

УДК: 617-089.844
DOI

Ш.М.СЕЙДИНОВ, А.З.КУСАИНОВ, В.Р.ТАИРОВ, Д.Р.СУЛТАНОВ, М.Т.ДУЙСЕБАЕВ

Международный казахско-турецкий университет имени Х.А.Ясауи, Туркестан, Казахстан
Казахский Национальный Медицинский Университет имени С.Д.Асфендиярова, Алматы, Казахстан

ЛЕЧЕНИЕ ГЕАНГИОМ У ДЕТЕЙ ПРИ НАРУЖНЫХ ЛОКАЛИЗАЦИЯХ

Резюме: В данной статье представлены результаты лечения 42 пациентов от 28-дневного возраста до 4 лет, которые лечились гемангиомой, с локализацией на поверхности кожи, путем криодеструкции и склеротерапии в 2010-2018 годах. Хотя гемангиома является доброкачественной опухолью, она известна своим быстрым ростом и агрессивным, иногда быстрым ростом окружающих тканей, нанося косметический и функциональный дефект. Наиболее сложным для лечения является локализация патологического процесса в области носа, губ, слизистой оболочки полости рта, век, ушей и половых органов. Лечение детей с гемангиомой следует начинать как можно раньше – с момента установления диагноза. Необходимо отказаться от принципа откладывания лечения детей с гемангиомой на позднее время. Регрессия гемангиомы не превышает 3%, поэтому доверять нельзя, особенно на современном этапе. Самоизлечение гемангиомы встречается крайне редко, поэтому должно рассматриваться как исключение.

Ключевые слова: гемангиома, ребенок, криодеструкция, лечение путем склеротерапии.

Ш.М.Сейдинов, А.З.Құсайынов, В.Р.Таиров, Д.Р.Султанов,
М.Т.Дүйсебаев

Қ.А.Ясауи атындағы Халықаралық қазақ-түрік университеті,
Түркістан, Қазақстан «С.Ж.Асфендияров атындағы Қазақ
ұлттық медицина университеті» Алматы қаласы, Қазақстан.

S.H.M.Seydinov, A.Z.Kusainov, V.R.Tairov, D.R.Sultanov,
M.T.Duisebayev

Akhmet Yassawi International Kazakh-Turkish University, Turkestan,
Kazakhstan "Kazakh National Medical University named after S.D.
Asfendiyarov" Almaty, Kazakhstan.

БАЛАЛАРДА СЫРТҚЫ ЛОКАЛИЗАЦИЯСЫ БАР ГЕАНГИОМАНЫ ЕМДЕУ

Түйін: Бұл мақалада 2010-2018 жылдары терінің беткейінде орналасқан гемангиоманы криодеструкция және склеротерапия жолымен емделген, жастары 28 күнмен 4 жасар аралығындағы 42 науқастарды емдеу нәтижелері ұсынылған. Гемангиома қатерсіз ісік болғанымен, бастапқы кезде тез өсіп кетуімен, кейде агрессивті өсуімен танымал, косметикалық және функционалдық залал келтіретін патология. Гемангиомамен ауыратын балаларды емдеуді мүмкіндігінше ертерек бастау керек – диагнозы белгілі болғаннан бастап. Гемангиомасы бар балаларды емдеуін кейінге қалдырудан бас тарту қажет. Гемангиоманың регрессиясы 3% аспайды, сол себептен оның өзі жазылады деп сенуге болмайды, әсіресе қазіргі кезеңде. Гемангиоманың өзінің емделуі өте сирек кездеседі, сол себептен ерекшелік ретінде қарастырылуы тиіс.

Түйінді сөздер: гемангиома, бала, криодеструкция, склеротерапия жолымен емделу.

