

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЛИМФАНГИОМ У ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ

В.А. ЗАРИЧАНСКИЙ¹, А.К. ЕГИАЗАРЯН², К.В. ЗАРИЧАНСКАЯ³, А.М. МАРКОСЯН⁴,
А.Ш. ИНОЯТОВ⁵, Г.С. ТАШЕВА⁵, Ф.С. РАУПОВ⁵, А.Т. АХМЕДОВ⁵, А.Б. ХАМДАМОВ⁵

1 - Федеральное государственное бюджетное общеобразовательное учреждение высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Министерство здравоохранения Российской Федерации;

2 – Федеральное государственное автономное общеобразовательное учреждение высшего образования «Российский университет дружбы народов» Министерства образования и науки Российской Федерации;

3 – Национальная медицинская академия последиplomного образования им. П.Л. Шупика кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии, Украина, г. Киев;

4 - Научно-практический центр специализированной помощи детям им. В.Ф. Войно-Ясенецкого.

5 - Бухарский государственный медицинский институт им. Абу Али ибн Сино, Республика Узбекистан, г. Бухара

БОЛАЛАР ВА КАТТАЛАРДА ЛИМФАНГИОМАНИ ХИРУРГИК ДАВОЛАШ

В.А. ЗАРИЧАНСКИЙ¹, А.К. ЕГИАЗАРЯН², К.В. ЗАРИЧАНСКАЯ³, А.М. МАРКОСЯН⁴,
А.Ш. ИНОЯТОВ⁵, Г.С. ТАШЕВА⁵, Ф.С. РАУПОВ⁵, А.Т. АХМЕДОВ⁵, А.Б. ХАМДАМОВ⁵

1 – Россия Федерацияси соғлиқни сақлаш вазирлигининг олий таълим Федерал давлат бюджет умумтаълим муассасаси «Н.И. Пирогов номидаги Россия миллий илмий-текшириш тиббий университети»;

2 – Россия Федерация таълим ва илм-фан вазирлигининг олий таълим Федерал давлат автоном умумтаълим муассасаси «Россия халқлар дўстлиги университети»;

3 – П.Л. Шупик номидаги дипломдан кейинги таълим миллий тиббиёт академияси, акушерлик ва гинекология, перинатология кафедраси, Украина, Киев ш.

4 - В.Ф. Войно-Ясенецкий номидаги болаларга ихтисослаштирилган тиббий ёрдам илмий-амалий маркази;

5 - Абу Али ибн Сино номидаги Бухоро давлат медицина институти, Ўзбекистон Республика, Бухоро ш.

SURGICAL TREATMENT BY LYMPHANGE IN CHILDREN AND ADULTS

V.A. ZARICHANSKY¹, A.K. EGI AZARYAN², K.V. ZARICHANSKAYA³, A.M. MARKOSYAN⁴,
A.SH. INOYATOV⁵, G.S. TASHEVA⁵, F.S. RAUPOV⁵, A.T. AHMEDOV⁵, A.B. HAMDAMOV⁵

1 - Federal State Budgetary Institution of Higher Education "Russian National Research Medical University named after N.I. Pirogov »Ministry of Health of the Russian Federation;

2 - Federal State Autonomous General Educational Institution of Higher Education "Russian University of Friendship of Peoples" of the Ministry of Education and Science of the Russian Federation;

3 - National Medical Academy of Postgraduate Education. P.L. Shupika Department of Obstetrics, Gynecology and Perinatology, Ukraine, Kiev;

4 - Scientific and practical center of specialized assistance to children named after V.F. Voyno-Yasenetsky.

5 - Bukhara State Medical Institute. Abu Ali ibn Sino, Republic of Uzbekistan, Bukhara

Лимфангиома – юз-жағ хирургиясининг долзарб муаммоларидан бири бўлиб, кенг тарқалганлик ва оғир кечии хусусиятига эга. Ушбу касалликнинг келиб чиқиши, кечии характери ҳақида яқдил фикр мавжуд эмас, у эрта ёшдан фаол ўсма сифатида намоён бўлиб, бемор ҳаётига бевосита хавф солиши хислатига эга. Ушбу муаммонининг ечимини топиши учун касалликни ташихлаш, олиб бориши, консерватив ва оператив даволаш, операцияга тайёрлаш, операция хажми ва кўламига эътибор қаратилган.

Калим сўзлар: лимфангиома, хирургик даволаш, болалар, ёши катта одамлар.

