

Никитина А.И., Цап Н.А.

НЕОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГЕАНГИОМ У ДЕТЕЙ

ГБОУ ВПО Уральская государственная медицинская академия Минздрава России

Актуальность. Гемангиома – это доброкачественная опухоль, исходящая из кровеносных сосудов, встречающаяся как у детей, так и у взрослых. Зачатки гемангиом в большинстве случаев присутствуют уже при рождении пациентов. По строению, протекающим обменным процессам и гистохимическим свойствам они характеризуются как доброкачественные, но нередко в начале своего развития обладают быстрым ростом. Термин «гемангиома» предложен Рудольфом Вирховым в 1864 году. Ему же принадлежит первая попытка систематизации гемангиом. Последующие классификации основывались на его разделении гемангиом по макроскопическому строению. В нашей стране наибольшее распространение нашла классификация С.Д. Терновского (1959), в которой все гемангиомы делятся на простые, кавернозные, комбинированные (имеют подкожную и кожную части) и смешанные (состоит из различных тканей). К 2010 году группой российских исследователей под руководством проф. В.В. Рогинского сформулирована новая классификация сосудистых образований черепно-лицевой зоны (в основе классификация ISSVA, 1996) и дана теория возникновения гемангиом, как сосудистой гиперплазии в ответ на тканевую гипоксию [3]. Ряд отечественных и зарубежных авторов рассматривают гемангиому как доброкачественную сосудистую опухоль [4]. Гемангиома встречается довольно часто и составляет 45,7% всех опухолей кожи и мягких тканей у детей. Наиболее активный рост опухоли отмечается с возраста 2–3 недель, спонтанная регрессия проявляется в относительном замедлении роста опухоли после достижения ребенком возраста 6-ти месяцев. Гемангиомы, как правило, обнаруживаются сразу после рождения ребенка (87,5%) или в первые месяцы жизни. Наиболее бурный рост отмечается у недоношенных детей. Несмотря на возможность остановки роста гемангиомы с последующей инволюцией, дальнейшее развитие ее все же остается непредсказуемым, что требует применения лечебных мероприятий на ранних стадиях развития [1, 2]. В литературе описано множество

методов лечения гемангиом у детей: хирургический, криотерапевтический, склерозирующее лечение, диатермокоагуляция, гормональная терапия, лазеротерапия, метод сверхвысоких частот, а также за рубежом широкое использование нашел метод использования пропранолола. Большое количество предложенных методов говорит об отсутствии единого, общепринятого подхода, отвечающего всем требованиям реконструктивной терапии и эстетической хирургии. Закономерно, что проблема избавления детей от гемангиом, начиная от периода новорожденности, остается острой, что влечет за собой необходимость разработки новых подходов к теории возникновения, прогрессирования и инволюции сосудистых новообразований и нахождения новых методов лечения гемангиом.

Цель исследования – определить клинические особенности течения гемангиом у детей и правильность выбора терапии у детей разных возрастных групп.

Материалы и методы исследования

На базе Областной детской клинической больницы № 1 в отделении плановой хирургии и хирургии новорожденных в 2012 году находилось на стационарном лечении 49 детей от 3-х месяцев до 12 лет с гемангиомами различной локализации (табл. 1). Наибольшая группа (57,5%) в возрастной структуре представлена детьми от 6 до 24 месяцев жизни.

Таблица 1
Возрастная структура детей с гемангиомами

Возраст ребенка (мес.-год)	Абсолютное кол-во N	Относительное кол-во %
До 6 месяцев	9	18%
От 6 месяцев до 1 года	12	24,5%
От 1 года до 2х лет	16	33%
Старше 2х лет	12	24,5%
Всего	49	100%

Все дети поступали в плановом порядке для оперативного лечения. Основной жалобой при поступлении было наличие образования различной локализации. У детей, поступивших в

первые 6 месяцев жизни, родители отмечали интенсивный рост гемангиомы по периферии и в глубину, что послужило поводом к госпитализации и оперативному лечению. Дети старших возрастов поступали в отделения после выявления сосудистого образования хирургом поликлиники, основной жалобой являлось наличие образования, причиняющего косметический дефект.

При поступлении детям проводилось общеклиническое, лабораторное исследование, оценка местного статуса с измерением размеров гемангиомы и характером поражения окружающих тканей. По показаниям (интенсивный рост образования, сложная анатомическая локализация) ребенку проводилось ультразвуковое исследование образования, а также компьютерная томография, магнитно-резонансная томография с сосудистым усилением.

В городе Екатеринбург и Свердловской области в настоящее время на базе двух хирургических клиник детской хирургии приняты следующие методы лечения на догоспитальном этапе: криодеструкция жидким азотом, а также эндосклерозирование с использованием препарата «Этоксисклерол». Эндосклерозирование небольших гемангиом туловища допустимы в поликлинических условиях, гемангиомы «опасных» локализаций, а особенно пальцев кистей или носа, требуют госпитализации и общего обезболивания при проведении манипуляции. После проведения консервативных мероприятий при отсутствии эффекта или быстром росте образования пациенты направлялись на госпитализацию, где проводилось оперативное лечение.

