

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Национальный вестник медицинских ассоциаций. 2026. Т. 3, № 2. С. 42-48

National Bulletin of Medical Associations. 2026;3(2):42-48

Научная статья / Original article

УДК 616–006.2

Белоцерковцева Лариса Дмитриевна^{1,2✉}, Присуха Игорь Николаевич¹,
Джафаров Ильнур Панахович¹, Присуха Марина Игоревна³

¹ Сургутский окружной клинический центр охраны материнства и детства, Сургут, Россия

² Сургутский государственный университет, Сургут, Россия

³ Тюменский государственный медицинский университет, Тюмень, Россия

✉ glav_kpc@admsurgut.ru

ВРОЖДЕННАЯ БОКОВАЯ КИСТА ШЕИ. ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ И ПРЕДСТАВЛЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТА ЛЕЧЕНИЯ

Аннотация. Боковая киста шеи, или бранхиогенная киста, синоним: киста жаберной щели (от греческих слов: *branchi* – жабры, *kystis* – пузырь) — является относительно редкой аномалией. Боковые кисты шеи встречаются гораздо реже срединных (тирео-глоссальных) кист и варьируют в среднем у одного из 2000–5000 новорожденных.

Цель. Представить клинический случай врожденной боковой кисты (бранхиогенной кисты) шеи у ребенка 9 лет и продемонстрировать эффективность диагностического алгоритма с применением контрастной фистулографии и двухдоступной хирургической техники.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ клинического наблюдения мальчика 9 лет с врожденной боковой кистой шеи справа, имевшей наружное свищевое отверстие. Пациенту выполнены: ультразвуковое исследование шеи, магнитно-резонансная томография (МРТ) шейных пространств, контрастная фистулография. Проведено хирургическое лечение с использованием двух оперативных доступов и интраоперационного окрашивания свищевого хода раствором бриллиантовой зелени. Выполнено патолого-гистологическое исследование удаленного препарата. Катамнез составил 10 месяцев.

Результаты. МРТ выявило кистозное образование размером 5,0 × 0,7 × 0,3 см с патологическим ходом к передней поверхности кожи шеи. Контрастная фистулография позволила уточнить направление, протяженность и топографо-анатомические взаимоотношения свищевого хода. Выполнена экстирпация боковой кисты со свищем справа с использованием двух доступов (в области наружного отверстия свища и в проекции средней трети кивательной мышцы). Интраоперационное окрашивание бриллиантовой зеленью обеспечило визуализацию свищевого хода и полноту иссечения. Патолого-гистологически подтвержден диагноз бранхиогенной кисты (выстилка многослойным плоским и цилиндрическим эпителием, лимфофолликулярная гиперплазия). Послеоперационный период протекал без осложнений, раны зажили первичным натяжением. При наблюдении в течение 10 месяцев признаков рецидива не отмечено, достигнут удовлетворительный косметический результат.

Заключение. Представленный клинический случай демонстрирует, что контрастная фистулография является ценным методом предоперационной диагностики полных боковых свищей шеи, позволяющим уточнить их анатомию. Выполнение двух оперативных доступов обеспечивает радикальное и безопасное иссечение свищевого хода в зоне его тесного прилегания к сосудисто-нервному пучку шеи. Интраоперационное окрашивание способствует полноте удаления и профилактике рецидивов.

Ключевые слова: бранхиогенная киста, врожденная боковая киста шеи, жаберные дуги, фистулография, два оперативных доступа, детская хирургия, клинический случай

Для цитирования: Врожденная боковая киста шеи. Описание клинического наблюдения и представление результата лечения / Л. Д. Белоцерковцева, И. Н. Присуха, И. П. Джафаров, М. И. Присуха // Национальный вестник медицинских ассоциаций. 2026. Т. 3, № 2. С. 42-48

