



СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННЫХ СРЕДИННЫХ СВИЩЕЙ ШЕИ У ДЕТЕЙ

Нарбаев Зафар Камилович

Андижанский Государственный медицинский институт
<https://doi.org/10.5281/zenodo.18712587>

Аннотация: Врожденные срединные свищи шеи у детей являются одной из наиболее распространённых аномалий развития щитовидно-язычного протока и занимают значительное место в структуре детской хирургической патологии. Данная патология формируется вследствие нарушения эмбрионального развития и может проявляться наличием свищевого хода по средней линии шеи, периодическими воспалительными процессами и выделениями из свища. Несвоевременная диагностика и лечение приводят к рецидивам и развитию осложнений.

Ключевые слова: Врожденный срединный свищ шеи; щитовидно-язычный проток; дети; операция Систранка; хирургическое лечение; врожденные аномалии развития; детская хирургия; фистулография; ультразвуковая диагностика; рецидив.

Введение: Врожденные срединные свищи шеи у детей относятся к числу наиболее частых пороков развития шейной области и являются следствием неполной облитерации щитовидно-язычного протока в период эмбриогенеза. Данная патология чаще выявляется в дошкольном и школьном возрасте, однако может диагностироваться и у новорождённых. Клинически срединные свищи проявляются наличием свищевого отверстия по средней линии шеи, слизистыми или гнойными выделениями, а также склонностью к рецидивирующим воспалительным процессам.

Актуальность проблемы обусловлена высокой частотой осложнений при несвоевременном или неполном лечении, а также значительным риском рецидива при недостаточно радикальном хирургическом вмешательстве. Традиционные методы терапии, основанные на простом иссечении свищевого хода, нередко приводили к повторному образованию свища. В связи с этим в современной детской хирургии особое значение придается радикальным и одновременно щадящим методам оперативного лечения.

На сегодняшний день «золотым стандартом» считается операция Систранка, предусматривающая удаление свищевого хода вместе с центральной частью подъязычной кости и прилежащими тканями. Наряду с этим активно внедряются современные методы предоперационной диагностики, включая ультразвуковое исследование и фистулографию, что позволяет уточнить анатомические особенности свища и снизить риск послеоперационных осложнений. Совершенствование хирургических технологий и комплексный подход к лечению способствуют улучшению функциональных и косметических результатов у детей.

Современные методы лечения врожденных срединных свищей шеи основаны преимущественно на хирургическом вмешательстве с обязательным удалением свищевого хода вместе с центральной частью подъязычной кости (операция Систранка), что значительно снижает риск повторного возникновения заболевания. В последние

