

Information about the authors

A.A. Alekseeva* – Student of Pediatric Faculty

Ya.V. Komina – Student of Pediatric Faculty

Yu.N. Ibragimova – department assistant

*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):

AgashkovAAA@yandex.ru

УДК: 616-006.311.03

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ГЕМАНГИОМЫ III-IV ПАЛЬЦА ПРАВОЙ СТОПЫ У РЕБЕНКА

Алексеева Анастасия Сергеевна, Моисеева Алена Олеговна, Плотникова Инга Альбертовна
Кафедра детских болезней лечебно-профилактического факультета

ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России

Екатеринбург, Россия

Аннотация

Введение. В данной работе представлен клинический случай гемангиомы III-IV пальца правой стопы. **Цель исследования** – изучить амбулаторную карту пациента и проанализировать тактику проведенного лечения.

Материал и методы. Клинический случай описан на основании амбулаторной карты больного. **Результаты.** Пациентку А 12 лет беспокоили боли в области 4-5 пальца правой стопы, отек и цианоз. После обращения к хирургу и проведения рентгенографии был выставлен диагноз аллергического отека и назначено лечение, которое не принесло эффекта. Пациентка была вынуждена повторно обратиться к другим специалистам. Дополнительно были проведены УЗИ, МРТ и выставлены предварительные диагнозы: неврома Мортон и флебэктазия подошвенной поверхности 4 пальца правой стопы. В дальнейшем поставлены диагнозы: ангиодисплазия и мультилокулярное жидкостное доброкачественное объемное образование (гемангиома) в области подошвенной и боковой сторон 4-го пальца и в основании 4-го и 3-го пальцев (кзади достигая плюснефаланговых суставов). После этого была назначена операция по удалению гемангиомы, в ходе которой она была извлечена. По результатам биопсии – определена кавернозная гемангиома. **Выводы.** При сложных, глуболежащих гемангиомах мягких тканей, когда нет эффекта от терапии β-адреноблокаторами и склеротерапии, показана хирургическая операция по удалению данного патологического образования.

Ключевые слова: гемангиома, диагностика глуболежащей гемангиомы мягких тканей, лечение гемангиомы.

A CLINICAL CASE OF HEMANGIOMA OF THE III-IV TOE OF THE RIGHT FOOT IN A CHILD

Alekseeva Anastasia Sergeevna, Moiseeva Alyona Olegovna, Plotnikova Inga Albertovna

Department of Pediatric Diseases of the Faculty of Medicine and Prevention

Ural State Medical University

Yekaterinburg, Russia

Abstract

Introduction. This paper presents a clinical case of hemangioma of the III-IV toe of the right foot. **The aim of the study** is to study the patient's outpatient chart and analyze the tactics of the treatment. **Material and methods.** The clinical case is described on the basis of the patient's outpatient chart. **Results.** Patient A, aged 12, was troubled by pain in the area of 4-5 toes of the right foot, edema and cyanosis. After contacting a surgeon and conducting an X-ray, an allergic edema was diagnosed and treatment was prescribed, which did not have an effect. The patient was forced to turn to other specialists again. Additionally, ultrasound, MRI were performed and preliminary diagnoses were made: Morton's neuroma and phlebectasia of the plantar surface of the 4th toe of the right foot. Further diagnoses were made: angiodysplasia and multilocular liquid benign volumetric formation (hemangioma) in the area of the plantar and lateral sides of the 4th finger and at the base of the 4th and 3rd fingers (posteriorly reaching the metatarsophalangeal joints). After that, an operation was scheduled to remove the hemangioma, during which it was extracted. According to the results of the biopsy, a cavernous hemangioma was determined.

Conclusion. In complex, deep-lying hemangiomas of soft tissues, when there is no effect from therapy with beta-blockers and sclerotherapy, surgical operation to remove this pathological formation is indicated.

Keywords: hemangioma, diagnosis of deep-lying soft tissue hemangioma, treatment of hemangioma

ВВЕДЕНИЕ

Гемангиомы являются доброкачественными сосудистыми аномалиями и представляют собой опухоли, исходящие из гиперплазированного эндотелия [2]. Наиболее редкими являются внутримышечные гемангиомы нижних конечностей (составляют всего 0,8% от всех