ВВЕДЕНИЕ

Патология развития жаберного аппарата может встречаться в практике детского хирурга вариантами кист, свищей и синусов в области шеи. Возникновение условий для формирования боковых кист, свищей и синусов шеи происходит на 3–9 нед. внутриутробного развития зародыша человека. В результате нарушений эмбриональных закладок органов головы и шеи становятся возможными выпячивание и обособление фрагментов эпителиальных остатков нередуцированного бранхиогенного (жаберного) аппарата. Боковые кисты и свищи шеи являются сравнительно редкими аномалиями [1]. В подавляющем большинстве случаев (90–95%) боковые кисты и свищи шеи развиваются из второй жаберной щели. В детском возрасте боковые свищи шеи встречаются чаще, чем кисты. Боковые свищи шеи бывают полными и неполными (синусы). Полные боковые свищи шеи представляют собой непрерывный канал от кожи шеи до небной миндалины [2]. Хотя частота встречаемости боковых кист шеи относительно невысокая, они являются одними из наиболее распространенных врожденных аномалий шеи. Боковые кисты и свищи шеи формируются в среднем у одного из 2000–5000 новорожденных и составляют около 5–10% всех врожденных образований шеи. Боковые (бранхиогенные) кисты шеи встречаются реже, чем срединные (тиреоглоссальные) кисты, с приблизительным соотношением от 1:3 до 1:4.

Стенка боковых кист шеи, в отличие от дермоидных и срединных, состоит из плотной соединительной ткани со скоплением лимфоидной ткани в виде узлов, располагающихся субэпителиально. Эпизоды нагноений боковых кист шеи сопровождаются метаплазией, утолщением эпителиальной выстилки и ее ороговением. Эти изменения тканей боковых кист шеи позволяют относить их к внеорганным доброкачественным опухолям шеи с риском малигнизации (у 2,7% пациентов) [3]. Боковые кисты и свищи шеи требуют хирургического лечения с целью профилактики осложнений и рецидивов. Высокая перевязка свища является эффективным методом профилактики рецидива, что подтверждает необходимость полного иссечения без выполнения тонзиллэктомии [4]. Для диагностики кист шеи у детей необходимо выполнить комплексное обследование, включающее сбор анамнеза, физикальное обследование, ультразвуковое исследование [5] и МРТ шейных пространств [6]. Полные свищи второй жаберной дуги с внутренним и наружным отверстием являются редким вариантом этой аномалии, и в литературе описано еще меньше случаев, документированных с помощью компьютерной томографии (КТ) [2].

Клинически боковые кисты шеи представляют собой безболезненные мягкоэластические образования, расположенные вдоль переднего края грудинно-ключично-сосцевидной мышцы, которые могут увеличиваться при воспалении (нагноении). Своевременная диагностика и радикальное удаление обеспечивают благоприятный исход. Нельзя не учитывать, что боковые свищи технически сложны для удаления и при

неполном иссечении возможны рецидивы. Несмотря на все преимущества УЗИ и МРТ, выполнение контрастной фистулографии помогает уточнить анатомию свища, отличить полный свищ от неполного до хирургического лечения с целью профилактики рецидива заболевания из-за нерадикального иссечения оболочки свищевого хода. Интраоперационное окрашивание метиленовым синим с фибриновым клеем было предложено в качестве эффективного инструмента для отслеживания глубины хода, что способствует его окончательному иссечению [7].

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Ребенок Н., 9 лет, поступил с жалобами на появление образования в правой боковой области шеи. Со слов родителей, периодически обнаруживается капельное гноевидное отделяемое из точечного отверстия (свища), иногда пациент отмечает боли в данной области шеи.

Anamnesis vitae: без особенностей.

Anamnesis morbi: в течение нескольких лет (с раннего детства сына) мать ребенка отмечала точечное отверстие на коже в правой половине шеи, в нижней трети одноименной ключичной мышцы – ближе к грудине.

Status praesens: общее состояние относительно удовлетворительное. Аускультативно: над всей поверхностью легких выслушивается везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца ясные, правильного ритма, громкие, шумов нет. АД 110/70 мм рт. ст., пульс 78 ударов в минуту. По внутренним органам патологических отклонений не выявлено.

Status localis: в области шеи справа, по внутреннему краю рельефа m. sternocleidomastoideus dextra, вблизи грудинного конца ключицы визуально и пальпаторно определяется округлое объемное образование размерами около 0,5 см в диаметре; над условным центром образования на поверхности шеи имеется точечное отверстие около 1 мм в диаметре, при надавливании отделяемого нет. Пальпация несколько болезненна. Кожа над ним не изменена.

Инструментальное исследование: УЗИ шеи: в предполагаемой проекции свища отчетливых признаков соединительнотканного хода не выявлено.