Lymphangioma - is one of the most common and serious diseases in maxillofacial surgery. To date, there is no single view on the origin of lymphangiomas, however, it usually in the early age period acquires the clinical features of an aggressive tumor and creates a threat to life activity. Serious attention in solving this problem is paid to the issues of diagnosis and patient management, the timing of conservative therapy and preoperative preparation, the scope and type of surgical treatment.

Key words: lymphangioma, surgical treatment, children, adults.

Актуальность. Лимфангиома – врожденная доброкачественная опухоль, которая исходит из лимфатических сосудов и состоит из эндотелиальных клеток и соединительнотканной основы с

наличием щелей и полостей, содержащих лимфу в виде светло-прозрачной слегка белесоватой жидкости и характеризующаяся бластоматозным ростом. В лимфангиоме между полостями имеется

рыхлая мезенхимальная ткань с пролиферацией солидных тяжей из эндотелия и капилляров, за счет которых осуществляется инфильтрирующий рост опухоли. До настоящего времени нет единого взгляда на происхождение лимфангиом, однако данные последних лет показывают, что в основе этой патологии лежит порок развития лимфатической и венозной систем в эмбриогенезе. Следует отметить, что указанная ангиодисплазия, как правило в раннем возрастном периоде, приобретает клинические черты агрессивной опухоли и создает угрозу для жизнедеятельности. Одни авторы считают лимфангиому истинной опухолью, другие – пороком развития. Закладка лимфатической системы происходит на 7-й неделе внутриутробного развития плода, когда под контролем УЗИ можно различить правый и левый лимфатические мешки, которые исходят из венозной системы. Обнаружить лимфангиому можно уже в позднем пренатальном периоде при УЗ исследовании или раннем неонатальном периоде. Лимфангиомы составляют 12-18% всех доброкачественных опухолей головы и шеи у детей [2,3,4,8]. Лимфангиомы головы и шеи, в свою очередь, от всех видов лимфангиом составляют до 60%. Данная патология чаще всего обнаруживаются в первые дни жизни ребенка (до 96%), реже в первые 2-3 года [1,5,6,7].

Материалы и методы. Нами было выявлено 4 случая лимфангиомы во время внутриутробного развития плода в пренатальном периоде. Излюбленной их локализацией являлись: лицо (щека, губы, язык, дно полости рта, орбита, веки, околоушно-жевательная область), шея, средостение. Описаны случаи лимфангиом области спины, забрюшинного пространства, брыжейки кишечника, селезенки, почек и других органов (6). При эндоскопическом исследовании пищеварительного тракта детей, страдающих лимфангиомой данной области, у 96% выявлены патологические процессы, характерные для гастроуденита (6).

Нами были прооперированы пациенты со следующими видами лимфангиом: 1. Капиллярная лимфангиома (состоит из сети расширенных и извитых лимфатических капилляров) – 4 случая; 2. Кистозная лимфангиома (содержит единичные крупные полости, выстланные эндотелием и заполненные серозно-желтоватой жидкостью) – 8 случаев; 3. Кавернозная лимфангиома (представлена множеством мелких и единичных крупных полостей, выстланных эндотелием) – 6 случаев; 4. Кистозно-кавернозная лимфангиома (смешанная) - 9 случаев; 5. Гемлимфангиома (между тканевыми формами нет четких границ) – 6 случаев.

Результаты и их обсуждение. Под нашим наблюдением в 2009-2010 гг. в клинике находилось 36 пациентов с лимфангиомами различной локализации. Пациенты в возрасте от 1 дня до 76

лет. Из них 4 с капиллярной лимфангиомой, 6 – с кавернозной формой лимфангиомы, 8 пациентов с кистозной формой лимфангиомы, смешанной – 9, лимфогенангиомы - 6 и 3 пациента с неоднократным рецидивом лимфангиомы лица. 33 пациентам в возрасте до 1-го года, которым хирургическое лечение проводилось впервые, лимфангиомы были удалены полностью без интраоперационных осложнений и рецидивов.

У пациентов, которые были ранее оперированы, возникли сложности при удалении лимфангиомы из-за нарушения топографо-анатомических соотношений органов и тканей. У одной больной возник эпизод кровотечения из внутренней яремной вены в послеоперационном периоде после неоднократного хирургического лечения данной патологии в анамнезе. К нам поступали 4 больных на хирургическое лечение, которым ранее неоднократно проводились оперативные вмешательства (от 8 до 10 раз). У одной пациентки после неоднократных хирургических лечения наблюдался парез мимической мускулатуры лица вследствие повреждения *n. facialis*. У одной больной наблюдалось нарушение глотания. За время нашего наблюдения и лечения пациентов с лимфангиомами нами не было отмечено ни одного случая малигнизации данной опухоли.