гемангиом [3]). Классификация гемангиом является предметом дискуссии, так как существует множество вариантов. Большинство авторов выделяют поверхностные, глубокие и смешанные формы гемангиом. Гистологически внутримышечные гемангиомы можно разделить на 4 типа в зависимости от размера сосуда: кавернозные, капиллярные, венозные и смешанные [3]. Этиология гемангиом остается до конца не изученной, но есть множество гипотез, связанных как с генетической предрасположенностью, так и с инфекционной природой данной опухоли, а также некоторые авторы связывают ее с травматизацией. Хотя патогенез все еще остается неясным, часто предполагают врожденное происхождение, и в большинстве зарегистрированных случаев обычно присутствует травма в анамнезе [4]. Именно поэтому в диагностике и лечении данных сосудистых опухолей возникают сложности, большинство из которых приходится на смешанные формы, когда инфильтративный рост патологического очага распространяется в глуболежащие мягкие ткани [1]. Обычно внутримышечная гемангиома возникает в виде медленно увеличивающейся массы, и боль является основным симптомом примерно в 60% случаев [3]. Боль появляется из-за отека, сдавливающего окружающие мягкие ткани, а также резко выраженная боль может быть следствием сдавления нервов. Кожа над образованием при этом приобретает синий, либо красный оттенок, что является следствием венозной или артериальной гиперемии, в зависимости от типа сосуда, образующего гемангиому. Несмотря на то, что этиология и патогенез до конца не ясны, существует большая варибельность методов лечения. Консервативные варианты лечения включают пероральный пропранолол, тимолол для местного применения и пероральные кортикостероиды. Еще одним из актуальных методов лечения гемангиом является склерозирующая терапия 3% раствором этоксисклерола [5]. При лечении данным склерозантом кавернозных форм гемангиом в результате отсутствовали видимые следы на коже ребенка после лечения, что означало его полное выздоровление. Что касается смешанных форм гемангиом, то здесь чаще всего отмечался повторный рост сосудистой опухоли, регресс гемангиомы обычно наступал на 10-14 день после первого введения раствора 3% этоксисклерола. Впоследствии помимо регрессии наблюдалось образование нормотрофического рубца. Показания к активному вмешательству включают кровотечение, не поддающееся лечению, надвигающиеся изъязвления в областях, где могут возникнуть серьезные осложнения, прорастание в жизненно важные структуры, осложнения, угрожающие жизни или функционированию, и значительные увечья [5].

Цель исследования – изучить амбулаторную карту пациента и проанализировать тактику проведенного лечения.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В рамках работы был проведен анализ истории болезни пациентки с гемангиомой III-IV пальца правой стопы, находящейся на амбулаторном лечении, за период X и выявлены ошибки в диагностике и лечении данной патологии.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Пациентка А 12 лет, обратилась с мамой по месту жительства к детскому хирургу с жалобами на боль в области 4-5 пальца правой стопы, отек и цианоз (рис. 1). Была проведена рентгенография правой стопы, которая не показала патологических изменений, вследствие чего был поставлен диагноз: аллергический отек. Назначен супрастин 1 раз в день в течение недели и ихтиоловая мазь. Лечение эффекта не принесло из-за чего решили обратиться за консультацией к хирургу-травматологу. Врачом был проведен осмотр и поставлен диагноз: инкапсулированное инородное тело. При болях рекомендованы НПВС, 1 раз в день наносить мазь Вишневского и ванночки с теплой водой. Через полгода была назначена операция. Однако боли стали сильнее и после физической нагрузки отмечались судороги. Поэтому решили обратиться повторно к врачу детскому-хирургу детской областной больницы. В ходе консультации которого, было рекомендовано проведение УЗИ мягких тканей и ЦДК, с дальнейшей повторной явкой на консультацию уже с результатами. По результатам УЗИ была выявлена флебэктазия подошвенной поверхности 4 пальца правой стопы (рис. 2). При повторной консультации был поставлен предварительный диагноз: невринома Мортонна и

вторичная флeбэктазия подошвенной поверхности 4 пальца стопы. Вpачом была рекомендована ЭНМГ, результаты которой оказались в норме. Назначена консультация невролога, который выставил следующий диагноз: умеренный вялый парез резидуального характера правой нижней конечности. С учетом всей имеющейся клинической картины, невринома Мортонa была не исключена. Рекомендовано проведение МРТ правой стопы и дальнейшая консультация нейрохирурга. По заключению МРТ выявлена флeбоангиоэктазия подошвенной поверхности. После чего Пациент А и его мама повторно записались на консультацию к врачу детскому хирургу. По результатам приема врача был снова поставлен диагноз: инкапсулированное инородное тело (стекло?). Приобретенная ангионеврома. Назначена операция: удаление инородного тела. Перед операцией девочка проконсультирована другим хирургом за консультацией, который опроверг диагноз инкапсулированного инородного тела и предложил дорогостоящее лечение склерозантами без гарантий эффективности, поэтому родители ребенка приняли решение обратиться к другому врачу. Следующий специалист поставил диагноз: ангиодисплазия правой стопы и рекомендовал применение гелей троксевазин, индовазин, быструм гель местно до 3-х раз в день, при болях - применение НПВС. Было рекомендовано обратиться к заведующему отделением детской хирургии за консультацией, которая установила диагноз: локальная ангиодисплазия правой стопы малых размеров. Рекомендации: аппликации тизоль с проспиридином 3%, чередовать с тизолем с диклофенаком 6-8 раз в сутки тонким слоем, при выраженной боли нурофен, возвышенное положение конечностей, явка на осмотр через 6 мес с результатами УЗИ образования.