TREATMENT OF HEMANGIOMAS IN CHILDREN OF EXTERNAL LOCALIZATION

Resume: The article shows the results of treatment of 42 patients from 28 days to 4 years with hemangiomas integument cryodestruction between 2010 and 2016. Hemangiomas are benign and even tumors, often at the beginning of their development have a rapid, aggressive, and sometimes lightning, increasing the destruction of surrounding tissues, causing the braid as the arithmetic and functional damage. Most difficult to treat is the localization of the pathological process in the region but sa, lips, mucous membranes of the mouth, eyelids, ears and genitals. Treatment of hemangiomas in children should begin as soon as possible after diagnosis. We must renounce the expectant management of hemangiomas in children integument. You should never rely on spontaneous regression of angiomas, which does not exceed 3%. Self-healing hemangiomas, especially at the present stage, occurs rarely and such cases should be regarded as an exception.

Keywords: hemangioma, children by treatment of cryodestruction of sclerotherapy.

Введение. Диагностика гемангиом наружных покровов проблем не вызывает, а вот лечение гемангиом до сих пор остается актуальной проблемой хирургии детского возраста. Среди всех прочих опухолей мягких тканей у детей гемангиомы занимают первое место, составляя более 50%. Несмотря на известность широкому кругу врачей данного заболевания, а также частоту распространения, ошибки в диагностике, особенно в периоде новорожденности, могут достигать 15% [1,5]. В свою очередь запоздалая диагностика гемангиом таит в себе трудности в выборе тактики и метода лечения, особенно при бурно прогрессирующем злокачественном росте опухоли. Многочисленные литературные источники свидетельствуют, что по своему строению, протекающим обменным процессам и гистохимическим свойствам гемангиомы характеризуются как доброкачественные новообразования. Но, несмотря на доброкачественность, гемангиомы нередко в начале своего развития обладают быстрым, а порой молниеносным ростом [1,2,3,5]. Особенно быстрый рост гемангиом наблюдается в первые месяцы жизни ребенка. При этом гемангиомы, не имея капсулы, агрессивно прорастают окружающие ткани, что приводит к их разрушению, причиняя как косметический, так и функциональный вред [2, 3, 5, 6, 10]. Более того, они могут быть множественными и располагаться в самых различных частях тела. Наиболее сложной для лечения является локализация патологического процесса в области носа, губ, слизистой оболочки рта, век, ушных раковин и половых органов, где чаще всего имеет место кавернозных гемангиом. В настоящее время существует множество способов лечения гемангиом: оперативный, склерозирующий, гормональный, лучевой, криохирургический и др. [3,4,7,8,9,]. Все это говорит об отсутствии единого общепризнанного подхода к тактике, а множество методов, используемых по отдельности и в разных сочетаниях, свидетельствует о трудности лечения этих новообразований. Развитие научно-технического прогресса позволило достаточно широко внедрить в хирургию низкотемпературное воздействие на гемангиомы. Это стало возможно с появлением криохирургических технологий, использующих жидкий азот, обладающий очень низкой температурой кипения ($-196\text{ }^{\circ}\text{C}$), способной оказывать повреждающее действие на биологические структуры. Для криолечения созданы различные аппараты и инструменты, разработано множество методик криодействия [2,8]. Однако некоторые коллеги к которым обращаются родители детей советуют обратиться в 4-5 месячном возрасте, что является ошибкой.

Целью исследования: явилось определить тактику и показать эффективность лечения гемангиом методом криодеструкции и склерозирующих методов лечения в зависимости от клинических форм, размеров, локализации и возраста пациентов.

Материал и методы исследования. В клинике МКТУ им. Х.А.Яссави с 2010 по 2016 г. было пролечено 42