На серии МР-томограмм, взвешенных по T1 и T2 ВИ в трех проекциях с жироводавлением, определяется кистозное образование ниже уровня подъязычной кости, спереди от сонного пространства справа, размером 5,0 × 0,7 × 0,3 см, структура достаточно однородная (изоинтенсивный МР-сигнал по T1, гиперинтенсивный по T2), контуры четкие и ровные, с патологическим ходом на переднюю поверхность кожи шеи ниже щитовидной железы.

Обследование дополнено контрастной фистулографией с целью определения направления и протяженности, разветвления и связи свища с окружающими структурами и органами шеи. Через тонкий катетер в наружное отверстие свища введено контрастное йодсодержащее водорастворимое вещество. При исследовании использованы полипозиционный осмотр и функциональные пробы (глотание, наклон головы и т. д.) (рисунок 1).



Рисунок 1 – Контрастная фистулография полного бокового свища шеи справа у ребенка 9 лет. Стрелкой указан свищевой ход, контрастированный водорастворимым йодсодержащим препаратом (омнипак 300, 2 мл). Видно направление хода от наружного отверстия вверх и медиально, к стенке глотки. Функциональная проба с наклоном головы не выявила смещения хода

Оперативное вмешательство. Пациенту выполнена операция экстирпации врожденной боковой кисты (свища): в области грудинной ножки *m. sternocleidomastoideus dextra* через свищевое отверстие киста заполнена раствором бриллиантовой зелени. При заполнении по внутреннему краю кивательной мышцы (в средней трети) визуальное и пальпаторно определялось округло-веретеновидное расширение (киста) размерами до 5,0 × 1,5 см. Двумя окаймляющими разрезами иссечен листовидный лоскут кожи со свищевым отверстием — первый оперативный доступ.

Свищ послойно мобилизован из рыхлых связей с окружающими тканями и прослежен на протяжении приблизительно 6 см до уровня пересечения с *a. carotis communis*. В проекции средней трети кивательной мышцы в кожной складке выполнен поперечный разрез кожи — второй оперативный доступ. Послойно тупо и остро рассечены фасции шеи и разведены мышцы над кистой, которая выделялась из окружающих тканей темно-зеленой окраской. Ранее выделенный свищевой ход перемещен из первой операционной раны во вторую. Киста со свищевым ходом выделена на всем протяжении и у глотки отсечена — выполнена экстирпация боковой кисты со свищом справа.

Макропрепарат направлен на патогистологическое исследование. Культия канала коммуникации с полостью глотки высотой до 0,5 см и до 0,6 см в диаметре (прокрашена изнутри бриллиантовой зеленью) взята на зажим и перевязана на обе стороны. Гемостаз по ходу операции. Кровопотеря минимальная. Счет салфеток и инструментов — все в наличии. Через первую операционную рану к месту коммуникации с глоткой установлен резиновый выпускник. Наложен внутрикожный шов на второй оперативный доступ.

Послеоперационный период протекал благополучно, без хирургических осложнений. После удаления резинового выпускника, выведенного через нижнюю рану (первый оперативный доступ), слизистых выделений не было. Раны зажили первичным натяжением.

Гистологическое исследование не выявило специфических изменений стенки кисты (рисунок 2).

Пациент находится под наблюдением у лечащего врача. Катамнез 10 мес. — жалоб не предъявляет, признаков рецидива заболевания нет (рисунок 3).

Косметический эффект при выполнении двух доступов на шее: а) первый оперативный доступ (в месте иссечения наружного отверстия свища и стояния резинового выпускника); б) второй оперативный доступ (в месте наибольшей близости свища к сосудисто-нервному пучку шеи).

