

заболевания, диагностика, лечение и меры профилактики / Coronavirus Disease (COVID-19): «Клиническая инфектология и паразитология», Международный научно-практический журнал, 2020, volume 9, № 1. p. 6—16.

ДВУСТОРОННЯЯ ЛИМФАНГИОМА У ДВУХМЕСЯЧНОГО РЕБЕНКА

*Ткаченко П. И., Доленко О. Б., Чоловский Н. А., Белоконь С.А.,
Лохматова Н.М., Коротич Н.М., Попело Ю. В., Резвина Е.Ю.*

Украинская медицинская стоматологическая академия, Полтава, Украина.

Резюме

Введение: Лимфангиомы являются следствием нарушения процессов эмбриогенеза и развиваются непосредственно из лимфатических сосудов. Они составляют 5% - 8% от всех доброкачественных опухолей лица и шеи, располагаясь преимущественно в мягких тканях, проникают в глубокие клетчаточные пространства, что вызывает некоторые затруднения при установлении диагноза. Особенно это довольно сложно в тех ситуациях, когда она объединяется с другими образованиями дисонтогенетического происхождения.

Цель: Продемонстрировать случай относительно особенностей клинического течения нагноившейся двусторонней лимфангиомы у двухмесячного ребенка.

Материалы и методы: Мы наблюдали и лечили ребенка у которого в возрасте двух месяцев возникла двусторонняя очаговая пневмония и в связи с появлением у него дыхательной недостаточности он был заинтубирован и переведен в режим ИВЛ. После углубленного обследования, с использованием современных технологий, у него диагностировали наличие разлитой флегмоны глубоких клетчаточных пространств неустановленного генеза.

Результаты: С момента установления клинического диагноза и проведения ряда дополнительных диагностических мероприятий началось его интенсивное комплексное лечение. Произведено несколько разрезов с наложением контрапертур и проведена медикаментозная терапия в результате чего ребенок был выписан по выздоровлению. Однако, спустя два месяца такая же ситуация возникла и с другой стороны и ребенок был пролечен второй раз по протоколу.

Вывод: Представленный клинический случай указывает на то, что своевременная диагностика глубоко-расположенных объемных лимфангиом у детей крайне затруднительна, а ее проявления отчетливо визуализируются при ее супурации. Для исключения рецидивирования данные пациенты должны подлежать динамическому наблюдению.

Ключевые слова: дети, лимфангиома, нагноение, лечение

Введение: Лимфангиомы относятся к дизонтогенетическим образованиям, являются следствием неправильного развития эндотелия пролиферирующих сосудов и проявляются, в большинстве случаев, сразу после рождения ребенка или на первом году жизни. Располагаясь в челюстно-

лицевой области, они обуславливают эстетические недостатки и приводят к нарушению функции. Их локализация в глубоких клетчаточных пространствах определяет значительные трудности в диагностике, выборе методов лечения, что сказывается на качестве лечебных и реабилитационных мероприятий. [1,3].

За данными нашей клиники лимфангиомы составляют 1,2% от общего числа госпитализированных больных. У 57,2% она была диагностирована сразу после рождения или же в возрасте до года. В 21,4% ее первичные клинические проявления возникали в возрасте от 3 до 7 лет, остальные 21,4% выявлены в возрасте от 7 до 13 лет [4].

Невозможно умалчивать и тот факт, что частота диагностических ошибок на догоспитальном этапе составляет 75%, хотя дети длительное время находятся под наблюдением участковых педиатров и неоднократно осматривались детским хирургом [2,5].

Особый интерес представляют глубокорасположенные лимфангиомы челюстно-лицевой локализации, которые нагнаиваются именно у детей грудного возраста, что и явилось **целью нашего исследования**.

Приводим тематический клинический случай. Ребенок В., родился 19.09.2018 года, а через два месяца (20.11.2018 г.) был госпитализирован в отделение анестезиологии и интенсивной терапии детской городской клинической больницы города Полтавы с жалобами (со слов матери) на спонтанное повышение температуры тела до 40°, появление удушья, которое прогрессивно нарастало на протяжении последних 10 часов. Состояние ребенка резко ухудшалось и он срочно был госпитализирован с диагнозом: негоспитальная двусторонняя очаговая пневмония, дыхательная недостаточность - I степени.