годы совершенствуются малоинвазивные и косметически щадящие техники, а также методы предоперационной диагностики, включая ультразвуковое исследование и фистулографию. Комплексный подход к лечению позволяет добиться высоких показателей эффективности и минимизировать частоту послеоперационных осложнений. Происхождение срединных свищей шеи, также как и срединных кист, тесно связано с развитием средней доли щитовидной железы; зачаток который появляется у зародыша человека на второй неделе его внутриутробного развития в виде утолщения эпителия в том участке, который соответствует слепому отверстию языка. В дальнейшем этот зачаток превращается втяж *tractus thyreoglossus*; последний же подвергается обратному развитию: на отдельных участках хода эпителиальная ткань замещается соединительной и во многих случаях *tractus thyreoglossus* превращается в соединительно-тканый тяж. Свищи шеи бывают полными с двумя отверстиями: наружным на коже шеи и внутренним, открывающимся в полость рта в области слепого отверстием корня языка при срединных свищах и позади небно-глоточной дужки — при боковых. При неполных свищах имеется лишь одно отверстие на поверхности кожи. Кисты шеи обычно имеют округлую форму, эластическую консистенцию, они ограниченно подвижны. Срединные кисты смещаются при глотании вместе с подъязычной костью. Кожа над кистой в неосложненных случаях не изменена, подвижна и свободно берется в складку. При пальпации образование безболезненно. Размер врожденных кист шеи не превышает 2—4 см в диаметре. Кисты шеи являются переходной стадией в образовании свищей. Последние формируются в результате нагноения кисты и самопроизвольного прорыва на поверхность кожи или же после вскрытия в лечебно-диагностических целях. Срединные кисты располагаются чаще всего между верхним краем щитовидного хряща и подъязычной костью, боковые — по внутреннему краю кивательной мышцы, чаще в средней ее трети. Свищи шеи могут иметь добавочные ходы или дивертикулы. Содержимое кист тягучее, прозрачное, с желтоватым оттенком. Стенка врожденных кист и свищей шеи состоит из плотной волокнистой соединительной ткани. Свищи выстланы многослойным плоским эпителием, среди которого наблюдаются островки мерцательного призматического эпителия. Под эпителиальным покровом встречается лимфоидная ткань в виде ретикулярной сети. В стенках врожденных кист шеи могут выявляться мышечные волокна, частицы хряща, дольки слизистых желез. Свищи шеи бывают полными с двумя отверстиями: наружным на коже шеи и внутренним, открывающимся в полость рта в области слепого отверстием корня языка при срединных свищах и позади небно-глоточной дужки — при боковых. При неполных свищах имеется лишь одно отверстие на поверхности кожи. Кисты шеи обычно имеют округлую форму, эластическую консистенцию, они ограниченно подвижны. Срединные кисты смещаются при глотании вместе с подъязычной костью. Кожа над кистой в неосложненных случаях не изменена, подвижна и свободно берется в складку. При пальпации образование безболезненно. Размер врожденных кист шеи не превышает 2—4 см в диаметре. Кисты шеи являются переходной стадией в образовании свищей. Последние формируются в результате нагноения кисты и самопроизвольного прорыва на поверхность кожи или же после вскрытия в лечебно-диагностических целях. Срединные кисты располагаются чаще всего между верхним краем щитовидного хряща и подъязычной костью, боковые — по

внутреннему краю кивательной мышцы, чаще в средней ее трети. Свищи шеи могут иметь добавочные ходы или дивертикулы. Содержимое кист тягучее, прозрачное, с желтоватым оттенком. Стенка врожденных кист и свищей шеи состоит из плотной волокнистой соединительной ткани. Свищи выстланы многослойным плоским эпителием, среди которого наблюдаются островки мерцательного призматического эпителия. Под эпителиальным покровом встречается лимфоидная ткань в виде ретикулярной сети. В стенках врожденных кист шеи могут выявляться мышечные волокна, частицы хряща, дольки слизистых желез.

Цель: Определение кист и свищей шеи, а также индивидуальный подход при лечении. При неполной облитерации хода в каком – либо листе может возникнуть киста, располагающаяся вдоль этого хода. При некоторых условиях эти эпителиальные кисты могут инфицироваться и тогда, нагноившись, они вскрываются наружу, превращаясь в незаживающий свищ.

Методы и результаты исследования: Жалобы при поступлении у всех больных были: на постоянные выделения из свищевого хода на передней поверхности шеи, а при наличии кисты – жалобы на припухлость на передней поверхности шеи. В анамнезе нередко отмечалось, что возникновению срединного свища шеи предшествовало образование кисты, которая, нагноившись, затем прорывалась самостоятельно или же вскрывалась оперативным путем. Анализ полученных данных показал, что устье свища у всех больных располагалось ниже подъязычной кости, то есть, в области щитовидного хряща. Анализ полученных сведений показал, что из общего числа больных со срединными кистами и свищами шеи 23 человек составили жители сельской местности, а 14 человек – городские жители, из них мужчин было 26, женщин – 11. В возрастном же отношении больные распределились следующим образом: До 7 лет – 3, от 7 до 10 лет 8, от 10 до 14 лет – 12, от 15 до 20 лет – 8 и от 21 и старше 6. Следовательно максимальное количество больных мы наблюдали в детском возрасте (от 7 до 14 лет 62%) Мы считаем, что срок хирургического лечения должен быть решен в каждом случае индивидуально. Здесь необходимо учитывать характер заболевания, частоту обострений, рост кисты, наличие сопутствующих заболеваний, связанных с наличием кисты или свища и т.д. Большинство больных с данной патологией мы оперировали под местной инфильтрационной анестезией 0,25%-1%. Sol. Novocaini, только у детей младшего возраста операция производилась под общим эфирно-кислородным или интубационным наркозом. После удаления срединных (особенно полных) свищей раны бывают обширными, поэтому мы поэтапно накладывали швы. Удаленный свищевой ход отправляли на гистологическое исследование, при котором выявлялось следующее: стенка свища состояла из соединительной ткани, в толще которой встречаются мышечные волокна, стенка просвета свищевого хода покрыта чаще цилиндрическим, реже многослойным плоским эпителием.

