

УДК [616.31-006.314.03-002.3-031.82-053.3]

*Ткаченко П.І., Чоловський М.О., Доленко О.Б., Лохматова Н.М., Коротич Н.М.*

## ОБ'ЄМНА ЛІМФАНГІОМА ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ З СУПУРАЦІЄЮ В ДИТИНИ ГРУДНОГО ВІКУ

Українська медична стоматологічна академія, Полтава, Україна

Лімфангіоми – доброякісні вроджені утвори – виникають у ембріональний період як вада розвитку ендотелію проліферуючих судин і проявляються найчастіше відразу ж після народження дитини або в грудному віці. Розташовуючись у щелепно-лицевій ділянці, вони досить часто призводять до естетичних розладів або порушення функції. Особливості їхньої топографо-анатомічної локалізації в глибоких клітковинних просторах і в ділянці дна порожнини рота зумовлюють найбільші труднощі в діагностиці, виборі тактичних прийомів і методів лікування, адже післяопераційний період супроводжується високою ймовірністю розвитку ускладнень [1-4; 7-8].

Згідно з даними, опублікованими раніше співробітниками нашої кафедри, серед доброякісних пухлин м'яких тканин щелепно-лицевої ділянки на першому місці стоять дермоїдні кісти (32,6%), друге місце після них займають гемангіоми (26,0%), а лімфангіоми такої локалізації трапляються досить рідко, складаючи лише 3% загальної кількості новоутворів м'яких тканин обличчя і шиї, що й зумовлює певні особливості тактичних підходів до вибору й обсягу діагностичних заходів. Загалом, лімфангіома як вада розвитку лімфатичної системи становить 9% усіх м'якотканинних доброякісних пухлин і діагностується відразу після народження в 65%-85% дітей за поверхневого розташування [9].

Попри це, в деяких складних випадках виникають значні труднощі в ранній діагностиці, що позначається на якості лікувальних і реабілітаційних процедур. Нами проведено ретроспективний аналіз архівних історій хвороб за останні 5 років (2013 - 2018 рр.), який дозволив установити, що за цей період на стаціонарному лікуванні в хірургічному відділенні дитячої міської клінічної лікарні м. Полтави перебували 14 дітей із лімфангіомою щелепно-лицевої локалізації. Це склало 1,2% загальної кількості госпіталізованих хворих. У 8 із них (57,2%) утвір було діагностовано відразу після народження або ж у віці до року. У 3 (21,4%) його первинні клінічні прояви виявлені у віці від 3 до 7 років; у 4 (21,4%) – у віці від 7 до 13 років [5].

Привертає увагу той факт, що частота діагностичних помилок на догоспітальному етапі складає 75%. В основному дітей направляли на госпіталізацію з неправильно встановленим діагнозом, хоча вони тривалий час перебували під наглядом дільничних педіатрів і їх неодноразово оглядав дитячий хірург.

Тому в повсякденній клінічній практиці для встановлення діагнозу найчастіше використовують пункційну біопсію й ультразвукове дослі-

дження. У 16,8% спостережень указано на те, що лімфангіома досить часто поширюється на кілька анатомічних ділянок і спостерігаються ознаки її проростання вглиб або за груднину. З метою оптимізації діагностичних заходів такі діти додатково підлягають магнітно-резонансній томографії, яка дозволяє достеменно підтвердити клінічний діагноз, раціонально провести передопераційну підготовку і вирішити низку організаційних питань [8].

Тому **метою** нашого дослідження стало вивчення особливостей клінічних проявів і діагностики об'ємної, глибоко розташованої лімфангіоми щелепно-лицевої локалізації, що нагноїлася, у дитини грудного віку.

### Об'єкт і методи дослідження

Проведено комплексне обстеження дитини В. віком 2 місяці за загальноприйнятими стандартами із додатковим залученням КТ-дослідження для визначення оптимального варіанта оперативного втручання й обсягу медикаментозного супроводу [7].