За состоянием дыхательной недостаточности переведен на пролонгированную интубацию. Во время проведения анестезиологических пособий, врач обратил внимание на то, что во время интубации возникли определенные трудности с ее проведением за счет выпячивания боковой стенки гортаноглотки с правой стороны.

Больному было назначено комплексное лечение за протоколами оказания медицинской помощи данной категории больных. Существенных изменений в периферической крови и моче при первичном обследовании не установлено.

Через 2 часа от момента госпитализации у ребенка была выявлена асимметрия лица за счет появления припухлости в верхней трети боковой поверхности шеи справа с распространением на поднижнечелюстную и позадичелюстную области. 21.11.18 г. осмотрен челюстно - лицевым хирургом, которым было установлено наличие инфильтрата распространяющегося на верхнюю треть боковой поверхности шеи и поднижнечелюстную область (Рис.1).

Во время осмотра полости рта выявлено наличие инфильтрата и перифокального отека в крылочелюстном пространстве, выпячивание боковой стенки глотки справа, которое почти на половину перекрывало гортаноглотку.



Рис.1 Вид лица и шеи ребенка В., 2 месяца. Определяется выраженная асимметрия за счет припухлости мягких тканей в верхней трети боковой поверхности шеи и поднижнечелюстной области справа.

Пальпаторно определялось значительное напряжение мягких тканей в этих участках. Было заподозрено наличие разлитой флегмоны правой половины лица и шеи. Проведена магнитно-резонансная томография с контрастным усилением для установления природы происхождения и распространения данного патологического процесса.

На серии срезов магнитно-резонансной томографии от 22.11.2018 г. в области основания черепа и клетчаточных пространствах шеи установлено наличие объемного гипоэхогенного образования размером 62x30x62 мм с плотной капсулой, накапливающего контрастное вещество и которое распространялось на несколько анатомических областей, а смещая гортаноглотку влево (Рис. 2). Прослеживалась тяжесть клетчатки средостения и двусторонняя полисегментарная пневмония. Изменения в средостении нами истолковано как результат реактивных проявлений двух воспалительных процессов - флегмоны и пневмонии.

На основании полученных данных 23.11.18 г. установлен клинический диагноз: обширная нагноившаяся лимфангиома правой половины лица и шеи. Было принято решение о проведении вскрытия гнойника.