В послеоперационном периоде у большинства больных наблюдался отек в области валекул, черпаловидных хрящей, черпало-надгортанных складок, иногда грушевидных ямок. Глотание у всех больных было болезненным, поэтому всем прооперированным назначали жидкую пищу. Все эти явления исчезали в течение 5-7 дней. Отдаленные результаты удалось проследить только у 28 больных, все явившиеся на осмотр были трудоспособны. Лечение врожденных свищей шеи только

оперативные, а сроки хирургического лечения должен быть решен в каждом случае индивидуально.

Во всех случаях рецидивирования срединных патологических образований шеи, наблюдавшихся нами, не была произведена резекция тела подъязычной кости. Необходимость этой резекции связана с тем, что согласно существующему мнению эпителиальные элементы, спаянные или погруженные в тело подъязычной кости, являются основной причиной рецидивирования указанных образований. В связи с этим неременным условием хирургического вмешательства по поводу врожденных срединных кист и свищей шеи является клиновидная резекция тела подъязычной кости

Вывод: Необходимо шире внедрять для диагностики врожденных свищей шеи рентгенологические методы исследования, в частности контрастная рентгенография. Определение кист и свищей шеи, а также индивидуальный подход при лечении.

Врожденные срединные свищи шеи у детей представляют собой актуальную проблему детской хирургии, требующую своевременной диагностики и радикального лечения. Анализ современных методов терапии показывает, что на сегодняшний день наиболее эффективным способом лечения является хирургическое вмешательство с применением операции Систранка, предусматривающей удаление свищевого хода вместе с центральной частью подъязычной кости. Данный подход позволяет значительно снизить частоту рецидивов и послеоперационных осложнений.

Использование современных методов визуализации, таких как ультразвуковое исследование и фистулография, способствует точной предоперационной диагностике и выбору оптимальной тактики лечения. Внедрение малоинвазивных и косметически щадящих технологий также улучшает эстетические результаты и сокращает сроки реабилитации у детей.

Таким образом, комплексный подход, включающий раннюю диагностику, радикальное хирургическое лечение и грамотное послеоперационное ведение пациентов, обеспечивает высокую эффективность терапии врожденных срединных свищей шеи и снижает риск развития осложнений и повторных вмешательств

Литература:

1. Богомильский М.Р., Балясинская С.Л., Кручинина И.Л. Хирургическое лечение врожденных пороков развития наружного и среднего уха у детей. Вестник оториноларингологии. 1996;5:4-9.
2. Ситников В.П. Современная диагностика и лечение кист и свищей шеи. Российская оториноларингология. 2007;6:144-148.
3. Шеврыгин Б.В. Детская амбулаторная оториноларингология. М.: Медицина; 1991.
4. Бернадский Ю.Н. Основы челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. Витебск: Белмедкнига; 1998.
5. Литвинова Л.А. Срединные и боковые кисты шеи: Дис. ... канд. мед. наук. М. 1993.
6. Шадыев Х.Д., Экимова Г.М., Вишняков В.В. Хирургические и микрохирургические методы лечения срединных кист и свищей шеи. Вестник оториноларингологии. 1995;1:51-52.

7. Киселев А.С., Паженев А.Н. Бранхиогенные кисты и свищи шеи и лица. Российская оториноларингология. 2007;5:91-94.
8. Венгловский Р.Н. О свищах и кистах шеи в связи с учением о развитии и строении жаберного аппарата языка, щитовидной и зубной желез. М. 1909.
9. Васильев Н.А. О срединных и боковых кистах и свищах шеи. Вестник оториноларингологии. 1963;1:82-84.
9. Щербатов И.И. Аномалия развития верхних дыхательных путей. В кн.: Многотомное руководство по оториноларингологии. Т. 3. 1963;7-32..

