СВОЕВРЕМЕННАЯ, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НЕОРГАННЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ШЕИ У ДЕТЕЙ

Насретдинов З.Т.
Андижанский Государственный Медицинский Институт
ассистент кафедры «Челюстно-лицевой хирургии»
https://doi.org/10.5281/zenodo.24034349

The author describes patients with neck cysts, lymphangiomas, citing literature data and his own experience; the results of the analysis of 87 cases are adduced. Differential diagnostics, contemporary examination techniques, and peculiarities of treatment of these diseases are described.

В практике детского челюстно-лицевого хирурга наиболее часто встречаются следующие неорганные образования шеи: срединные, боковые и дермоидные кисты, срединные свищи лимфангиомы.

Клиническая картина отдельных заболеваний широко описана [1, 3, 7, 9, 12], однако ошибки и осложнения в лечении данной группы пациентов встречаются до сих пор.

Сходная клиническая картина, способность этих образований симулировать воспалительные процессы представляют определенную трудность для их диагностики и, следовательно, — лечения. Неправильная тактика ведения пациентов приводит к рецидиву процесса, неоднократным оперативным вмешательствам. Особенно часто проблемы возникают в случае обращения пациентов не к челюстно-лицевым, а к детским хирургам, не знакомым с особенностями клиники неорганных образований шеи.

Целью нашей работы явилось улучшение качества оказания помощи детям с неорганными образованиями шеи.

Для достижения данной цели были поставлены следующие задачи:

1. Изучение историй болезни пациентов, оперированных в отделении пластической челюстно-лицевой хирургии Областной центральной многопрофильной детской клинической больницы г. Андижана с срединными, боковыми, дермоидными кистами шеи, срединными свищами лимфангиомами за 2017—2026 гг.
2. Выявление сходных и дифференциальных диагностических признаков.
3. Оценка эффективности применяемых методов диагностики и лечения.

Материалы и методы

Изучено 87 историй болезни, из них 40 пациента со срединной кистой шеи, срединным свищом 7 пациентов с боковой кистой шеи, 18 с дермоидной кистой шеи, 16 с лимфангиомой 13,

Распределение пациентов по полу и возрасту представлено в таблице.

Всем пациентам проводили ультразвуковое исследование (УЗИ) образования. Все пациенты были оперированы. Удаленные ткани после всех операций направляли на патогистологическое исследование для верификации диагноза.

Распределение пациентов по полу и возрасту

Нозологическая форма	Пол		Возраст, годы					Итого
	М.	Ж.	до 1	1–3	4–7	8–10	11–15	
Срединная киста	18	22	–	4	17	9	10	40

Нозологическая форма	Пол		Возраст, годы					Итого
	М.	Ж.	до 1	1–3	4–7	8–10	11–15	
Срединный свищ шеи	2	5			4	1	2	7
Боковая киста	6	12	–	–	3	5	10	18
Дермоидная киста	5	11	–	2	10	2	2	16
Лимфангиома	7	6	2	3	5	2	1	13
Всего	38	49	2	9	39	19	25	87

Результаты и обсуждение

Срединная киста шеи принадлежит к аномалиям развития жаберных дуг и их производных (щитовидная и вилочковая железы).

Считается, что они развиваются вследствие задержки обратного развития (редукции) внутриутробно существующего щитоязычного протока (он простирается от слепого отверстия языка до тиреоидной железы). Если этот проток не подвергается обратному развитию, то он может трансформироваться в такие дериваты, как пирамидальный отросток щитовидной железы, добавочные щитовидные железы, кисты и свищи. Воздействие неблагоприятных факторов на эмбрион на 6-7-й неделе развития создает предпосылки для формирования срединных кист.

Обычно родители замечают такую кисту в возрасте 4-7 лет или позже — в 10-14 лет, что вероятно связано с гормональной перестройкой организма.

Киста располагается по средней линии шеи на уровне подъязычной кости, выше или ниже ее в виде мягко эластического округлого образования, покрыта неизменной кожей и не спаяна с ней. Киста может быть величиной от лесного ореха до грецкого. Подвижность ее ограничена, при глотании смещается вверх из-за связи с подъязычной костью. Киста может нагнаиваться, после ее вскрытия формируется свищ, идущий от наружного отверстия к подъязычной кости, реже — к корню языка. Стенка кисты состоит из волокнистой соединительной ткани с включенными в нее тканью щитовидной железы и слизистыми железами, лимфоидными фолликулами. Полость кисты выстлана мерцательным, плоским или смешанным эпителием. В ране киста покрыта тонкой оболочкой, при рассечении которой истекает густая слизистая жидкость от светло- до темно-желтого цвета.