### Обговорення клінічного випадку

Дитина В., народилася 19.09.2018 р., а 20.11.2018 р. госпіталізована до відділення анестезіології й інтенсивної терапії дитячої міської клінічної лікарні м. Полтави зі скаргами (зі слів матері) на спонтанне підвищення температури тіла до 40° С, появу задишки, яка прогресувала протягом останніх 10 годин. Звернулися по невідкладну допомогу за місцем проживання і направлені на консультацію до дитячої міської клінічної лікарні м. Полтави. За час транспортування стан дитини різко погіршився, і відразу після огляду черговим лікарем приймального відділення її було екстрено госпіталізовано до відділення анестезіології й інтенсивної терапії з діагнозом: негоспітальна двобічна вогнищева пневмонія, ДН-I ступеня.

За станом дихальної недостатності дитину переведено на пролонговану інтубацію. У процесі анестезіологічних заходів лікар-анестезіолог звернув увагу на те, що під час інтубації виникли певні труднощі з її проведенням унаслідок вибухання бокової поверхні рото- і верхньої частини гортаноглотки з правого боку. Також був відсторонений і мигдалик у передньо-боковому та центральному напрямках.

Дитині було призначено патогенетичне і симптоматичне лікування за протоколом із перерахунком дози фармакологічних препаратів на кілограм маси тіла. Отоларинголог не виявив ніяких змін із боку ЛОР-органів. Суттєвих змін у

біохімічних показників, периферичній крові та сечі на первинному обстеженні не виявлено.

Через 2 доби від моменту госпіталізації повернуло увагу на те, що в дитини виникла асиметрія обличчя внаслідок появи припухлості в ділянці верхньої третини бокової поверхні шиї справа з поширенням на піднижньощелепну і защелепну ділянки.

22.11.18 р. рекомендовано консультацію щелепно-лицевого хірурга, який на огляді встановив наявність інфільтрату, що поширювався на верхню третину бокової поверхні шиї справа, піднижньощелепну і защелепну ділянки (рис. 1).



*Рис. 1. Видяч обличчя і шиї дитини В., 2 місяці. Визначається виражена асиметрія за рахунок припухлості м'яких тканин у ділянці верхньої третини бокової поверхні шиї, в піднижньощелепній і защелепних ділянках справа*

На огляді порожнини рота виявлено інфільтративні зміни в крило-щелепному просторі, ви-

бухання бокової поверхні стінки глотки справа, яке майже наполовину виповнювало гортаноглотку і зміщувало правий мигдалик наперед і всередину.

Пальпаторно визначалося виражене напруження м'яких тканин у цій ділянці. Було запідозрено флегмону правої половини обличчя та шиї, і для визначення шляхів оперативного доступу й обсягу оперативного втручання рекомендовано проведення МСКТ шиї та грудної клітки з контрастним підсиленням для об'єктивнішої оцінки встановлення природи походження цього патологічного процесу, а також унеможливлення його поширення в середостіння.

На серії зрізів КТ від 24.11.2018 у клітковинних просторах шиї справа встановлена наявність об'ємного гіпоехогенного утвору загальним розміром 62x30x62 мм зі щільною капсулою, що накопичує контрастну речовину, яка поширюється на кілька анатомічних ділянок і зміщує гортаноглотку вліво (рис. 2). Простежуються помірно виражена тяжистість клітковини межистіння і двобічна полісегментарна пневмонія. Зміни в межистінні нами тлумачено як наслідок реактивних регіональних проявів двох запальних процесів – флегмони і пневмонії.

25.11.18 о 10<sup>15</sup> було повторно проведено консилиум. Урахувавши клінічну симптоматику, дані додаткових методів обстеження, встановлено клінічний діагноз: об'ємна лімфангіома правої половини обличчя і шиї, що нагноїлася. Було прийнято рішення про проведення пункції цього утвору для часткової евакуації його вмісту задля зменшення напруження тканин і запобігання прориву гнійного вмісту з виходом у рото-, носо- і гортаноглотку під час оперативного втручання.