больных с гемангиомами различной локализации в возрасте от 28 дней до 4 лет. Из общего количества больных было 18 (42%) мальчиков и 22 (58%) девочек. По возрасту больные распределились следующим образом: до 5 месяцев 8 (19,05%), от 5 до 12 мес – 28 (66,67%), от 1 года до 5 лет – 6 (14,29%). Опухоль может возникать и развиваться на различных областях тела, но чаще всего гемангиомы локализовались на волосистой части головы, лице, шее, составляя 75,8% (31 больных), у 11 (24,2%) пациентов гемангиомы обнаружены на туловище и на других участках тела. В практической работе мы использовали простую и удобную классификацию наиболее часто встречающихся гемангиом у детей, предложенную С.Д. Терновским (1959). Данная классификация весьма удобна для использования в работе, поскольку в достаточной мере определяет лечебную тактику. По клиническим формам наши пациенты распределились следующим образом: капиллярная гемангиома – 30 (71,43%), кавернозная – 10 (23,8%), комбинированная – 2 (4,7%). Все больные с капиллярной гемангиомой получали криогенное лечение амбулаторно. Криодействие осуществляли с помощью снегом угольной кислоты. Экспозиция составляла от 15 до 30 секунд для гемангиом кожных покровов, от 10 до 20 секунд – для гемангиом слизистых оболочек. Повторные криодействия, если в этом была необходимость, проводили через 12–16 дней, после полного заживления поврежденного участка. Иногда полного исчезновения гемангиомы удавалось добиться только после 2–5 сеансов. При крупных и обширных гемангиомах лечение проводили комбинировано сочетая склерозирующую терапию с криотерапией более длительно и поэтапно, через каждые 6–9 дней. При этом мы не дожидались полного заживления раны после каждой криодеструкции. Значительное уменьшение локального отека и образование корочки давали основание проводить последующие сеансы на противоположной стороне опухоли. При кавернозных гемангиомах с локализацией на лице применяли склерозирующую терапию с 2 % этоксисклером, при расположении кавернозных гемангиом на туловище чаще всего проводилось оперативное лечение.

Результаты лечения оценивали следующим образом. Хорошими результатами лечения гемангиом считали те, которые после криогенного воздействия не оставляли на коже заметного рубца, а цвет рубца практически не отличался от окружающих тканей. Такой эффект был получен у 90 пролеченных больных. К удовлетворительным результатам относили детей, у которых после криогенного воздействия отмечалась атрофия кожи на месте гемангиомы или этот участок кожи был заметно депигментирован – 4%. У 6,0% пациента с комбинированными гемангиомами была удалена оперативным путём, поэтому остался нежный послеоперационный рубец.

Результаты и обсуждение. В наших наблюдениях по-

давяющее число опухолей были представлены капиллярными гемангиомами (71,43%). Хотя в количественном отношении эта группа значительно преобладала над другими видами опухолей, лечение их оказалось наиболее сложным и проблематичным. Наши исследования показали, что в 83% случаях гемангиомы имелись уже при рождении ребенка или появились в первые недели жизни. Внешне они выглядели как точечные или линейного характера образования от 0,1 до 0,2–0,4 см, красного, бледно-розового или синюшного цвета и локализовались, как правило, на голове. Практически во всех случаях правильный диагноз гемангиомы на этой стадии развития поставлен не был. Врачи роддомов и поликлиник расценивали эти образования как кровоизлияния посттравматического характера, появившиеся во время родов (царапины, травмы, шипки, осаднения кожи и пр.). Причинами таких ошибок стали, с одной стороны, малые размеры гемангиом, а с другой, и мы это считаем очень важным, – слабая осведомленность медицинских работников роддомов. Только бурный рост опухоли вызывал беспокойство у родителей и заставлял обратиться к врачу. У специалистов поликлиник, как правило, первоначальная тактика была выжидательной: они хотели проследить поведение опухолей, оценить степень активности их роста. Начало лечения совпало с уже значительными размерами гемангиом, а порой и с наступившими осложнениями: изъязвлением, нагноением. Приводим наши наблюдения.

Пример 1. Больной Б., 2 мес, гемангиома в области верхней губы. Образование появилось с рождения ребенка плоского пятнышка размерами 1,2×0,9 см синюшного цвета. В течение первых 2-х месяцев опухоль быстро стала расти, постепенно увеличивалась в размерах и стала вызывать беспокойства у родителей. Обратились к участковому врачу, который рекомендовал лечение после 5 месячного возраста. Однако быстрый рост опухоли заставил обратиться к врачу хирургу. После этого родители самостоятельно обратились в клинику. Учитывая размеры опухоли и ее локализацию, больному была выполнена поэтапная криодеструкция совместно со склерозирующей терапией с этоксисклерозом. Криосеансы выполняли по периферии гемангиомы, что приводило к достаточно быстрому запуску и последующему исчезновению опухоли. В нашем наблюдении понадобилось 3 сеансов криодеструкции гемангиомы. Больной проведено поэтапное криолечение гемангиомы с хорошим косметическим результатом. Необходимо особо отметить, что, по данным многочисленных авторов, наиболее бурный рост гемангиом наблюдается в первое полугодие жизни, когда прогнозировать их течение затруднительно [2, 3, 5, 6, 8 и др.]. Наши данные полностью согласуются с мнением авторов. Так у 238 (26,3%) пациентов мы наблюдали наиболее бурный рост опухоли в 3–4 месяца. Возможно, это связано с постановкой прививок в этом возрасте. На данную связь указывают и анамнестические