Срединный свищ шеи — это следствие незаращения щито-язычного протока, о чем свидетельствует его связь с подъязычной костью и слепым отверстием языка (в области корня языка). Такой свищ — первичный. Свищ, сформировавшийся в результате нагноения срединной кисты — вторичный. Необходимо знать, что свищ может открыться не только на коже, но и в области корня языка или глотки и «сброс» гнойного содержимого происходить в глотку.

Боковые жаберные кисты – порок развития, в эмбриональном периоде остается часть второго жаберного кармана. Бывают как односторонними, так и двухсторонними.

Кисты располагаются в верхней или средней трети шеи, по краю грудинно-ключично-сосцевидной мышцы. Пациенты жалуются на наличие безболезненного образования. Боковые кисты могут достигать довольно больших размеров, в этом случае они могут сдавливать сосуды, нервы и другие анатомические образования шеи. При пальпации образования мягкоэластические, малоподвижны. При УЗИ лоцируется жидкостное образование. Кисты могут быть многокамерными. Иногда образование самопроизвольно вскрывается и тогда формируется свищ со скудным серозным отделяемым - через свищ киста сообщается с глоткой или открывается на коже. Свищи могут быть полными и неполными. Полный свищ имеет два отверстия – в глотке, в области миндалин и на коже, в проекции грудинно-ключично-сосцевидной мышцы. Неполный свищ открывается только с какой-либо одной стороны.

Дермоидная киста на шее по сравнению с другими локализациями встречается относительно редко. Любые новообразования всегда вызывают беспокойство, так как их появление обычно связывают с онкологическим процессом. Особенно тревожно становится, когда опухоль появляется у малыша. К объемным патологиям относится, в том числе, киста на шее у ребенка. Это доброкачественное образование, но оно требует внимания со стороны врачей и хирургического лечения. Важно помнить, что подобные структуры не рассасываются, а при воздействии неблагоприятных факторов существует риск злокачественного перерождения (малигнизации).

Киста шеи – это полое опухолевидное образование, наполненное кашицеобразной массой или жидкостью и располагающееся в тканях шеи. Размер образования, строение стенки и содержимое бывают различными и имеют непосредственную зависимость от сроков давности и механизма образования, локализации и так далее. Дермоидная киста выстлана эпидермисом с эпидермальными придатками кожи: мешочками волос, сальными, иногда потовыми железами. От срединной кисты макроскопически отличается толстой оболочкой, содержимое — густая салоподобная масса.

Различают два вида кист:

1. истинные, выстланные эпителиальной тканью;
2. ложные, не имеющие специальной выстилки.

Кистозное новообразование на шее ребенка относится к врожденным. Оно формируется в эмбриональный период (2 месяца с момента оплодотворения яйцеклетки) и связано с нарушением формирования в шейной области тканей или аномалией развития. В начале первого триместра развития закладываются органы и ткани, поэтому из-за любого негативного воздействия у эмбриона могут появиться различные пороки.

Лимфангиома —доброкачественное образование, которое образуется из лимфатических сосудов. В современной медицине этот термин считается многими специалистами некорректным, так как патология не является опухолью. Это порок развития лимфатических сосудов, поэтому в научных источниках чаще указывается термин «лимфатическая мальформация».

Лимфангиома шеи, лица и тела обнаруживается у детей сразу после рождения или до 1 года, но также может выявляться в более позднем возрасте или у плода при УЗИ беременной пациентки. Входит в число распространенных (до 10% случаев) врожденных доброкачественных новообразований, уступая лишь гемангиоме.

По гистологическому строению выделяют следующие виды лимфангиом у детей

1. простые – лимфатические сосуды разрастаются в коже и/или подкожной клетчатке;
2. кавернозные – полости из соединительной ткани, напоминающие губку, неравномерные заполненные лимфатической жидкостью;
3. кистозные – одна и более кист, способных сообщаться между собой;
4. смешанные.

Лимфангиома может протекать без осложнений, либо с нарушением работы расположенных рядом органов, деформацией тканей челюстно-лицевой области.

Локализация лимфангиомы у детей может быть любой, но чаще патология выявляется на лице, шее, языке и в других местах рядом с региональными лимфоузлами. Визуально образование представляет собой припухлость. Размер может быть различным, некоторые структуры по объему сравнимы с головой ребенка. Цвет кожи не изменен или выглядит избыточно бледным. Консистенция образования обычно напоминает тесто.