Лимфангиомы чаще локализовались в толще мягких тканей лица, захватывали несколько анатомических областей. Нередко лимфангиомы располагались на шее, на боковой ее поверхности или вдоль переднего края грудино-ключично-сосцевидной мышцы (9 случаев). Лимфангиома выявлялась в виде ограниченного или диффузного разрастания тканей с нечеткими границами с распространением в средостение, наблюдалось у 4-х больных. Кожа над опухолью в цвете не изменена. Лимфангиома мягкой (тестоватой или эластичной) консистенции, безболезненная при пальпации. Характерным признаком лимфангиомы была ее сжимаемость с изменением формы и конфигурации новообразования. Изменение формы опухоли можно проследить при разных положениях тела больного. От врожденной боковой кисты шеи кистозная лимфангиома отличается мягкостью и слабой напряженностью. При пальпации кистозных полостей можно выявлялась флюктуация, а при пункции получали светло-желтую жидкость, иногда мутноватую, при гемлимфангиоме - с примесью крови.

Лимфангиома, находясь в толще органа или мягких тканей, увеличивает их в размерах, появляется обезображивание, нарушается функция (затрудняется дыхание, глотание, пережевывание пищи). При шейно-медиастинальном положении лимфангиомы (4 случая) отмечалось сдавление крупных сосудов, трахеи, пищевода, что выражалось в нарушении дыхания, одышке, приступах

цианоза, кашля. Признаками сдавления верхней поллой вены являлись цианоз и отёчность лица. Располагаясь в полости рта, опухоль вызывала массивные утолщения определенных участков. Появляется макроглоссия, макрохейлия. Слизистая оболочка над опухолью утолщается, постоянно травмируется во время еды и может инфицироваться (появляется боль, повышается температура тела, припухлость увеличивается в размерах, выявляется регионарный лимфаденит).

Для диагностики лимфангиом мы применяли следующие методы исследования: 1. УЗ исследование. 2. МРТ исследование (давало точно определить структуру лимфангиомы, её локализацию, объем, топографию, провести дифференциальную диагностику различных форм лимфангиом, что является важным при планировании хирургических вмешательств). 3. КТ исследование – показывает деформированные костные структуры. 4. Лимфосцинтиграфия. 5. Гистологическое исследование.

Дифференциальную диагностику лимфангиом следует проводить с лимфаденитами, флегмонами, паротитом, лимфедемой, гемангиомами, боковыми и срединными кистами шеи, бронхогенными кистами, миомами, липомами, фибромами, дермоидами, эпидермоидами, нейрофиброматозом и спинномозговыми грыжами.

В наших случаях наблюдали следующие виды осложнений: 1. воспаление лимфангиомы – 2 случая; 2. рецидивы лимфангиом – 2 случая; 3. деформация лицевого скелета – 3 случая.

Лечение больных с данной патологией проводилось хирургическим методом, именно он является до настоящего времени основным и остается единственно правильным при обширных, глубоких, диффузных кистозно-кавернозных лимфангиомах. При наличии же клинических признаков как: диспноэ, дисфагия, нарушение речи, выраженная деформация лицевого скелета – удалять опухоль следует безотлагательно после диагностики. Преимущественным возрастом для верификации и операции является неонатальный период. Надо сказать, что радикальность удаления опухоли может быть определена только во время операции. При диффузном поражении глубоких структур языка лимфангиомой и невозможности ее одномоментного удаления прибегают к частичному иссечению опухоли – краевой или клиновидной резекции, методу “чулка”, который заключается в отпрепаровывании пораженной слизистой оболочки в виде чулка, иссечении лимфангиоматозного подслизистого слоя с последующим ушиванием раны.

Реже применяют аспирацию содержимого опухоли посредством пункции. Такой способ более рационален у плода в позднем пренатальном периоде и новорожденных при наличии больших

лимфангиом на шее. Это позволяет временно улучшить состояние больного и подготовить его к операции, Ченс соавторами (1996 г.) предложил проведение серий внутриутробных аспираций области кистозных лимфангиом, диагностику в пренатальном периоде, после чего появилась возможность естественного родоразрешения, тогда как предполагалось кесарево сечение.

Лимфангиомы, подверженные воспалительным процессам, лечат по общим принципам лечения больных с гнойными процессами. Особенностью воспаления лимфангиом является то, что оно не достигает гнойной стадии, характеризуется цикличностью и стихает через 7-10 дней. Иногда в результате воспалительного процесса лимфангиома может значительно уменьшиться и даже исчезнуть (капиллярная)- 1 случай.