Лечебная тактика предусматривала выполнение оперативного вмешательства: иссечение гемангиомы в пределах здоровых тканей с тщательным гемостазом. Анестезиологическое пособие ребенку при операциях на мягких тканях обеспечивается путем проведения аппаратно-масочного наркоза. Операционный материал подвергнут гистологическому исследованию специалистами областного патологоанатомического бюро со стандартной проводкой и окрашенной удаленной патологической ткани.

Результаты исследования и их обсуждение

На первоначальном этапе изучения клинических особенностей течения гемангиом у детей проведена оценка наиболее типичных областей

локализации врожденных сосудистых образований и их макроскопической картины (рис. 1), на основе которой строился клинический диагноз. Гемангиомы, располагающиеся на конечностях и туловище (грудной клетки, передней брюшной стенке и спине), имели 22 (44,9%) ребенка. Наибольшие трудности в выборе оптимального метода лечения представляли дети с «опасными», сложной анатомической локализации гемангиомами: на лице, волосистой части головы и шее – 14 (28,6%) случаев; гемангиома промежности – 1 (2%), множественные образования выявлены у 12 (24,4%) детей.



Рис. 1. Клинические (макроскопические) формы гемангиом у детей

При анализе морфологических изменений сосудистых новообразований (операционный материал) установлено, что всем гемангиомам присуща зональность строения, обусловленная их экспансивным периферическим ростом: так, в периферических зонах на границе со здоровой тканью расположены наименее дифференцированные сосуды и клеточки, ангиогенная ткань находится по периферии опухоли. Структура капилляров гемангиомы отличается от таковой капилляров здоровой кожи: извитая конфигурация, многослойная базальная пластинка, эндотелиоциты богаты органеллами и имеют развитый цитоскелет, перициты отличаются высокой митотической активностью. В центральных зонах находятся зрелые капилляры с толстыми стенками и широким просветом, значительный объем (до 34%) занимает строма. С возраста 6 месяцев рост гемангиомы приостанавливается, при этом в ткани геманги-

ом отмечаются деструктивные изменения, сопровождающиеся склерозом стромы, утолщение базальной мембраны.

Клинический пример: мальчик Г., 6 лет, поступил в плановое хирургическое отделение в марте 2012 года с жалобами на наличие образования в области левого надплечья, появившееся 2 года назад, в течение 2-х лет отмечался медленный рост образования. Проведено УЗИ образования: в надплечевой области между мышечными волокнами визуализируется мягкотканное образование размерами 58,5*27,3*51,6мм, с множественными кистозными полостями, при цветном доплеровском картировании отмечается усиленный кровоток в стромальном компоненте образования. Заключение: гемлимфангиома левого надплечья. ЭМГ верхних конечностей: незначительно снижена проводимость чувствительных ветвей срединного и локтевого нервов слева. МРТ с сосудистым усилением: образование гиперинтенсивное с неровными четкими контурами, эластичное, размером 49*25*58мм, через образование проходят расширенные сосуды (вены). Образование расположено между мышцей, поднимающей лопатку, и ременной мышцей шеи, от уровня С5 позвонка до задней пластинки 2 ребра, к крупным сосудам не прилежит. Заключение: жидкостное образование мягких тканей заднебоковой поверхности шеи (гемлимфангиома?). Ребенку выполнено оперативное вмешательство с полным выделением из окружающих тканей и иссечением сосудистого образования. Операционный материал отправлен на гистологическое исследование. Морфологическая картина показала наличие опухоли из извитых сосудов капиллярного, венозного, артериального происхождения, часть из которых со склерозированными стенками, кальцификатами. Сосуды расположены между пучками межмышечных волокон, окружены разрастаниями фиброзной ткани, включающей в себя атрофированные мышечные пучки. Заключение: межмышечная гемангиома в стадии инволюции.

Послеоперационный период у всех детей протекал благоприятно, заживление швов (типично косметических внутрикожных) первичным натяжением. Рецидивов гемангиом не отмечено, продолжается длительное динамическое наблюдение.

Выводы

1. Дети раннего возраста требуют пристального наблюдения детским хирургом, применения консервативных методов лечения на ранних стадиях.
2. У детей до 6 месяцев отмечается быстрый рост образования, что требует ранней госпитализации и проведения оперативного лечения.
3. Инволютивные изменения гемангиом отмечаются у детей после 6 месяцев жизни, что также требует продолжать длительное динамическое наблюдение за клиническими изменениями сосудистого образования, дифференцированно подходить к выбору метода лечения.
4. Корреляция клинических и морфологических особенностей течения гемангиом у детей позволит разработать современный лечебно-тактический алгоритм.

ЛИТЕРАТУРА

1. Подшивалова О.А. Дифференцированный подход к лечению гемангиом у детей / Детская хирургия, 2012.- №1.-С.25-27.
2. Разуваев С.Н. Лечение гемангиом мягких тканей лица у детей методом криодеструкции в условиях поликлиники. / Автореф. дисс. ... к.м.н. - Москва, 2004.- 24 с.
3. Рогинский В.В., Надточий А.Г., Григорьян А.С. и др. Классификация образований из кровеносных сосудов челюстно-лицевой области и шеи у детей / Стоматология. Специальный выпуск. 2013.
4. Hoeger P.H. Infantile haemangioma: New aspects on the pathogenesis of the most common skin tumour in children / British Journal of Dermatology, 164. 2011.