Поскольку болевой синдром сохранялся, родители ребенка обратились к платному специалисту флебологу, который ввёл в образование дипроспан в объеме 0,5 мл. На некоторое время боли прекратились, что объясняется снятием отека, который сдавливал окружающие ткани и сосудисто-нервные образования данной области. Однако по истечении 6 мес. снова появились боли в месте образования при физической нагрузке и после нее, а также судороги 3-4 пальца правой стопы.



Рис. 1. Гемангиома III-IV пальца правой стопы

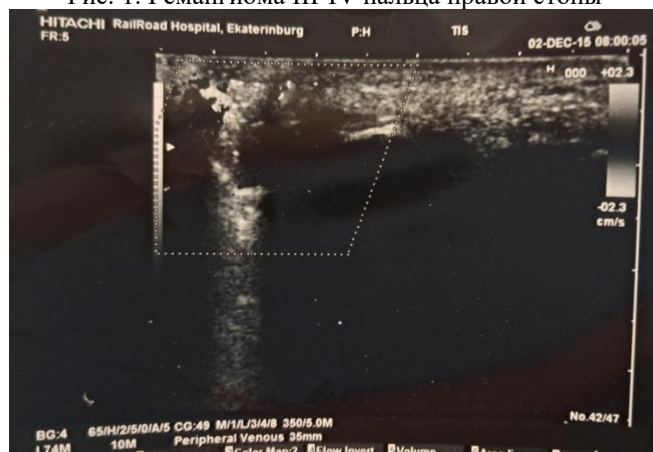


Рис. 2. УЗИ гемангиомы III-IV пальца правой стопы



Рис. 3. МРТ гемангиомы III-IV пальца правой стопы

Пациентка А и его мама обратились за консультацией к врачу сердечно-сосудистому хирургу, который предположил диагноз: гемангиома 3-4 пальца стопы, провел УЗИ и назначил МРТ. На УЗИ мягких тканей было сделано следующее заключение: УЗИ-признаки образования правой стопы. По МРТ-исследованию было определено мультилокулярное жидкостное доброкачественное объемное образование (гемангиома) в области подошвенной и боковой сторон 4-го пальца и в основании 4-го и 3-го пальцев (кзади достигая плюснефаланговых суставов) (рис. 3). При повторной консультации врача сердечно-сосудистого хирурга была назначена операция- удаление гемангиомы. В результате операции гемангиома была извлечена, по результатам биопсии была определена кавернозная гемангиома.

ОБСУЖДЕНИЕ

Данный клинический случай демонстрирует основные трудности при постановке диагноза такого заболевания, как глубокая формы гемангиомы. Диагностическая сложность, с которой может столкнуться клиницист любой специальности, заключается в том, что гемангиома глубоколежащих мягких тканей может имитировать клинику другого заболевания, например, таких как аллергический отек, инкапсулированное инородное тело, невринома Мортона, вторичная флебэктазия, локальная ангиодисплазия, что затягивает сроки назначения адекватной консервативной терапии и хирургического вмешательства. УЗИ не всегда способно помочь поставить правильный диагноз при глубоко расположенных гемангиомах, поэтому, правильнее будет проводить МРТ для более точной диагностики. При своевременной диагностике и назначении пропранолола ребенку, возможно было бы обойтись консервативным методом лечения.

