примерно до 30 лет, и, как исключение, могут появляться в пожилом возрасте. Характерным для них является медленный рост в течение довольно продолжительного времени.

Grignon F., Dubois J., Garel L. (1998) считают, что положение кисты впереди кивательной мышцы на уровне угла нижней челюсти является основным дифференциально-диагностическим критерием. Киста, как правило, бывает односторонней, но в 2 % случаев возможна двусторонняя локализация [4].

Крайне редко встречаются кисты 4-й бранхиальной расщелины, составляя около 2 % всех аномалий жаберного аппарата [13]. Своё начало киста берет из грушевидного синуса, затем он выходит из глотки выше гортанного нерва и щитовидного хряща, спускается вниз латеральнее трахеи и возвратного нерва в грудную клетку. Обогнув дугу аорты, поднимается на шею позади общей сонной артерии, а перед повторным спуском огибает подъязычный нерв и открывается на коже впереди от кивательной мышцы. Полный вариант аномалии казуистически редок. Обычно БК шеи локализуется в области нижнего полюса одной из долей щитовидной железы, чаще слева [14, 17, 18].

БК шеи 4-й бранхиальной дуги клинически проявляются в виде рецидивирующего воспалительного процесса в нижней трети шеи, нередко сопровождаемого развитием гнойного процесса.

Одним из рассматриваемых свойств врожденных кист шеи (ВКШ) является возможность возникновения в них рака. По морфологическому строению он может быть как плоскоклеточным ороговевающим, так и аденокарциномой. Частота возникновения этого заболевания у мужчин и женщин одинаковая, причём она выше у людей старше 50 лет [2, 5].

Срединные кисты и свищи являются результатом внутриутробного нарушения обратного развития щитовидно-язычного протока. Срединный зачаток щитовидной железы, располагающийся в подъязычной области, спускается затем на шею, проходя через подъязычную кость. По пути опускания зачатка остается эмбриональный ход, который в норме облитерируется. При отсутствии облитерации возникают полости – сре-

динные кисты шеи. Кисты могут располагаться на любом уровне не полностью облитерированного ductus thyreoglossus. Размеры кисты могут периодически изменяться, если сохранено сообщение с полостью рта через остаток щитовидно-язычного протока. В этих условиях возможно инфицирование кист с образованием абсцессов и последующим образованием свищей.

В литературе [3, 5, 7, 10, 16] описаны клинические наблюдения первичного рака из остатков щитовидно-язычного протока. Такой рак нередко перекидывается сопутствующей срединной кистой шеи в проекции преднадгортанникового пространства у тела подъязычной кости.

Дермоидная киста относится к группе тератом. Полость кисты заполнена продуктами саленных и потовых желез, слущенным эпителием. Эти кисты располагаются на местах слияния и зарастания эмбриональных борозд и полостей, идущих вглубь складок эпидермиса. Они образуются в результате нарушения закладки эктодермы, когда часть ее отделяется от основной массы. Такие кисты могут возникать под языком и в самом языке, под мышцами дна полости рта, в области корня носа, наружного и внутреннего углов орбиты и надбровной области. Они определяются по ограниченному выбуханию. Консистенция их мягкая, форма округлая или продолговатая. С кожей кисты не спаяны, подвижны; оболочка кисты может быть соединена с надкостницей. Диагностика дермоидных кист не представляет трудностей, так как эти кисты отличаются типичной локализацией.

Несмотря на их эмбриональное происхождение, они могут проявляться во всех возрастных группах.

Цель и задачи исследования. Приведенный краткий обзор данных литературы свидетельствует о том, что ВКШ встречаются во всех возрастных группах, не всегда своевременно диагностируются, могут подвергаться гнойному воспалению с образованием свищей, а также озлокачествляться.

Этим определяется актуальность своевременной диагностики и лечения больных с ВКШ.

В связи с указанным, определены цель и задачи настоящего исследования: - провести анализ литературы, провести клинико-лабораторно-инструментальных данных обследования и лечения больных с ВКШ и наметить подходы к преодолению затруднений при диагностике и лечении указанной группы больных.

Материалы и методы исследования. При постановке диагноза учитывались анамнестические данные, клинический осмотр, УЗИ, компьютерно-томографическое исследование, цитологическое исследование, гистологическое исследование, эндоскопическое исследование, эндоскопическая биопсия. При установлении диаг-

Из табл. 2 видно, что срединные кисты шеи чаще встречались у мужчин в возрасте от 20 до 50 лет (у 11 из 14 человек), чем у женщин того же возраста (у 4 из 9 человек). Подобная □ереднемерность выявлена и при анализе распределения боковых кист шеи: у 9 из 14 мужчин и у 8 из 15 женщин в возрасте от 20 до 50 лет. Локализация ВКШ была типичной.