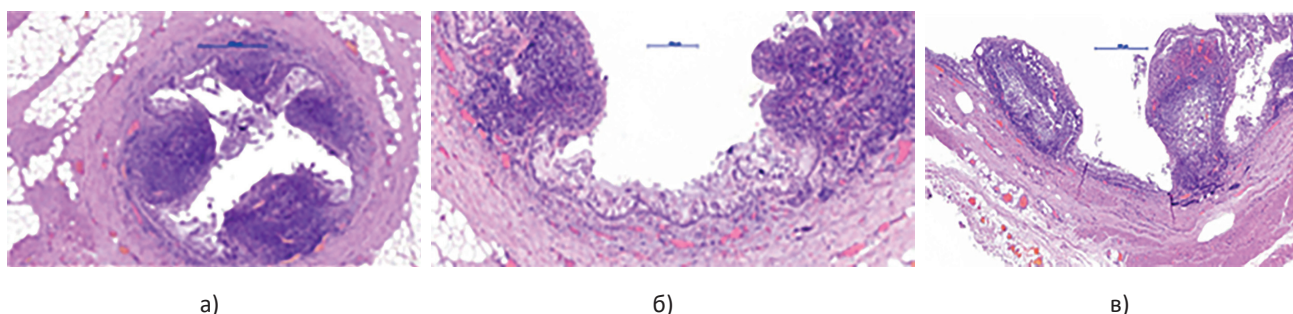


Рисунок 2 – Микрофото патогистологических препаратов боковой кисты шеи. Примечание: а) окраска гематоксилин-эозином, ×10. Определяется ход, сообщаящийся с поверхностью кожи и выстланный многослойным плоским эпителием; б) окраска гематоксилин-эозином, ×10. Определяется киста, стенка которой представлена соединительной тканью. Вокруг кисты — островки жировой ткани и поперечно-полосатая мышечная ткань. Выстилка кисты покрыта преимущественно многослойным плоским эпителием, частично выстлана цилиндрическим эпителием с муцинозными клетками; в) окраска гематоксилин-эозином, ×5. Просвет содержал слизь, десквамированный эпителий и нейтрофилы. Эпителий образует множественные выросты вследствие лимфофолликулярной гиперплазии с формированием светлых центров местами, а также вследствие лимфоплазмочитарной инфильтрации



Рисунок 3 – Осмотр в катмнезе

ОБСУЖДЕНИЕ

Представленное клиническое наблюдение демонстрирует успешную диагностику и хирургическое лечение полного бокового свища шеи (бранхиогенной кисты) у ребенка 9 лет. Боковые кисты и свищи шеи являются врожденными аномалиями, возникающими вследствие нарушений редукции жаберного аппарата на 3–9-й неделе эмбриогенеза [1]. Несмотря на относительную редкость (1 на 2000–5000 новорожденных), они составляют около 5–10% всех врожденных образований шеи и требуют обязательного хирургического лечения ввиду риска нагноения, рецидивов (до 4,17% при неполном иссечении) и потенциальной малигнизации (до 2,7%) [3]. В детском возрасте боковые свищи встречаются чаще, чем изолированные кисты, причем в 90–95% случаев они развиваются из второй жаберной щели [1, 2, 8, 9].

Вопрос о выборе оптимального метода предоперационной визуализации при боковых свищах шеи остается дискуссионным. Большинство авторов рекомендуют ультразвуковое исследование [5] и магнитно-резонансную томографию [6] для оценки взаимоотношений свищевого хода с сосудисто-нервным пучком шеи. Однако, как показало наше наблюдение, ни УЗИ (отсутствие четкой визуализации соединительнотканного хода), ни МРТ (хорошая визуализация кистозного компонента, но недостаточная для тонких свищевых ходов) не позволили полностью определить протяженность и направление свища. Выполнение контрастной фистулографии, на наш взгляд, является «золотым стандартом» для дифференциальной диагностики полных и неполных свищей, а также для планирования объема операции. Аналогичного мнения придерживаются и другие авторы, указывая, что контрастная фистулография помогает уточнить анатомию свища и отличить полный свищ от неполного до хирургического лечения [2, 4]. В нашем случае фистулография позволила не только подтвердить наличие свищевого хода, но и оценить его направление, протяженность и взаимоотношения

с окружающими структурами, что определило выбор двухдоступной хирургической техники.

Ключевой технической проблемой при удалении полных боковых свищей шеи является их анатомическая близость к сосудисто-нервному пучку (общей сонной артерии, внутренней яремной вене и блуждающему нерву). Выделение свищевого хода на всем протяжении из одного доступа технически сложно и сопряжено с риском повреждения этих структур, особенно в средней трети кивательной мышцы, где свищ проходит в непосредственной близости от них. В связи с этим многие хирурги предлагают использовать два оперативных доступа: первый — в области наружного отверстия свища, второй — в проекции средней трети грудино-ключично-сосцевидной мышцы [4, 10]. Наше наблюдение подтверждает целесообразность такого подхода: первый доступ позволил иссечь наружное отверстие и мобилизовать дистальную часть свища, второй — безопасно выделить его проксимальную часть в зоне прилегания к сосудисто-нервному пучку. Дополнительным преимуществом второго доступа, выполненного в кожной складке, является хороший косметический результат (рисунок 3).