Размер лимфангиомы может меняться: при наполнении лимфатической жидкостью ее объем будет расти, при оттоке лимфы – уменьшаться. Даже если размеры значительно уменьшились,

сделав новообразование незаметным, речь не идет о спонтанном выздоровлении: через некоторое время они снова могут вырасти. Именно поэтому лечение лимфангиомы у ребенка является обязательным в любом случае.

Обследование выполняет врач: педиатр, детский хирург, дерматолог. Основными диагностическими исследованиями являются:

1. осмотр и сбор анамнеза;
2. УЗИ – выявляет анэхогенное образование с перегородками, но малоинформативно при глубоко расположенных изменениях;
3. МРТ (в специальных режимах) без контраста – дополняет данные, полученные на УЗИ, выявляет источник кровоснабжения новообразования и позволяет получить подробные характеристики мальформации любой глубины.

На первичную консультацию родители могут принести фотодневник: зафиксированную в разном возрасте лимфангиому, чтобы лечащий врач мог понять, когда появились первые симптомы и как менялось образование. Если мальформация находится в гортани, врач назначает фиброларингоскопию через вводимый через нос зонд.

Специфических лабораторных исследований при данном диагнозе не существует, но врач назначает ребенку анализы, которые потребуются для выбора наиболее безопасной стратегии лечения: общий анализ крови и мочи, биохимия крови, коагулограмма, тестирование на ВИЧ и гепатиты В,С. Вся полученная информация позволяет оценить размер и глубину залегания новообразования, наличие сосудов внутри образования.

При обследовании лимфангиому у новорожденных нужно отличать от других патологий со схожими проявлениями:

1. гемангиома;
2. кисты: врожденные, дермоидные, срединные, ретенционные;
3. нейрофиброматоз;
4. синдром Мелькерсона-Розенталя.

Для этого назначают КТ, биопсию GLUT-1, ангиографию. Эти методы не дают клинически важной информации о самой лимфангиоме, но позволяют обнаружить маркеры других патологий.

Лимфангиомы в процессе роста могут вызывать осложнения, связанные со сдавливанием сосудов. Также у детей могут наблюдаться смещение трахеи, нарушения зрения из-за давления на глазные яблоки. При расположении на видимой части тела они являются эстетическим дефектом. Даже небольшая лимфангиома щеки у ребенка способна вызывать выраженный психологический дискомфорт, комплексы, нарушение социализации. Чтобы избежать этих проблем, необходимо обратиться к врачу при любых подозрениях на лимфангиому или другую сосудистую мальформацию, а также следовать его рекомендациям по лечению.

Наши патогистологические наблюдения полностью соответствуют описанным в литературе [8, 10].

Описанные образования имеют сходные симптомы, что может затруднять их диагностику [6]. Мы широко используем УЗИ с цветным допплеровским картированием, что согласуется с литературными данными [3, 5, 13], и пункционную биопсию. Суммарная оценка анамнестических и клинических данных, а также функциональных методов исследования позволяет практически безошибочно ставить диагноз и проводить лечение.

Дифференциальная диагностика кист шеи проводится с хроническим неспецифическим лимфаденитом. Отличие одиночного лимфатического узла от неорганных образований в том, что узел характеризуется плотной консистенцией, ограниченной подвижностью во всех направлениях

и при пункции не удается получить жидкого содержимого. УЗИ выявляет образование с четкими ровными контурами, с множественными гипо- и гиперэхогенными включениями и усиленным кровотоком.

Необходимо различать срединную кисту шеи и эктопированный узел щитовидной железы. В этом случае УЗИ образования и собственно железы позволяет не ошибиться с диагнозом и прогнозом.

Дифференциальная диагностика нагноившихся кист шеи с одонтогенными флегмонами необходима из-за сходства их клинических проявлений. При нагноении кист наблюдаются отек, болезненность при пальпации, гиперемия кожи соответствующей локализации. Подобная клиническая картина наблюдается и при одонтогенных флегмонах заднего отдела подподбородочной и подчелюстной областей. Отличие процессов в том, что при нагноившихся кистах из анамнеза можно установить, что воспалительному процессу предшествовало появление образования мягкоэластической консистенции, болей в области зубов не было. При обследовании в полости рта одонтогенный источник воспаления не обнаруживается. Воспалительный процесс имеет строго ограниченный характер и определяется в местах наиболее частой локализации кист шеи. Одонтогенным флегмонам обычно предшествует периодонтит, и воспалительный процесс имеет более распространенный характер.