Развитие бранхиогенного рака верифицировано гистологически в стенках удаленных кист у мужчины 49 лет и двух женщин 48 и 58 лет.

Частота ВКШ в наших наблюдениях по отношению к другим новообразованиям лица и шеи составила 5,1 %, что коррелирует с □ереми, приведенными в работах А.С. Киселева и соавт. [5], Ивасенко П. И. [2].

Срединные кисты располагаются по средней линии шеи между слепым отверстием языка и перешейком щитовидной железы. Срединные кисты, расположенные ниже подъязычной кости, обычно фиксированы к ней.

Киста растет медленно, имеет вид безболезненного округлого выпячивания, смещается при глотании только вверх, вслед за подъязычной костью, имеет гладкую поверхность, упруго эластическую консистенцию. Подвижность ее ограничена из-за связи с телом подъязычной кости. Кожа над ней не изменена, подвижна.

Кисты, расположенные в области подъязычной кости, над и под ней, при росте вызывают деформацию этого отдела шеи. Иногда удается определить плотный тяж, идущий от кисты к подъязычной кости и выше. Основная масса кист связана с телом подъязычной кости и только 5-7 % - с рогом подъязычной кости. Характерным для кист шеи является медленный рост в течение длительного времени. Наиболее часто промежуток времени от появления первых симптомов до обращения к врачу составлял от 6 месяцев до 3 лет – 97 (71 %) случаев, в одном случае – около 7 лет.

При нагноении кисты появляются боли. В этих случаях могут быть затруднены глотание и дыхание. В результате разрушения стенки кисты гнойно-воспалительным процессом образуются свищи. Среди срединных свищей шеи выделяют неполный наружный и неполный внутренний свищи. Вокруг наружного устья срединного свища кожа часто гиперемирована, рубцово изменена. Устье может временно закрываться. Отделяемое из свища скудное, с приемом пищи не связано. Наружное устье свища смещается вверх при глотании вслед за подъязычной костью. Зондирование свища затруднено из-за рубцов вокруг устья. При полном свище введенная жидкость изливается в полость рта через слепое отверстие корня языка.

Клинико – лабораторно-инструментальные данные обследования наблюдаемых пациентов послужили основанием для выбора оперативного лечения 59 больных с ВКШ.

Приводим ряд редко встречающихся вариантов ВКШ.

Мы наблюдали три неполных срединных свища. Один из них ятрогенного генеза, после трех нерадикальных удалений серединой кисты шеи, - операции выполнялись без резекции тела подъязычной кости; два других образовались в результате инфицирования кист с последующим абсцедированием.

В доступной литературе мы обнаружили сообщения о единичных случаях выявления пациентов с аберрацией щитовидных желез [7, 10, 16].

Довольно редким и интересным нам представляется следующий клинический случай срединной кисты шеи, в стенках которой находилась нормальная ткань щитовидной железы при типичном её расположении.

Больная Д., 31 года госпитализирована в отделение 21.01.08 г. с диагнозом: Срединная киста шеи. Считает себя больной в течение двух лет, с момента появления на шее образования мягкоэластической консистенции. В феврале 2007 г. обратилась к хирургу поликлиники с жалобами на наличие припухлости в области передней поверхности шеи. Больной было рекомендовано хирургическое лечение. В связи с заметным увеличением кисты в течение последних двух месяцев обратилась в отделение.

Общее состояние удовлетворительное. Внутренние органы без особенностей. Состав крови и мочи в норме. ЛОР органы без патологии. Регионарные лимфатические узлы не увеличены. При пальпации и УЗИ изменений в щитовидной железе не обнаружено. При пункционной биопсии образования под подъязычной костью получена мутноватая кистозная жидкость. При цитологическом исследовании выявлены клетки плоского эпителия, клетки холестерина, сегментоядерные лейкоциты в незначительном количестве.

22.01.08 г. произведено иссечение срединной кисты шеи с резекцией тела подъязычной кости. Патолого-гистологическое заключение (ПГЗ): стенки эктодермальной кисты, в толще которых – участки эктопированной щитовидной железы с ячейками папиллярного рака. Приведенные данные свидетельствуют о возможности дистопии нормальной ткани щитовидной железы и её □елигнизации.