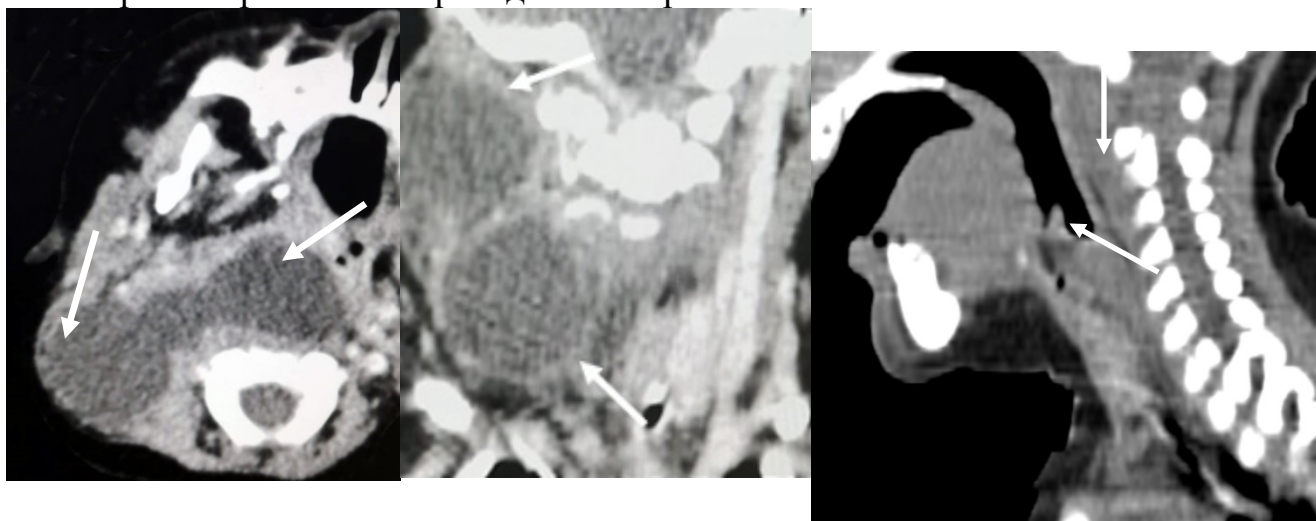


Рис. 2 Изображение головы и шеи на срезах МРТ в двух проекциях. Определяется объемное образование, которое распространяется на

несколько анатомических участков.

Непосредственно перед выполнением оперативного вмешательства при диагностической пункции и получено до 60 мл густого вязкого гноя, что позволило уменьшить напряжение тканей в очаге воспаления. После этого проведены разрезы вдали кивательной мышцы и в поднижнечелюстной области справа за классическим вариантом, через которые сделан доступ в крылочелюстное, окологлоточное и ретрофарингиальное пространства. Получено значительное количество вязкого гноя с включением кусочков тканей, которые взяты для гистологического исследования.

Учитывая значительную распространенность гнойного очага была наложена контрапертура на боковой стенке глотки для улучшения условий для эвакуации экссудата. Полость гнойника санирована и дренирована резиновыми выпускниками. В окологлоточное пространство введена перфорированная трубка для проведения раневого диализа (Рис. 3). После проведения 10 - ти дневного комплекса лечебных мероприятий состояние ребенка значительно улучшилось, раневые ходы очистились.



Рис.3 Вид головы и шеи ребенка после проведения разрезов и введения дренажей.

Учитывая сложную топографо-анатомическую локализацию гнойника, 03.12.2018 г. повторно проведена магнитно-резонансная томография с контрастированием для установления результативности лечения. На послойных срезах выявлена положительная динамика в сравнении с предыдущим исследованием от 22.11.18 г. (Рис. 4а).

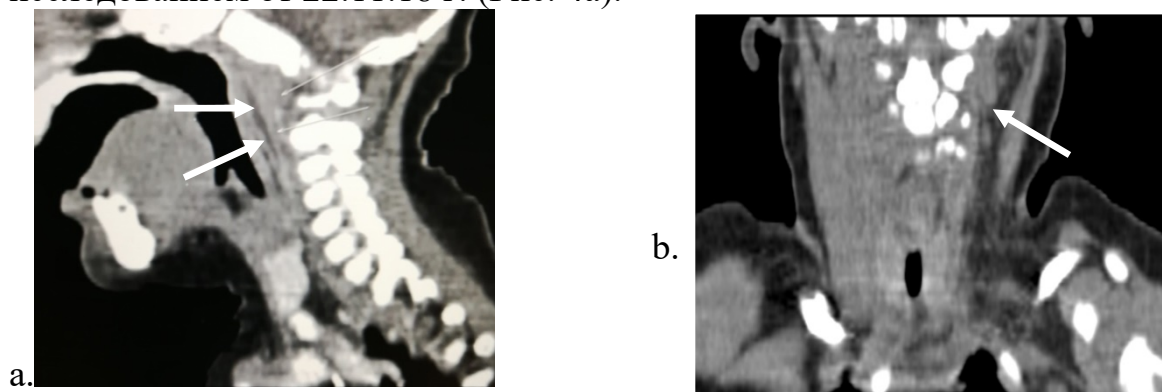


Рис. 4 Изображение головы и шеи на срезах МРТ в двух проекциях.

Определяются остаточные признаки лимфангиомы в виде мелких изолированных гипоэхогенных участков расположенных ретрофарингиально.

05.12.2018 г. ребенка переведено в отделение патологии новорожденных для дальнейшего лечения и проведения реабилитационных мероприятий.

Результаты гистологического исследования кусочков тканей, извлеченных из гноя во время операции от 12.12.2019 г.: обрывки рыхло - волокнистой ткани с наличием гиперплазированной лимфоидной субстанции, что подтвердило клинический диагноз относительно лимфоэпителиального происхождения данного очага.