*Рис. 2. Зображення голови і шиї на зрізах КТ у двох проекціях. Визначається об'ємний утвір, який розповсюджується на кілька анатомічних ділянок*

Під час проведення діагностичної пункції отримано до 60 мл густого в'язкого гнійного вмісту. Після цього виконано розріз позаду кивального м'яза в ділянці бокової поверхні шиї справа, через який частково евакуйовано великий об'єм гнійного вмісту із включенням шматочків тканин. Проведено їх забір для гістологічного дослідження.

Додатково в піднижньощелепній ділянці виконано лінійний розріз у класичному варіанті довжиною до 4 см, через який зроблено доступ до крило-щелепного, біляглоткового і ретрофарингеального просторів. Також було отримано багато в'язкого, густого гнійно-геморагічного ексудату.

Ураховуючи великий об'єм гнійного осередку, було накладено контрапертуру на боковій стінці глотки для покращення умов евакуації ексудату. Порожнину гнійника саніровано і дреновано гумовими випускниками. У навколוגлотковий простір уведено перфоровану трубку для проведення ранового діалізу, яку було зафіксовано до шкіри (рис. 4). Ускладнення не виникали. Рекомендовано продовжити терапію в попередньому обсязі й складі.

Після проведення 10-денного курсу лікувальних заходів стан дитини значно покращився, ранові ходи очистилися.



Рис. 4. Вид на голову і шию дитини після проведення розрізів і введення дренажів

Ураховуючи складну конфігурацію гнійника і його глибоке залягання, було прийнято рішення повторно провести КТ з контрастуванням для виявлення залишкових явищ. На пошарових зрізах КТ від 08.12.2018 визначалася позитивна динаміка в порівнянні з попереднім КТ-дослідженням від 24.11.18 (рис. 4).



Рис. 5. Зображення голови і шиї на зрізах КТ у двох проекціях. Визначено залишкові ознаки лімфангіоми у вигляді дрібних ізольованих гіпоехогенних ділянок, розташованих ретрофарингеально

02.12.2018 у зв'язку зі значним покращенням загального стану дитини її було переведено до відділення патології новонароджених для подальшого лікування і проведення початкових реабілітаційних заходів.

Результати гістологічного дослідження шматочків тканин, отриманих із осередку запалення 25.11.2019: обривки пухко-волокнистої тканини з незначною круглоклітинною інфільтрацією і наявністю гіперплазованої лімфоїдної субстанції, що підтвердило клінічний діагноз щодо лімфоепітеліального походження цього гнійного осередку.

Отже, представлений зміст історії хвороби вказує на те, що діагностика глибоко розташованих і об'ємних лімфангіом у дітей раннього віку досить утруднена. Особливо це стосується тих випадків, коли вони нагноюються і поєднуються з гострими інфекційними хворобами, які можуть провокувати виникнення запального процесу безпосередньо в лімфангіомі.

Рутинні методи діагностики, такі як пункційна біопсія, і сучасні – комп'ютерна томографія, дозволяють значною мірою уніфікувати діагностичний процес і визначитися з вибором оптимального варіанта оперативного доступу та з обсягом

оперативного втручання. Виникають також певні труднощі у виборі фармакологічних препаратів і їх дозуванні, коли мова йде про поєднання розлитого гнійного процесу з гострими проявами загальносоматичної патології інфекційного походження. Ця категорія дітей підлягає динамічному спостереженню для унеможливлення рецидивування лімфангіоми при неповній її некротизації з визначенням своєчасності залучення запобіжних заходів.