В послеоперационном периоде заживление первичным натяжением. С целью решения вопроса тактики дальнейшего лечения больная была направлена на консультацию в Институт эндокринологии г. Киева.

Боковая киста – образование округлой формы, плотноэластической консистенции, с четкими границами, чаще односторонняя. Основным клиническим признаком при врожденных боковых кистах является появление округлого безболезненного, с четкими границами, медленно растущего новообразования в области переднего края кивательной мышцы, чаще всего в области средней трети. Кожа над боковой кистой подвижна, в цвете не изменена. Иногда боковые кисты шеи достигают больших размеров и вызывают ряд симптомов, связанных со сдавлением гортани, трахеи, сосудисто-нервного пучка шеи, отсюда дисфагия, затруднение дыхания, расстройство речи.

Значительные трудности возникают в процессе диагностики и лечения бранхиальных кист шеи. Это связано с тем, что бранхиальные кисты шеи из 4-й бранхиальной дуги могут имитировать патологию щитовидной железы, и их необходимо дифференцировать от других эмбриональных кист и кист парашитовидных желез и тимуса.

Отличительной особенностью боковой кисты шеи является наличие кистозной ножки, идущей по задней поверхности доли железы, вдоль трахеи и заканчивающейся в грушевидном синусе [1].

Приводим редкий клинический случай.

Больной С., 48 лет, 23.12.09 г. обратился в отделение с жалобами на наличие опухолевидного образования в области передней поверхности шеи справа, затруднённое носовое дыхание, головные боли. Со слов больного затрудненное носовое дыхание в течение длительного времени. Опухоль на шее появилась спонтанно год назад. За последние три недели отметил резкое увеличение опухоли (рис. 1). Диагностирована боковая киста шеи, опухоль носоглотки.



Рис. 1. Боковая киста шеи справа, исходящая из 4-й жаберной щели.

При обследовании на догоспитальном этапе общеклинические анализы были в пределах нормы.

23.12.09 г. эндоринскопия: в передних отделах носоглотки по средней линии определяется шарообразное, с гладкой поверхностью, багровой окраски, плотное, неподвижное, образование диаметром 2,5 см.

УЗИ от 23.12.09 г.: непосредственно у задней поверхности нижнего полюса правой доли щитовидной железы, латеральнее контура трахеи, определяется крупная (81x76x37мм) тонкостенная жидкостная полость с однородным содержимым. Киста проходит между латеральным контуром правой доли щитовидной железы и передне-медиальным контуром общей сонной артерии, оттесняя последнюю в дорзо-латеральном направлении. Признаков компрессии нет.

Компьютерная томография придаточных пазух носа (обследование выполнено на 4-х срезовом мультиспиральном томографе) от 23.12.09 г.: на серии срезов по средней линии полости носоглотки определяется округлое образование (2.2x2.1x2.6см) плотностью +14 +24 ед.Н, с четкими округлыми контурами. Патологии со стороны ППН не выявлено. КТ признаки кисты Торнвальда (рис. 2).



Рис. 2. КТ кисты Торнвальда, аксиальная проекция.

При тонкоигольной биопсии от 23.12.09 г. получена желтоватая, прозрачная жидкость с кристаллами холестерина. В результате цитологического исследования выявлены клетки плоского эпителия, клетки холестерина, единичные сегментоядерные лейкоциты.

Под эндотрахеальным наркозом 30.12.09 г. произведено иссечение боковой кисты шеи (рис. 3) и кисты носоглотки (кисты Торнвальда). Ножка бранхиогенной кисты была обнаружена только во время интраоперационной ревизии; она проходила вдоль трахеи, кпереди и лате-

ральнее от возвратного нерва и заканчивалась в области перстневидного хряща. Внутригрудной компонент бронхиогенной кисты шеи отсутствовал.



Рис. 3 Макропрепарат боковой кисты шеи развившейся из 4-й жаберной щели.

ПГЗ от 12.01.10 г. №383-88: соединительнотканная оболочка кисты с явлениями выраженного отёка, прослойками жировой клетчатки, наличием обильного количества кровеносных сосудов различного калибра с умеренно выраженной очаговой периваскулярной инфильтрацией. Эпителиальная выстилка представлена многослойным плоским эпителием.

ПГЗ №389-400: киста, внутренняя стенка которой выстлана призматическими клетками, в просвете слизь и полиморфноядерные лейкоциты. В субэпителиальном слое – слабовыраженное полнокровие и хроническое воспаление с формированием лимфоидных фолликулов с прилежащими участками лимфоидной ткани и грануляций.