Таким образом, единственным правильным методом лечения обширных, диффузных кистозно-кавернозных лимфангиом является хирургический. При несвоевременном хирургическом лечении обширных форм опухоли велик риск инфицирования лимфангиомы, прогрессирующего роста в здоровые ткани, которые могут привести к нарушению анатомии, жизненно важных функций органов и систем (диспноэ, дисфагия, эрозия сосудов, нарушение речи, выраженная деформация лицевого скелета).

Выводы: 1. Имеющиеся предложения откладывать лечение лимфангиом до 1 года, до улучшения общего состояния несостоятельно, поскольку иногда возникает ситуация, когда удалять опухоль приходится в реанимационной обстановке по жизненным показаниям. 2. Небольшие лимфангиомы на слизистых оболочках можно удалять путем лазерного испарения. 3. Применявшаяся ранее склерозирующая терапия, электрокоагуляция, криогенная и лучевая терапия оказались безуспешными или малоэффективными и не могут быть рекомендованы. 4. Из методов диагностики и дифференциальной диагностики наиболее информативным мы считаем МРТ, так как именно он полностью дает возможность определить объем, глубину расположения, структуру, локализацию лимфангиомы провести дифференциальную диагностику различных форм, что является важным при планировании хирургических вмешательств.

Литература:

1. Пури П. Кистозная гигрома (лимфангиома)// Атлас детской оперативной хирургии. – “МЕД-пресс-информ”, Москва 2009. – С.27 – 32.
2. Сабо Дьёрд. Лимфангиома// Хирургия полости рта и челюстно-лицевой области. – “Книга плюс”, Киев 2005. – С. 154
3. Карапетян И.С. Лимфангиома// Опухоли и опухолеподобные поражения органов полости

рта, челюстей, лица и шеи. – “Медицинское информационное агентство”, Москва 2004. – С.124 – 125.

4. Безруков В.М., Робустова Т.Г. Лимфангиома// Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. – “Медицина”, Москва 2004. – С. 681.

5. Шаргородский А.Г. Лимфангиома// Атлас опухолей мягких тканей и костей лица. – “Всероссийский учебно-научно-методический Центр по непрерывному медицинскому и фармацевтическому образованию”, Москва 1998. – С.30 – 33.

6. Исаков Ю.Ф. Лимфангиома// Детская хирургия. – “Медицина”, Москва 1983. – С.580-583.

7. Фалилеев Г.В. Опухоли из кровеносных и лимфатических сосудов// Опухоли шеи. – “Медицина”, Москва 1978. – С.46-52.

8. Shamsiyev A. M., Khusinova S. A. The Influence of Environmental Factors on Human Health in Uzbekistan //The Socio-Economic Causes and Consequences of Desertification in Central Asia. – Springer, Dordrecht, 2008. – С. 249-252.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЛИМФАНГИОМ У ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ

В.А. ЗАРИЧАНСКИЙ¹, А.К. ЕГИАЗАРЯН²,
К.В. ЗАРИЧАНСКАЯ³, А.М. МАРКОСЯН⁴,
А.Ш. ИНОЯТОВ⁵, Г.С. ТАШЕВА⁵,
Ф.С. РАУПОВ⁵, А.Т. АХМЕДОВ⁵,
А.Б. ХАМДАМОВ⁵

1 - Федеральное государственное бюджетное общеобразовательное учреждение высшего образо-

вания «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Министерство здравоохранения Российской Федерации;

2 – Федеральное государственное автономное общеобразовательное учреждение высшего образования «Российский университет дружбы народов» Министерства образования и науки Российской Федерации;

3 – Национальная медицинская академия последипломного образования им. П.Л. Шупика кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии, Украина, г. Киев;

4 - Научно-практический центр специализированной помощи детям им. В.Ф. Войно-Ясенецкого.

5 - Бухарский государственный медицинский институт им. Абу Али ибн Сино, Республика Узбекистан, г. Бухара

Лимфангиома - является одним из распространенных и тяжелых заболеваний в челюстно-лицевой хирургии. До настоящего времени нет единого взгляда на происхождение лимфангиом, однако она как правило в раннем возрастном периоде приобретает клинические черты агрессивной опухоли и создает угрозу для жизнедеятельности. Серьезное внимание при решении данной проблемы уделяется вопросам диагностики и тактики ведения пациентов, срокам консервативной терапии и предоперационной подготовки, объему и виду оперативного лечения.

Ключевые слова: лимфангиома, хирургическое лечение, дети, взрослые.