Для облегчения идентификации свищевого хода и контроля полноты его иссечения рядом авторов предложено интраоперационное окрашивание метиленовым синим с фибриновым клеем [7]. Однако, метиленовый синий быстро диффундирует в окружающие ткани, снижая контрастность, тогда как бриллиантовая зелень дает более стойкое и локальное окрашивание. В нашем наблюдении мы использовали раствор бриллиантовой зелени, который, на наш взгляд, обладает рядом преимуществ: доступность, низкая стоимость, хорошая визуализация на фоне окружающих тканей и отсутствие необходимости в дополнительных реактивах. В Российской Федерации бриллиантовая зелень является стандартным антисептиком и имеется в каждом операционном блоке, что упрощает логистику. Окрашивание позволило четко проследить ход свища на всем протяжении (около 6 см) до уровня пересечения с общей сонной артерией, а также визуализировать кистозное расширение в средней трети (рис. 3а, 3б). Полнота удаления подтверждена отсутствием рецидива в течение 10 месяцев наблюдения.

Частота рецидивов после удаления боковых свищей шеи, по данным разных авторов, варьирует от 0 до 4,17% и напрямую зависит от радикальности иссечения [3, 4]. J.Nouas и соавт. (2025) подчеркивают, что высокая перевязка свища является эффективным методом профилактики рецидива, и тонзиллэктомия не является обязательной [4]. В нашем наблюдении культя канала у глотки была перевязана на высоте около 0,5 см, что соответствует рекомендациям и не потребовало тонзиллэктомии.

В литературе описаны попытки склеротерапии и лазерной коагуляции при кистах шеи, однако эти методы неприменимы при полных свищах из-за невозможности контролировать полноту облитерации всего свищевого хода. Кроме того, при наличии наружного

отверстия существует высокий риск рецидива. Таким образом, радикальное хирургическое иссечение остается единственным приемлемым методом лечения полных боковых свищей шеи у детей.

Ограничения данного исследования. Необходимо отметить ряд ограничений, присущих нашей работе. Во-первых, это единичный клинический случай, что не позволяет делать широкие популяционные обобщения. Во-вторых, ретроспективный дизайн ограничивает возможность контроля всех вмешивающихся факторов. В-третьих, катамнез составляет лишь 10 месяцев — этого срока может быть недостаточно для окончательного исключения рецидива, так как в литературе описаны случаи рецидивирования через 1–2 года после операции.

ВЫВОДЫ

1. Контрастная фистулография является методом выбора для предоперационной диагностики полных боковых свищей шеи у детей, позволяя точно определить анатомию свищевого хода и выбрать оптимальную хирургическую тактику.
2. Выполнение двух оперативных доступов (в области наружного отверстия свища и в проекции средней трети грудино-ключично-сосцевидной мышцы) обеспечивает радикальное и безопасное иссечение свища на всем протяжении, в том числе в зоне его прилегания к сосудисто-нервному пучку шеи.
3. Интраоперационное окрашивание свищевого хода способствует полноте удаления и профилактике рецидивов; представленное наблюдение с катамнезом 10 месяцев подтверждает эффективность предложенной тактики.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ / REFERENCES

1. Киселев А.С., Морозов А.Д., Харламов Д.А. Бранхиогенные боковые кисты шеи // Российская оториноларингология. 2018. № 4. С. 48–53. DOI: 10.18692/1810-4800-2018-4-48-53.
Kiselev A.S., Morozov A.D., Kharlamov D.A. Branchiogenous lateral cysts of neck. *Rossiiskaya otorinolaringologiya = Russian Otorhinolar-*

ngology. 2018;(4):48-53. (In Russ.) DOI: 10.18692/1810-4800-2018-4-48-53.