Послеоперационный период – без осложнений.

Инфицирование бронхиогенной кисты в большинстве случаев приводит к образованию полных и неполных свищей, флегмон шеи, вялотекущих гнойно-воспалительных процессов [2, 3].

Мы наблюдали пациентку Ж., 57 лет, с инфицированной кистой, которая в течение 7 лет периодически лечилась антибиотиками и нестероидными противовоспалительными препаратами по поводу лимфоаденита. С подозрением на опухолевый процесс была направлена в отделение 29.11.07 г.

Внутренние органы без особенностей. Состав крови и мочи в норме. ЛОР- органы без патологии. Регионарные лимфатические узлы не увеличены. При пальпации и УЗИ изменений в щитовидной железе не обнаружено. При пункционной биопсии образования получена мутноватая кистозная жидкость. При цитологическом исследовании выявлены клетки плоского эпителия, клетки холестерина, сегментоядерные лей-

коциты в значительном количестве. Диагностирована боковая киста шеи слева.

30.11.07 г. произведено иссечение боковой кисты с припаянными к ней увеличенными лимфоузлами, клетчаткой, париетальным фасциальным листком сосудисто-нервного пучка шеи слева.

ПГЗ от 12.12.07 г.: в исследуемом материале опухолевый рост не обнаружен. Стенка эктодермальной кисты представлена волокнистой соединительной тканью с признаками хронического гранулематозного эпителиоидно-клеточного воспаления с абсцедированием. В эпителиальном слое – сегментоядерная инфильтрация.

Ткань лимфоузла с явлениями хронического гранулематозного эпителиоидно-клеточного лимфаденита. В окружающей фиброзно-мышечной и жировой ткани – явления выраженного склероза с наличием очаговых полиморфноклеточных воспалительных инфильтратов.

Заживление раны первичным натяжением.

Длительное неконтролируемое использование больными антибиотиков при лечении ВКШ может способствовать деструкции стенки кисты с вовлечением в процесс окружающих тканей. Возникающие изменения затрудняют диагностику и усложняют проведение хирургических вмешательств.

При полных свищах имеется наружное и внутреннее отверстие. При наличии свищевого отверстия, которое обычно расположено по переднему краю грудинно-ключично-сосцевидной мышцы на уровне ее средней трети, жалобы больных связаны с неудобством, возникающим из-за постоянного выделения слизисто-гнойного отделяемого из свища на коже. При пальпации определяется плотный тяж, идущий кверху в глубокие отделы шеи. Вначале свищевой ход располагается вдоль передне-внутреннего отдела влагалища сосудистого пучка, затем проходит между наружной и внутренней сонной артерией и отсюда, повернув медиально, он выходит между задним брюшком двубрюшной мышцы и подъязычным нервом к боковой стенке глотки. Расположено внутреннее отверстие боковых свищей шеи на уровне нижнего полюса миндалин или у основания языка позади небно-глоточной дужки.

Мы наблюдали и оперировали 3 пациентов с неполными боковыми свищами. После иссечения боковых свищей с последующим гистологическим исследованием, стенки последних были выстланы плоским эпителием с признаками акантоза и очагами хронической воспалительной инфильтрации в субэпителиальном слое.

При гистологическом исследовании операционного материала верифицирован бронхио-

генный рак: у женщин 49 и 58 лет и у мужчины 49 лет. Во всех выявленных случаях установлен плоскоклеточный рак. Первоисточник возможного метастазирования плоскоклеточного рака при проведенном обследовании не выявлен. После проведенного адекватного лечения пациенты выписаны в удовлетворительном состоянии без признаков опухолевого роста. Двое из них находятся под наблюдением. У пациентки 53 лет через год отмечено прогрессирование заболевания.

Анализ данных проведенного исследования позволяет сделать следующие выводы:

1. Несмотря на эмбриональное происхождение ВКШ, они могут быть обнаружены во всех возрастных группах, но чаще выявляются как у мужчин, так и женщин в возрасте от 20 до 50 лет.

2. Больные с ВКШ подлежат обязательному своевременному хирургическому лечению, в связи с тем, что у них могут развиваться гнойно-воспалительные изменения кисты с вовлечением в процесс окружающих тканей и образованием свищей, а также – малигнизация.

3. Варианты аберрации щитовидной железы при отсутствии явных клинических признаков патологии ЛОР органов требуют тщательной дифференциальной диагностики и нестандартных подходов оперативного лечения.