### Література

1. Бернадский Ю. И. Основы челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии / Ю. И. Бернадский.— М.: Медицинская литература, 2000. — 404 с.
2. Зеленский В. А. Детская хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия / В. А. Зеленский, Ф. С. Мухорамов. — М., 2008. — 206 с.
3. Меркулов А. Б. Курс патогистологической техники / А. Б. Меркулов. — Л.: Медицина, 1969. — 237 с.
4. Пальцев М. А. Патологическая анатомия / М. А. Пальцев, Н. М. Аничков. — М.: Медицина, 2001. — 525 с.
5. Ткаченко П. И. Лимфангиомы челюстно-лицевой локализации у детей: статистика и диагностический алгоритм / П. И. Ткаченко, Е. В. Гуржий, С. А. Белоконов // Матеріали III (X) з'їзду Асоціації стоматологів України. — Полтава, 2008. — С. 337.
6. Ткаченко П. И. Сосудистые опухоли мягких тканей челюстно-лицевой области у детей / П. И. Ткаченко, И. И. Старченко, С. А. Белоконов, Е. В. Гуржий // СтоматологИнфо. — 2014. — № 7–8. — С. 36–42.
7. Ткаченко П.И. Ангиоми щелепно-лицевої ділянки у дітей / П.И. Ткаченко, І.І. Старченко, С.О. Білоконов, О.В. Гуржий, Н.М. Лохматова, О.Б. Доленко. — Полтава, 2015. — 40 с.
8. Харьков Л. В. Хірургічна стоматологія дитячого віку / Л. В. Харьков, Л. М. Яковенко, І.А. Чехова. — К.: Книга-плюс, 2003. — 480 с.
9. Шешукова Я. П. Структура та частота доброякісних новоутворень м'яких тканин обличчя, щелепних кісток у дітей і дорослих / Я. П. Шешукова // Український стоматологічний альманах. — 2013. — № 3. — С. 46–49.

**Стаття надійшла  
06.03.2019 р.**

### Резюме

Лімфангіоми мають дизонтогенетичне походження, тобто виникають у період розвитку плоду, трактуються як вада розвитку ендотелію проліферуючих лімфатичних судин і проявляються клінічно, найчастіше відразу після народження дитини або в грудному віці. За їх розташування в щелепно-лицевій ділянці можуть виникати досить виражені естетичні недоліки або функціональні порушення. Особливості їхнього топографо-анатомічного розташування в глибоких клітковинних просторах і в ділянці дна порожнини рота зумовлюють значні труднощі в проведенні діагностики, виборі тактичних оперативних прийомів і методів лікування, адже післяопераційний період супроводжується високою ймовірністю розвитку ускладнень. Представлений зміст історії хвороби вказує на те, що діагностика глибоко розташованих і об'ємних лімфангіом у дитячому ранньому віці досить утруднена. Особливо, коли мова йде про ті, що нагноїлися і які поєднуються з гострими інфекційними загальносоматичними хворобами, що можуть спровокувати виникнення запального процесу безпосередньо в лімфангіомі.

Рутинні методи діагностики, такі як пункційна біопсія, і сучасні – комп'ютерна томографія, дозволяють значною мірою уніфікувати діагностичний процес і визначитися з вибором оптимального варіанта оперативного доступу та з обсягом хірургічного втручання. Виникають також певні труднощі у виборі фармакологічних препаратів і їх дозуванні, коли мова йде про поєднання розлитого гнійного процесу з гострими проявами патології інфекційного походження. Ця категорія дітей підлягає динамічному спостереженню для унеможливлення рецидивування лімфангіоми за умов неповної її некротизації зі своєчасним залученням запобіжних заходів.