2. King J., Mitchell B. Computed Tomography Findings of Complete Branchial Cleft Fistula // *Ear, Nose & Throat Journal*. 2022. Vol. 101, No. 4. P. NP146-NP148. DOI: 10.1177/0145561320956482.
3. Миранович С.И., Черченко Н.Н. Особенности хирургического лечения врожденной боковой кисты шеи больших размеров: случай из практики // Современная стоматология. 2015. № 1. С. 63–64.
Miranovich S.I., Cherchenko N.N. Features of surgical treatment of congenital large lateral neck cyst: a case report. *Sovremennaya stomatologiya = Modern Dentistry*. 2015;(1):63-64. (In Russ.)
4. Houas J., Ghammam M., Arfi T.B., Boukattaya I. Second branchial cleft anomalies: Surgical management and long-term outcomes in a pediatric case series // *International Journal of Surgery Case Reports*. 2025. Vol. 129. P. 111184. DOI: 10.1016/j.ijscr.2025.111184.
5. Rankovic N., Todorovic J., Simic R. Clinical and ultrasound characteristics of pediatric lateral neck masses // *PLoS One*. 2021. Vol. 16, No. 5. P. e0251563. DOI: 10.1371/journal.pone.0251563.
6. Sun N., Pang W., Zhang X. Main features and treatments of cervical cysts in children from a single-center experience // *BMC Surgery*. 2025. Vol. 25, No. 1. P. 82. DOI: 10.1186/s12893-025-02791-2.
7. Habib D.R.S., Jamal N.H., Patel K. Perioperative Outcomes of Branchial Cleft Sinus Tract Excision in Pediatric Patients Without the Use of Intraoperative Dye // *Annals of Otolaryngology & Laryngology*. 2025. Vol. 134, No. 4. P. 245–248. DOI: 10.1177/00034894241303021.
8. Vrinceanu D., Sajin M., Dumitru M., Mogoantă C.A. Current approach to branchial remnants in the neck // *Romanian Journal of Morphology and Embryology*. 2022. Vol. 63, No. 3. P. 485–490. DOI: 10.47162/RJME.63.3.02.
9. Pupiĉ-Bakraĉ J., Pupiĉ-Bakraĉ A., Novaković J., Skitarelić N. Congenital neck masses // *Journal of Craniofacial Surgery*. 2021. Vol. 32, No. 4. P. 1417–1420. DOI: 10.1097/SCS.00000000000007122.
10. Ленкова И.И., Пархимович Н.П. Особенности хирургического лечения боковых врожденных кист шеи // Материалы научной сессии Белорусского государственного медицинского университета. Минск: БГМУ; 2022. С. 25–28.
Lenkova I.I., Parkhimovich N.P. Features of surgical treatment of congenital lateral neck cysts. In: *Proceedings of the Scientific Session of the Belarusian State Medical University*. Minsk: BSMU; 2022. p. 25-28. (In Russ.)

Сведения об авторах и дополнительная информация

Белоцерковцева Лариса Дмитриевна — Президент БУ ХМАО-Югры «Сургутский окружной клинический центр охраны материнства и детства», заведующий кафедрой акушерства, гинекологии и перинатологии Сургутского государственного университета, Сургут, д. м. н., профессор, e-mail: glav_kpc@admsurgut.ru.

Присуха Игорь Николаевич — заведующий детским хирургическим отделением № 1 БУ ХМАО-Югры «Сургутский окружной клинический центр охраны материнства и детства», Сургут, к. м. н.

Джафаров Ильнур Панахович — заведующий детским хирургическим отделением № 3 БУ ХМАО-Югры «Сургутский окружной клинический центр охраны материнства и детства», Сургут.

Присуха Марина Игоревна — студентка 5 курса стоматологического факультета ФГБУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России, Тюмень.

Конфликт интересов.

Авторы заявляют об отсутствии потенциального или явного конфликта интересов.

Authors and additional information

Larisa Dmitrievna Belotserkovtseva, President of the Khanty-Mansiysk Autonomous Okrug-Yugra State Budgetary Institution «Surgut District Clinical Center for Maternal and Child Health,» Head of the Department of Obstetrics, Gynecology, and Perinatology at Surgut State University, Surgut, Doctor of Medical Sciences, Professor, e-mail: glav_kpc@admsurgut.ru.

Igor Nikolaevich Prisukha, Head of the Pediatric Surgical Department No. 1 at the Khanty-Mansiysk Autonomous Okrug-Yugra State Budgetary Institution «Surgut District Clinical Center for Maternal and Child Health,» Surgut, PhD.