Дальнейшее накопление клинических наблюдений с последующим углубленным анализом послужит разработке рекомендаций по совершенствованию диагностики и лечения больных с врожденными кистами шеи.

Список литературы

1. **Дергачев А. И.**, Эхография в диагностике и лечении branхиальных кист шеи. /А. И. Дергачев, А. А. Ильин // Медицинский журнал "SonoAce International". Раздел: УЗИ поверхностно расположенных органов. – Медицинский радиологический научный центр, Обнинск, Россия. – 2001. -№ 9.
2. **Ивасенко П. И.** Эмбриональные кисты и свищи головы и шеи / П. И. Ивасенко, С. В.Иванова, В. А. Иванкович [и соав.] / Труды института стоматологии. – 1999. - № 1.
3. **Епишева Л. Р.** Врожденные кисты и свищи лица и шеи. / Л. Р. Епишева. – Ташкент: Медицина, 1976.– 89с.
4. **Кац А. Г.** К вопросу о патогенезе кератокист челюстей / А. Г. Кац, И. В. Скородумова, Д. А. Дорофеев // Российс. Стоматологический журн.- 2003.- № 1.- С. 4-6.
5. **Киселев А. С.** Бранхиогенные кисты и свищи лица и шеи. / А. С.Киселев, А. Р. Пажетнев // Российская оториноларингология. – 2007. – №5. – С. 91-95.
6. **Конов Д.** Киста, «флюс», абсцесс и флегмона / Д. Конов // Медиц. Бизнес. – 2005. – № 1. – С. 20–21.
7. **Пачес А. И.** Рак щитовидной железы /А. И. Пачес, Р. М. Пропп 2-е изд., перераб. И доп. М.: 1995 г., 370 с. Центр внедрения достижений науки и техники «Москва»
8. **Ушакова Н. И.** Врожденная киста шеи, осложнённая остеомиелитом подъязычной кости у девочки четырёх лет / Н. И. Ушакова, Е. А. Трошина // Вестник оториноларингологии. – 1996. – № 5. – С. 38.
9. **Ушаков Р. В.** // Квалификационный тест по стоматологии./ Р. Ушаков, И. Шугайло. – М. Росздрав, 2005. – 140 с..
10. **Чиж Г. И.** Еще раз об аберрации щитовидных желез / Г. Чиж, Ю. Ульянова // Вестник оториноларингологии. – 2007 – №2. – С. 61-62.
11. **Шакирова А. Т.** Сравнительная оценка лучевых методов диагностики одонтогенных кист верхней челюсти / А. Т Шакирова // Медиц. Визуализация. – 2002.- № 1.- С.28-33.
12. **Ahuja A. T., King A.T., Metreweli C.** Second branchial cleft cysts:variability of sonographic appearances in adult cases // Am. J. Neuroradiol, 2000, v. 21, N 2, p. 315-319.
13. **Chamdi S., Freedman A., Just N., et al.** Fourth branchial cleft cyst // J. Otolaryngol, 1992, v. 21, N 6, p. 447-449.
14. **Choi S.S., Zalzal G.H.** Branchial anomalies: a review of 52 cases. Laryngoscope, 1995, v. 105, N 9, p. 909-913.
15. **Fink L., Kohlhoff S., Magdalea M., Rose F., Akkayager F., Seeger W.** cDNA Array Hybridization after Laser-Assisted Microdissection from Nonneoplastic Tissue // American Journal of Pathology. – 2002. –Vol. 160, № 1. – P. 181–185.
16. **Josephson G. D., Spencer W. R.** Thyroglossal duct cyst: the New York Eye and Ear Infirmary experience and a literature review // Ear Nose Throat J. – 1998. – Vol.77. – P. 642-4, 646-7, 651.
17. **Takimoto T., Yoshizaki T., Ohoka. H.** et al. Fourth branchial pouch anomaly // J. Laryngol. Otol, 1990, v. 104, N 11, p. 905-907.
18. **Takimoto T., Itoh M., Furukawa M., et al.** Branchial cleft (pouch) anomalies: a review of 2 cases // Auris. Nasus. Larynx, 1991, v. 18, N1, p. 87-92.
19. **Turetschek K., Hospodka H., Steiner E.** Case report: epidermoid cyst of the floor of the mouth: diagnostic imaging by sonography, computed tomography and magnetic resonance imaging // Br. J. Radiol. – 1995. – Vol. 68, № 806. – P. 205–207.

Поступила 11.04.11