**Ключові слова:** діти, лімфангіома голови і шиї, супурація, діагностика, лікування.

### Резюме

Лимфангиомы имеют дизонтогенетическое происхождение, то есть возникают в период развития плода, и трактуются как порок развития эндотелия пролиферирующих лимфатических сосудов и проявляются клинически, чаще всего сразу после рождения ребенка или в грудном возрасте. При их расположении в челюстно-лицевой области могут возникать достаточно выраженные эстетические недостатки или функциональные нарушения. Особенности их топографо-анатомического расположения в глубоких клетчаточных пространствах и в области дна полости рта обуславливают значительные трудности при проведении диагностики, выборе тактических оперативных приемов и методов лечения, так как послеоперационный период сопровождается высокой вероятностью развития осложнений. Представленное содержание истории болезни указывает на то, что диагностика глубоко расположенных и объемных лимфангиом у детей раннего возраста достаточно затруднена. Особенно, когда речь идет о нагноившихся и сочетающихся с острыми инфекционными общесоматическими болезнями, которые могут провоцировать возникновение воспалительного процесса непосредственно в лимфангиоме. Рутинные методы диагностики, такие как пункционная биопсия, и современные – компьютерная томография, позволяют в значительной степени унифицировать диагностический процесс и определиться с выбором оптимального варианта оперативного доступа и с объемом хирургического вмешательства. Возникают также определенные трудности при выборе фармакологических препаратов и их

дозировке, когда речь идет о сочетании разлитого гнойного процесса с острыми проявлениями патологии инфекционного происхождения. Данная категория детей подлежит динамическому наблюдению для исключения возможности рецидивирования лимфангиомы в условиях неполной ее некротизации со своевременным привлечением мер.

**Ключевые слова:** дети, лимфангиома головы и шеи, супурация, диагностика, лечение.

UDC [616.31-006.314.03-002.3-031.82-053.3]

## **EXTENSIVE MAXILLOFACIAL LYMPHANGIOMA WITH SUPPURATION IN THE LATE POSTNATAL PERIOD OF A CHILD**

*Tkachenko P.I., Cholovskyi M.O., Dolenko O.B., Lokhmatova N.M., Korotich N.M.*

Ukrainian Medical Stomatological Academy, Poltava, Ukraine

### **Summary**

Lymphangiomas have a dysontogenetic origin, that is, they occur during the development of the fetus and are treated as an abnormal development of the endothelium of proliferating lymphatic vessels and manifest clinically, most often immediately after the birth of a child or in infancy.

According to data published earlier by the staff of our department, among benign tumors of soft tissues of maxillofacial area, dermoid cysts (32.6%) take first place. The second place is given to hemangiomas (26.0%); lymphangiosis of such localization are quite rare, accounting for only 3% of the total number of tumors of soft tissues of the face and neck, which causes certain features of tactical approaches to choice and scope of diagnostic measures. In general, lymphangioma, a malformation of the lymphatic system, accounts for 9% of all soft tissue germline tumors and is diagnosed immediately after birth in 65-85% of children, with their superficial location.

When they are located in the maxillofacial region, aesthetic deficiencies or functional impairments can be quite pronounced. The features of their topographic-anatomical location in deep fiber spaces and in the area of the floor of the oral cavity cause considerable difficulties in the conduct of diagnostics, the choice of tactical operating techniques and methods of treatment, because the postoperative period is accompanied by a high probability of complications. The presented content of the medical history indicates that the diagnosis of deep-seated and bulky lymphangiomas in young children is rather difficult. Especially, when it comes to festering and combined with acute infectious somatic diseases, it can provoke the occurrence of the inflammatory process directly in the lymphangioma.

Attention is drawn to the fact that the frequency of diagnostic errors at the prehospital stage is 75%. Basically, the children were sent to hospital with an incorrect diagnosis, although they were under the supervision of district pediatricians for a long time and repeatedly looked around at a pediatric surgeon.

The purpose of our study was to study the peculiarities of clinical manifestations and the diagnosis of volumetric, deep-seated lymphangiomas of the maxillofacial focal infiltration in a child of infancy.

Routine diagnostic methods, such as needle biopsy and modern computed tomography, make it possible to unify the diagnostic process to a great extent and decide on the optimal option for operative access and the volume of surgical intervention. There are also certain difficulties in the choice of pharmacological drugs and their dosage when it comes to the combination of a diffuse purulent process with acute manifestations of the pathology of infectious origin. This category of children is subject to dynamic observation to exclude the possibility of recurrence of lymphangioma in conditions of its incomplete necrotization with timely involvement of measures.

**Key words:** children, head and neck lymphangioma, suppuration, diagnosis, treatment.