Ilnur Panakhovich Dzhaфарov, Head of the Pediatric Surgical Department No. 3, Surgut Regional Clinical Center for Maternal and Child Health, Surgut.

Marina Igorevna Prisukha, 5th-year student, Faculty of Dentistry, Tyumen State Medical University, Ministry of Health of the Russian Federation, Tyumen.

Conflict of Interest.

The authors declare that there is no conflict of interest, either existing or potential.

Соответствие принципам этики.

Клиническое наблюдение выполнено с соблюдением принципов Хельсинкской декларации. От законного представителя пациента получено добровольное информированное согласие на оперативное вмешательство и письменное согласие на публикацию клинического случая с иллюстративными материалами. Данные обезличены, конфиденциальность пациента соблюдена.

Вклад авторов.

Белоцерковцева Л. Д. — научное руководство, редактирование текста, утверждение финальной версии; Присуха И. Н., Джафаров И. П. — концепция и дизайн исследования, хирургическое лечение, анализ данных, написание текста, подготовка иллюстраций; Присуха И. Н., Джафаров И. П. — сбор клинических данных, участие в оперативном лечении; Присуха М. И. — анализ литературных данных.

Финансирование.

Исследование не имело финансовой поддержки.

Сведения о соблюдении этических требований и отсутствии использования ИИ при написании статьи.

Авторы заявляют, что этические требования соблюдены, текст не сгенерирован нейросетью.

Благодарности.

Авторы выражают благодарность коллективу детского хирургического отделения №1 и №3 БУ ХМАО-Югры «Сургутский окружной клинический центр охраны материнства и детства» за помощь в ведении пациента и организацию лечебного процесса. Особая благодарность родителям пациента за согласие на публикацию клинического наблюдения и предоставление возможности для научного обобщения опыта.

Статья поступила в редакцию 21.03.2026. Одобрена после рецензирования: рецензия 1 – 14.04.2026; рецензия 2 – 23.05.2026. Принята к публикации 04.07.2026.

Ethics Approval.

This case report was conducted in accordance with the principles of the Declaration of Helsinki (1964, revised in 2013) and the relevant Russian Federation legislation on health protection. Written informed consent for the surgical intervention was obtained from the patient's legal representative (mother) in accordance with the standard of care. Written informed consent for the publication of this case report and accompanying images (photographs and ultrasound findings) was also obtained. All data were anonymized to ensure patient confidentiality.

Author contributions.

Belotserkovtseva L. D. — scientific supervision, manuscript editing, approval of the final version, Priskha I. N., Dzhaferov I. P. — conception and design of the study, surgical treatment, data analysis, writing of the manuscript, preparation of illustrations, Priskha I. N., Dzhaferov I. P. — collection of clinical data, participation in surgical treatment, Priskha M. I. — literature review.

Funding.

The study received no financial support.

Information on compliance with ethical requirements and the absence of the use of AI in the writing of this article.

The authors declare that ethical requirements have been met and the text was not generated by a neural network.

Acknowledgments.

The authors express their gratitude to the staff of Pediatric Surgery Departments No. 1 and No. 3 of the Surgut District Clinical Center for Maternal and Child Health Protection (Khanty-Mansiysk Autonomous Okrug–Yugra) for their assistance in patient management and organization of the treatment process. Special thanks are extended to the patient's parents for their consent to the publication of the clinical case and for providing the opportunity for scientific generalization of experience.

Received by the editors 21.03.2026. Approved after reviewing: Review 1 – 14.04.2026; Review 2 – 23.05.2026. Accepted for publication 04.07.2026.

Larisa D. Belotserkovtseva^{1,2✉}, Igor N. Priskha¹, Ilsur P. Jafarov¹, Marina I. Priskha³

¹ Surgut District Clinical Center for Maternal and Child Health, Surgut, Russia

² Surgut State University, Surgut, Russia

³ Tyumen State Medical University, Tyumen, Russia

✉ glav_kpc@admsurgut.ru

CONGENITAL LATERAL NECK CYST. CASE REPORT AND TREATMENT OUTCOMES

Abstract. A lateral neck cyst, also known as a branchiogenic cyst or branchial cleft cyst (from the Greek words: *branchi* — gills, *kystis* — bladder), is a relatively rare anomaly. Lateral neck cysts are much less common than median (thyroglossal) cysts and occur on average in one in 2,000–5,000 newborns.