данные. Однако возникает вопрос, почему тогда педиатры, а зачастую и хирурги поликлиник слишком поздно направляют этих детей на лечение, неоправданно откладывая его до более старшего возраста? Одним из аргументов против раннего лечения гемангиом считают феномен их спонтанной регрессии. Прежде всего этому способствовали появления работ Г.А. Федореева (1971, 1980) и других авторов о самопроизвольном исчезновении истинных гемангиом с возрастом ребенка и рекомендацией выжидательной тактики их ведения [8]. Однако широкое обсуждение вопроса в литературе о спонтанной регрессии гемангиом, а также наблюдения за большими группами больных с изучением отдаленных результатов в настоящее время позволили большинству авторов отказаться от выжидательной тактики. Убедительным тому подтверждением является сообщение В.В. Шафранова и А.В. Буториной (1997), которые на опыте наблюдения и лечения 20 000 больных показали, что регрессии подвергаются только 5,7% простых гемангиом, причем небольших размеров. По результатам исследования Д.Д. Мельник (2000), самоизлечение гемангиом наступило лишь в 7,2% наблюдениях. Более того, автор, проведя сравнительное изучение результатов лечения гемангиом у детей в возрастном аспекте, отметила рост опухолей с возрастом ребенка, грубое рубцевание и частичный гигантизм тканей в зоне опухоли. На основании этого ею был сделан вывод о том, что лечение, проводимое в первые недели и месяцы жизни, дает наилучшие онкологические и косметические результаты [10]. По данным В.В. Банина с соавт. (1998), из 200 000 пролеченных больных спонтанной регрессии подверглись не более 10% простых гемангиом, обычно расположенных на закрытых участках тела. Кавернозные и комбинированные ангиомы не регрессировали вообще [1]. Об этом же свидетельствуют и наши данные. Среди всех наблюдавшихся больных спонтанной регрессии подверглись не более 3% простых гемангиом, а кавернозные и сложные ангиомы не регрессировали ни в одном случае. Очень важно отметить, что на сегодняшний день не существует диагностического критерия возможной спонтанной регрессии таких опухолей. Обращаем особое внимание на тот факт, что самоизлечение гемангиом, особенно на современном этапе, наступает крайне редко и подобные случаи необходимо рассматривать как исключение. По нашему мнению, это является достаточным основанием для проведения как можно раннего начала лечения, которое необходимо начинать с момента установления диагноза. Хотелось бы еще раз особо подчеркнуть, что в настоящее время остается незыблемым принцип лечения гемангиом, предложенный основоположником детской хирургии профессором С.Д. Терновским еще в 1949 г., который писал, что «лечение гемангиомы необходимо начинать по установлении диагноза...». Чем раньше начато лечение гемангиомы, тем оно будет радикальнее и тем лучше будет косметический и функциональный

результат, поскольку наиболее часто эти опухоли локализируются на лице. При рано проведенном лечении гемангиомы рубец малозаметен, а впоследствии практически не отличим от окружающих кожных покровов. С нашей точки зрения, наиболее эффективным и удобным из существующих методов лечения гемангиом является локальная криодеструкция и склерозирующая терапия, дающая прекрасные функциональные и косметические результаты. Метод прост, не требует обезболивания, абсолютно бескровен, общая реакция не выражена, регенерация протекает быстро и органотипически, а главное, может осуществляться амбулаторно. Все это определяет высокую эффективность криогенного лечения и склеротерапии позволяет снизить затраты на лечение в 8–10 раз. Успех достигается в 94–96% случаев.