Подтверждением тому является тот факт, что через два месяца мать снова обратилась за помощью в связи с ухудшением общего состояния ребенка и появления припухлости в подчелюстной участке, но уже с левой стороны. (Рис.5).



Рис. 5 Вид лица и шеи ребенка при повторной госпитализации.

Ребенку сразу было проведено магнитно-резонансную томографию, на срезах которой выявлена аналогичная картина, но очаг был значительно меньше в размерах (Рис.4b).

Под общим обезболиванием вскрыт гнойник, проведено комплексное лечение. Через 8 суток ребенок выписан в удовлетворительном состоянии под наблюдение участкового педиатра.

Дискуссия: Сравнивая описанный клинический случай с содержанием довольно редких и единичных публикаций на сей счет следует согласиться с тем, что все отмечают определенные затруднения при установлении окончательного диагноза. В связи с этим все исследователи рекомендуют избегать к привлечению для диагностического процесса, как рутинных, так и современных методов исследования. Ну, и естественно все едины в методологическом подходе к комплексному лечению.

Выводы: Таким образом, представленное содержание истории болезни указывает на то, что диагностика глубоко расположенных и объемных лимфангиом у детей грудного возраста довольно затруднительна. Особенно это касается тех случаев, когда они нагнаиваются и сочетаются с острыми инфекционными заболеваниями. Использование компьютерной томографии в значительной мере позволяет унифицировать диагностический процесс,

определился с выбором оптимального варианта оперативного доступа и объемом вмешательства.

Рутинные методы диагностики и современные - компьютерная томография, позволяют в значительной степени унифицировать диагностический процесс, определится с выбором оптимального варианта оперативного доступа, объемом хирургического вмешательства и медикаментозной терапии.

Данная категория детей подлежит динамическому наблюдению для исключения возможности рецидивирования лимфангиомы при ее неполной некротизации и своевременности проведения превентивных мероприятий.

Работа является фрагментом НДР «Украинская медицинская стоматологическая академия» «Интегративно-дифференцированное обоснование выбора оптимальных методик оперативных вмешательств та объема лечебных мероприятий при хирургической патологии челюстно-лицевой области», государственный регистрационный номер 0116U003821.

ЛИТЕРАТУРА

1. Zelenskij VA, Muhoramov FS. Detskaya hirurgicheskaya stomatologiya i chelyustno-licevaya hirurgiya [Pediatric Dentistry and Oral and Maxillofacial Surgery]. Moskva: GEOTAR-Media; 2008. (Russian).

2. Tkachenko PI, Starchenko II, Belokon' SA, Gurzhij EV. Sosudistye opuholi myagkih tkanej chelyustno-licevoj oblasti u detej [Vascular tumors of the soft tissues of the maxillofacial region in children]. StomatologInfo. 2014;(7-8):36-42. (Russian).

3. Tkachenko PI, Starchenko II, Bilokon SO, Hurzhii OV, Lokmatova NM, Dolenko OB. Anhiomy shchelepno-lytsevoi dilianky u ditei [Maxillofacial angiomas in children]. Poltava; 2015. (Ukrainian).

4. Tkachenko PI, Starchenko II, Belokon' SA. Kliniko-morfologicheskie aspekty gemangiom i limfangiom u detej [Clinical and morphological aspects of hemangiomas and lymphangiomas in children]. In: Novye zadachi sovremennoj mediciny [New challenges of modern medicine]: Materialy III mezhdunarodnoj nauchnoj konferencii, Sankt-Peterburg, dekabr' 2014; Sankt-Peterburg: Satis; 2014. p. 73-7. (Russian).

5. Tkachenko PI, Belokon' SA, Lohmatova NM. Gemangiomy i limfangiomy m'yakih tkanej chelyustno-licevoj oblasti u detej [Hemangiomas and lymphangiomas of m'yak maxillofacial tissues in children]. In: Sbornik materialov nauchno-prakticheskoy konferencii s mezhdunarodnym uchastiem, posvyashchennoj 75-letiyu profesora Ruzina GP; Har'kov; 2016. p. 77-80. (Russian).