Objective. To present a clinical case of a congenital lateral neck cyst (branchiogenic cyst) in a 9-year-old child and to demonstrate the effectiveness of the diagnostic algorithm using contrast fistulography and a two-incision surgical technique.

Materials and methods. A retrospective analysis of a clinical observation of a 9-year-old boy with a congenital right-sided lateral neck cyst with an external fistulous opening was performed. The patient underwent ultrasound examination of the neck, magnetic resonance imaging (MRI) of the neck spaces, and contrast fistulography. Surgical treatment was performed using two surgical approaches and intraoperative staining of the fistula tract with brilliant green solution. Pathohistological examination of the resected specimen was performed. The follow-up period was 10 months.

Results. MRI revealed a cystic mass measuring 5.0 × 0.7 × 0.3 cm with a pathological tract extending to the anterior skin surface of the neck. Contrast fistulography allowed clarification of the direction, length, and topographic-anatomical relationships of the fistula tract. Extirpation of the lateral neck cyst with the fistula on the right side was performed using two approaches (at the site of the external fistulous opening and in the projection of the middle

third of the sternocleidomastoid muscle). Intraoperative staining with brilliant green ensured visualization of the fistula tract and completeness of excision. Pathohistological examination confirmed the diagnosis of a branchiogenic cyst (lined by stratified squamous and columnar epithelium with lymphofollicular hyperplasia). The postoperative period was uneventful, and the wounds healed by primary intention. During 10 months of follow-up, no signs of recurrence were observed, and a satisfactory cosmetic result was achieved.

Conclusion. This clinical case demonstrates that contrast fistulography is a valuable method for preoperative diagnosis of complete lateral neck fistulas, allowing clarification of their anatomy. The use of two surgical incisions ensures radical and safe excision of the fistula tract in the area of its close proximity to the neurovascular bundle of the neck. Intraoperative staining facilitates complete removal and prevents recurrence.

Keywords: branchiogenic cyst, congenital lateral neck cyst, branchial arches, fistulography, two surgical approaches, pediatric surgery, case report

先天性颈部侧方囊肿。临床病例报告及治疗结果展示。

侧颈部囊肿，或鳃源性囊肿，同义词：鳃裂囊肿（源自希腊语：BRANCHIA 意为鳃，KYSTIS 意为囊肿）是一种相对罕见的异常。侧颈部囊肿远较正中（甲状舌管）囊肿少见，平均每2000–5000名新生儿中约有1例发生。

目的. 报告一例9岁儿童先天性侧颈部囊肿（鳃源性囊肿）的临床病例，并展示应用造影瘘管造影术和双入路手术技术的诊断算法的有效性。

材料与方法. 对一名9岁男孩的临床观察进行回顾性分析，该患儿患有右侧先天性侧颈部囊肿，并伴有外瘘口。患者接受了以下检查：颈部超声检查、颈部间隙磁共振成像（MRI）、造影瘘管造影术。采用两种手术入路及术中瘘管通道亮绿溶液染色进行手术治疗。对切除的标本进行了病理组织学检查。随访期为10个月。

结果. MRI显示一个大小为5.0×0.7×0.3厘米的囊性病变，有一条病理通道延伸至颈部前方皮肤表面。造影瘘管造影术明确了瘘管通道的方向、长度及局部解剖关系。采用两种入路（在外瘘口处及胸锁乳突肌中段投影区）行右侧侧部囊肿伴瘘管切除术。术中亮绿染色确保了瘘管通道的可视化和完全切除。病理组织学证实了鳃源性囊肿的诊断（衬里为复层鳞状上皮和柱状上皮，淋巴滤泡增生）。术后过程顺利，伤口一期愈合。10个月的随访中未见复发迹象，达到了满意的美容效果。

结论. 本临床病例表明，造影瘘管造影术是完全性侧颈部瘘管术前诊断的一种有价值的方法，能够明确其解剖结构。采用两种手术入路可确保在与颈部血管神经束紧密相邻的区域进行根治性且安全的瘘管切除。术中染色有助于完全切除和预防复发。

关键词：鳃源性囊肿，先天性侧颈部囊肿，鳃弓，瘘管造影术，两种手术入路，小儿外科，临床病例。