Дифференциальная диагностика гемангиом и лимфангиом шеи затруднена сходными клиническими проявлениями, особенно при глубоком расположении гемангиомы, когда не проявляются синюшность кожи и бугристость поверхности. УЗИ выявляет различие кровотока в образовании — в гемангиоме он будет активнее. Пункция образования также позволяет судить о характере процесса — при гемангиоме пунктат состоит из крови, при лимфангиоме — из лимфы.

Лечение неорганных образований шеи — хирургическое. Мы встречали в литературе мнение о возможности склерозирования лимфангиом [2], но не согласны с такой точкой зрения. Удаление всех описанных образований должно быть радикальным, так как в противном случае велика угроза рецидива. Удаление срединных кист шеи проводят с обязательной резекцией тела подъязычной кости и ревизией тканей за костью. Выявление свищевого хода требует полного его удаления до слепого отверстия корня языка. При удалении боковых кист шеи также может быть обнаружен свищевой ход, который идет к боковой стенке глотки. Он также должен быть полностью удален.

В случае нагноения боковой кисты шеи мы не проводим обычного вскрытия абсцесса, а используем биканюлярное дренирование: двумя толстыми иглами пунктируем полость кисты и промываем растворами антисептиков на фоне противовоспалительного лечения. Как правило, на 2—3-й день полость кисты уменьшается. Плановое вмешательство проводим через 4—6 мес после стихания воспаления. Мы считаем, что отказ от разреза при воспалении облегчает последующее удаление кисты.

Мы не наблюдали в нашей практике рецидивов боковых, дермоидных кист и гемангиом шеи. К нам обращались 3 пациента с рецидивами срединных свищей шеи после нерадикального удаления кист или после ошибочного вскрытия кисты как абсцесса, лечение которым проводили в других учреждениях. У 2 пациентов с обширными лимфангиомами, которых мы оперировали в раннем возрасте по жизненным показаниям, развивалось сдавление опухолью органов шеи — мы наблюдали рецидив образования. В этих 4 случаях мы провели повторное вмешательство, которое привело к выздоровлению детей.

Таким образом, диагностика и лечение неорганных образований шеи у детей представляет определенные трудности вследствие сходства клинической картины. Индивидуальный подход к пациенту, знание клиники, дифференциальной диагностики и применение современных методов

исследования позволяют добиться высоких результатов лечения и снижают возможность рецидивов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Годорожа П. Д., Годорожа Н. М. Опухоли головы и шеи у детей. — Кишинев, 1981. — С. 61—74.
2. Лечение сосудистых новообразований у детей: Метод. рекомендации / Буторина А. В., Цыганов Д. И., Шафранов В. В. и др. — М., 2002.
3. Кабаков Б. Д. // Оперативная челюстно-лицевая хирургия. — Л., 1963. — С. 327—330.
4. Журенкова Т. В. Диагностика неорганных образований шеи по данным комплексного ультразвукового исследования: Дис. ... канд. мед. наук. — М., 2002.
5. Костадинова В. Н. Клинико-эхографическая диагностика лимфангиом лица и шеи у детей: Дис. ... канд. мед. наук. — М., 2003.
6. «Клинический протокол медицинской помощи при сосудистых образованиях и мальформациях лица и шеи» от «Ассоциации челюстно-лицевых хирургов и хирургов-стоматологов».
7. Надточий А. Г. Ультразвуковая диагностика заболеваний мягких тканей челюстно-лицевой области у детей: Дис. ... д-ра мед. наук. — М., 1995.
8. Ю.А. Поляев, А.В. Петрушин, Р.В. Гарбузов «Малоинвазивные методы лечения лимфангиом у детей» // «Детская больница», 2011 г, №3.
9. Терновский С. Д. Хирургия детского возраста. — М., 1953.
10. Цветкова Г. М., Мордовцев В. Н. Патоморфологическая диагностика заболеваний кожи. — М., 1986. — С. 214—241.
11. Marsh J. L. Current Therapy in Plastic and Reconstructive Surgery. — Toronto, 1989. — P. 46—60.
12. Петухов А.В. «Совершенствование лечения детей с лимфатическими и лимфовенозными мальформациями в области головы и шеи с применением метода пункционной склерозирующей терапии» // Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук, 2021г.