Закключение: 1. Необходимо отказаться от выжидательной тактики при гемангиомах наружных покровов у детей. Гемангиомы хоть и являются доброкачественными опухолями, нередко в начале своего развития обладают быстрым, агрессивным, а порой молниеносным ростом с разрушением окружающих тканей. 2. Лечение гемангиом у детей должно начинаться как можно раньше – с момента установления диагноза. Нельзя надеяться на спонтанную регрессию ангиом, которая не превышает 4,5%. 3. При подозрении на гемангиому необходимо сразу направить на консультацию врачу хирургу. 4. Методом выбора лечения гемангиом наружных покровов у детей является локальная криодеструкция и склерозирующая терапия, эффективность которой составляет 94–96%.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Гераськин А.В., Шафранов В.В., Подшивалова О.А. и др. Современные аспекты лечения гемангиом // Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. 2011. № 4. С. 94–102.
- 2 International Society for the Study of Vascular Anomalies. ISSVA classification for vascular anomalies / Перевод Д. Романова. — 2018. — 20 с.
- 3 Novoa M., Baselga E., Beltran S., Giraldo L., et al. Interventions for infantile haemangiomas of the skin // Cochrane Database Syst Rev. — 2018;
- 4 Поляев Ю.А., Котлыкова Н.П., Постников С.С. и др. Пропранолол в лечении инфантильных гемангиом // Детская хирургия. 2013. № 5. С. 35–37.
- 5 © Новости хирургии Том 23 * № 5 * 2015. С.551
- 6 Intl Angiol. — 2012. — Vol. 31, N 3. — Suppl. 1. —P. 108–109.
- 7 Consensus document of the international union of angiology (iua)-2013. Current concept on the management of arterio-venous management / B. B. Lee [et al.]// Intl Angiol. — 2013 Feb. — Vol. 32, N 1. — P. 9–36.
- 8 Blei F. Medical and genetic aspects of vascular anomalies / F. Blei // Tech Vasc Interv Radiol. —2013 Mar. — Vol. 16, N 1. — P. 2–11. doi: 10.1053/j.tvir.2013.01.002.
- 9 Extracranial arteriovenous malformations: natural progression and recurrence after treatment / A. S. Liu [et al.]// Plast Reconstr Surg. — 2010 Apr. — Vol. 125, N 4. — P. 1185–94. doi: 10.1097/PRS.0b013e3181d18070.
- 10 Strohschneider T. Parkes-Weber-Syndrom verlauf und management dieser systemischen angiodyspasie // Strohschneider, S. Lange, H. Hanke // Gefäßchirurgie Visser A. Surgical management of arteriovenous malformation / A. Visser, T. Fitzjohn, S. T. Tan //J Plast Reconstr Aesthet Surg. — 2011 Mar. — Vol. 64,N 3. — P. 283–91. doi:

REFERENCES

- 1 Geraskin A.V., Shafranov V.V., Podshivalova O.A. . Sovremennye aspekty lecheniia gemangiom // Rossiiskii vestnik detskoj hirurgii, anesteziologii i reanimatologii. 2011. № 4. S. 94–102.
- 2 International Society for the Study of Vascular Anomalies. ISSVA classification for vascular anomalies / Perevod D. Romanova. — 2018. — 20 s.
- 3 Novoa M., Baselga E., Beltran S., Giraldo L., et al. Interventions for infantile haemangiomas of the skin // Cochrane Database Syst Rev. — 2018;
- 4 Poliaev Iy.A., Kotlykova N.P., Postnikov S.S. i dr. Propranolol v lechenii infantilnyh gemangiom // Detskaja hirurgija. 2013. № 5. S. 35–37.
- 5 © Novosti hirurgii Tom 23 * № 5 * 2015. S.5516. Intl Angiol. — 2012. — Vol. 31, N 3. — Suppl. 1. —P. 108–109.
- 6 Intl Angiol. — 2012. — Vol. 31, N 3. — Suppl. 1. —P. 108–109.
- 7 Consensus document of the international union of angiology (iua)-2013. Current concept on the management of arterio-venous management / B. B. Lee [et al.]// Intl Angiol. — 2013 Feb. — Vol. 32, N 1. — P. 9–36.
- 8 Blei F. Medical and genetic aspects of vascular anomalies / F. Blei // Tech Vasc Interv Radiol. —2013 Mar. — Vol. 16, N 1. — P. 2–11. doi: 10.1053/j.tvir.2013.01.002.
- 9 Extracranial arteriovenous malformations: natural progression and recurrence after treatment / A. S. Liu [et al.]// Plast Reconstr Surg. — 2010 Apr. — Vol. 125, N 4. — P. 1185–94. doi: 10.1097/PRS.0b013e3181d18070.
- 10 Strohschneider T. Parkes-Weber-Syndrom verlauf und management dieser systemischen angiodyspasie // Strohschneider, S. Lange, H. Hanke // Gefäßchirurgie Visser A. Surgical management of arteriovenous malformation / A. Visser, T. Fitzjohn, S. T. Tan //J Plast Reconstr Aesthet Surg. — 2011 Mar. — Vol. 64,N 3. — P. 283–91. doi:

Авторлардың үлесі. Барлық авторлар осы мақаланы жазуға тең дәрежеде қатысты.

Мүдделер қақтығысы – мәлімделген жоқ.

Бұл материал басқа басылымдарда жариялау үшін бұрын мәлімделмеген және басқа басылымдардың қарауына ұсынылмаған. Осы жұмысты жүргізу кезінде сыртқы ұйымдар мен медициналық өкілдіктердің қаржыландыруы жасалған жоқ.

Қаржыландыру жүргізілмеді.

Вклад авторов. Все авторы принимали равное участие при написании данной статьи.

Конфликт интересов – не заявлен.

Данный материал не был заявлен ранее, для публикации в других изданиях и не находится на рассмотрении другими издательствами.

При проведении данной работы не было финансирования сторонними организациями и медицинскими представителями.

Финансирование – не проводилось.

Authors' Contributions. All authors participated equally in the writing of this article.

No conflicts of interest have been declared.

This material has not been previously submitted for publication in other publications and is not under consideration by other publishers. There was no third-party funding or medical representation in the conduct of this work.

Funding - no funding was provided.

Сведения об авторах

Сейдинов Шора Мусалиевич

Ученая степень и звание : д.м.н., профессор

Место работы, должность: г. Туркестан, Международный казахско-турецкий университет им. Х.А.Ясави, профессор кафедры хирургических болезней

Телефон: 87715945752, 87079775062

e-mail: shora25@mail.ru

ORCID: 0000-0003-1127-9791

А.З. Кусаинов - кандидат медицинских наук, заведующий кафедрой детской хирургии Казахского Национального медицинского университета им.С.Д.Асфендиярова, председатель правления АО «Национальный центр педиатрии и детской хирургии» , г. Алматы, детский хирург высшей квалификационной категории – kusainov.abai67@mail.ru ORCID 0000-0002-6256-7438

Таиров Вохид Рахмитдинович

Ученая степень и звание: магистр медицинских наук

Место работы, должность: г. Туркестан, Международный казахско-турецкий университет им. Х.А.Ясави, преподаватель кафедры хирургических болезней

Название статьи или тезиса: Лечение гемангиом у детей при наружных локализациях

Телефон: 87016490099

e-mail: 001_vahid@mail.ru

ORCID: 0000-0002-8231-3240

Султанов Даврон Рустемович

Ученая степень и звание: резидент общей хирургии, III курс

Место работы, должность: г.Шымкент, Шымкентский кампус, факультет Высшего послевузовского медицинского образования.

Название статьи или тезиса: Лечение гемангиом у детей при наружных локализациях

Телефон: 87029688191

e-mail: davron_91_91@mail.ru

ORCID: 0000-0001-8929-5308

Дуйсебаев Мурат Талгатович – ассистент кафедры детской хирургии Казахского Национального медицинского университета им.С.Д.Асфендиярова. Детский хирург второй категории, эндоскопист в ГКП на ПХВ «Центр детской неотложной медицинской помощи», г.Алматы., m-u-g-a-t@list.ru, duisebayev.m@kaznmu.kz, ORCID 0000-0002-0910-2770