ВЫВОДЫ

1. Необходимо помнить, что "золотым стандартом" лечения гемангиом является пропранолол в возрастной дозировке.
2. При местном отеке необходимо назначать пероральные глюкокортикостероиды.
3. При неэффективности β -адреноблокаторов необходимо комбинировать их со склерозирующей терапией.
4. При сложных, глубоколежащих гемангиомах мягких тканей, когда нет эффекта от терапии β -адреноблокаторами и склеротерапии, показана хирургическая операция по удалению данного патологического образования.
5. На сегодняшний день в литературе описаны лишь единичные клинические случаи гемангиомы глубоколежащих мягких тканей, что требует кумуляции данных сосудистых образований.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Перловская, В. В. Ошибки и Опасности в диагностике и лечении гемангиом кожи у детей / В. В. Перловская, И. Н. Кайгородова // Сибирский медицинский журнал. – 2010. – № 6. – С. 234–236.
2. Пашенко, Ю. В. Гемангиомы у детей: современные тенденции и перспективные направления лечения / Ю. В. Пашенко, В. П. Вивчарукв, К. Ю. Пашенко // Медицина неотложных состояний. – 2011. – № 6(37). – С. 13–18.
3. Intramuscular hemangioma within the biceps brachii causing the limitations of elbow extension and forearm pronation: A case report / Yang Liu, Ruijun Li, Zhigang Liu [et al.] // Medicine. – 2019. – Vol. 98, № 5. – e14343.
4. Surgical management of intramuscular hemangioma of the foot: a case report / K. Lahrach, S. Abdulrazak, A. Marzouki, F. Boutayeb // Patient Safety in Surgery. – 2019. – Vol. 13, № 1. – P. 1-4.
5. Kowalska M. Infantile Hemangiomas: An Update on Pathogenesis and Treatment / M. Kowalska, W. Debek, E. Matuszczak // Journal of Clinical Medicine. – 2021. – Vol. 10, № 20. – P. 4631.

Сведения об авторах

А.О. Моисеева* – студент

А.С. Алексеева – студент

И.А. Плотникова – доктор медицинских наук, доцент

Information about the authors

A.O. Moiseeva* – student

A.S. Alekseeva – student

I.A. Plotnikova – Doctor of Sciences (Medicine), Associate Professor

*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):

alenkasurgeon@gmail.com

УДК: 616.511.8-053.31-085

ВРОЖДЕННЫЙ ИХТИОЗ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Алексеева Анастасия Васильевна, Демидова Римма Александровна, Каширская Елена Игоревна

Кафедра госпитальной педиатрии и неонатологии

ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет» Минздрава России
Астрахань, Россия

Аннотация

Введение. Ихтиозы — это группа редких генетических заболеваний с широким фенотипическим спектром, характеризующихся чаще всего генерализованным гиперкератозом и шелушением с вариабельной эритемой. В основе патогенеза врожденного ихтиоза лежат изменение структуры кератина и его гиперпродукция. Фенотипическая гетерогенность ихтиоза является результатом многочисленных вариантов генных мутаций, которые приводят к нарушению гомеостаза зернистого и рогового слоев, вызывая структурные и функциональные нарушения кожного барьера. Диагноз в большинстве случаев устанавливается сразу после рождения на основании клинических данных. Основой лечения являются правильный уход за кожей, регулярное ее увлажнение, предупреждение инфицирования. **Цель исследования** – описать особенности клинического течения, диагностики и терапии семейных случаев врожденного ихтиоза. **Материал и методы.** Истории болезни пациентов с врожденным ихтиозом. **Результаты.** В статье описаны клинические случаи врожденного ихтиоза у двух мальчиков из одной семьи, рожденных с разницей 8 лет. На момент рождения у обоих детей отмечались схожие клинические признаки и характер течения заболевания. **Выводы.** У детей в данной семье проявилась генетически близкая форма врожденного ихтиоза. Благодаря своевременно начатой комплексной терапии и правильному уходу отмечалась существенная положительная динамика.

Ключевые слова: кожа, врожденный ихтиоз, новорожденный ребенок, клинический случай

CONGENITAL ICHTHYOSIS. A CLINICAL CASE

Alekseeva Anastasia Vasilyevna, Demidova Rimma Alexandrovna, Kashirskaya Elena Igorevna

Department of Hospital Pediatrics and Neonatology

Astrakhan State Medical University

Astrakhan, Russia

Abstract

Introduction. Ichthyosis is a group of rare genetic diseases with a wide phenotypic spectrum, characterized most often by generalized hyperkeratosis and peeling with variable erythema. The pathogenesis of congenital ichthyosis is based on a change in the structure of keratin and its hyperproduction. The phenotypic heterogeneity of ichthyosis is the result of numerous variants of gene mutations that lead to a violation of the homeostasis of the granular and horny layers, causing structural and functional disorders of the skin barrier. In most cases, the diagnosis is established immediately after birth based on clinical data. The basis of treatment is proper skin care, regular moisturizing, prevention of infection. **The aim of the study** is to describe the features of the clinical course, diagnosis and therapy of familial cases of congenital