

УДК 616-066.3-053.2:615.03(575.2)(04)

ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ СОСУДИСТЫХ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ У ДЕТЕЙ

Б.А. Омурзаков – канд. мед. наук, доцент, ст. науч. сотрудник,

А.С. Марков – канд. мед. наук, доцент,

Ш.А. Ибраимов – канд. мед. наук, доцент

Национальный центр охраны материнства и детства при МЗ КР

Приведен опыт лечения доброкачественных сосудистых новообразований – гемангиом у детей по различным методикам в поликлинических и стационарных условиях.

Ключевые слова: гемангиомы; эпителиальные образования; криотерапия.

В настоящее время у детей среди пороков развития сосудов и доброкачественных сосудистых новообразований наиболее часто встречаются гемангиомы, особенно гемангиомы мягких тканей: кожи и подкожной клетчатки, слизистых, а нередко и внутренних органов – печени, желудка, кишечника, селезенки, составляющие почти 50% онкологических больных детского возраста. Многие хирурги и онкологи [1–7] считают, что гемангиомы у детей относятся к доброкачественным сосудистым опухолям.

Цель работы: оптимизация оказания специализированной помощи детям с диагнозом доброкачественные новообразования.

Задача исследования – проанализировать результаты работы специализированного центра по диагностике, лечению и диспансеризации детей с доброкачественными новообразованиями.

Материалы и методы. По нашим данным, у 2 % новорожденных, или у 250 детей на 10000 детского населения были выявлены гемангиомы и доброкачественные сосудистые образования: миксомы, лентиги, невусы, келоиды, папилломы, кондиломы, гранулемы, бородавки и контагиозные моллюски. Стационарное лечение проходили 982 ребенка в детской городской клинической больнице скорой медицинской помощи, Национальном центре охраны материнства и детства. В поликлинике №8 г. Бишкек в течение 2004–2007 г. проконсультировано и пролечено 1536 детей, т.е. по 384 ребенка ежегодно.

Под наблюдением находились 1163 ребенка с диагнозом гемангиома в возрасте от одного месяца до 15 лет. У 90% больных гемангиомы появились сразу после рождения, но родители обратились за медицинской помощью, когда опухоль начала быстро расти, увеличиваясь в размерах, даже за 2–3 недели. Так, к специалистам они обратились в 52% случаев до 6-месячного возраста и 80% – до одного года после рождения. Девочек было 1001 (65,3%), мальчиков – 535 (34,7%) или 3:1.

Локализация образований самая различная: у 34,7% детей гемангиомы были выявлены на лице, волосистой части головы, в области лба, кончика носа, век; в области шеи, груди, спины гемангиомы были у 204 (24,5%) детей; в области ягодиц, крестца, половых губ, мошонки у 69 (6%) детей, верхних и нижних конечностей – у 204 (24,5%), множественные гемангиомы – у 46 (4,9%).

Наиболее трудно поддаются лечению гемангиомы сложной анатомической локализации (критические зоны). Это области верхних и нижних век глаза – 74(6,4%), кончика носа – 86 (7,4%), губ, языка, слизистой рта – 43 (3,9%), ушных раковин – 27 (2,4%) случаев.

По нашим наблюдениям, спонтанные регрессии, полные или частичные, наступают к 3–6 годам. Регрессии или исчезновению гемангиомы способствуют раннему выявлению их у детей и применению различных методов лечения (холод, тепло), т.е. методов, способствующих за-

пустеванию сосудов, полостей, капилляров, что приводит к прекращению роста опухоли и ее исчезновению [5]. **Регрессировать могут в основном** простые гемангиомы, реже кавернозные, ветвистые. Кроме того, гемангиомы могут изъязвляться, давать кровотечения, инфицироваться, что требует госпитализации детей в стационар, а нередко экстренного хирургического вмешательства.

Основные задачи лечения:

1) прекращение роста гемангиомы (предотвращение дальнейшего разрушения сосудистой опухоли окружающих тканей);

2) ликвидация опухолевого процесса – положительный онкологический результат (ткани опухоли исчезают полностью, превращаясь в рубцовую ткань);

3) достижение наилучшего функционально- и косметически выгодного результата.

Результаты исследований. Из различных методов лечения гемангиом наиболее радикален и эффективен хирургический – иссечение опухоли в пределах здоровых тканей с кожной пластикой или без нее. Лечение должно быть начато как можно раньше, с первых дней, недель, месяцев жизни ребенка, так как опухоль растет быстро и трудно предвидеть, что будет с ней через 2–3 недели, месяц. За последние 4 года было оперировано 136 (9%) детей. Оперативное лечение наиболее целесообразно применять на закрытых частях тела: туловище, конечности, волосистая часть головы, шея. Хирургическое вмешательство не наносит больному косметический ущерб. Применение новых методов, инструментов, электрокоагуляции даже в зонах критической локализации дает хорошие результаты, особенно при использовании операционного микроскопа, т.е. там, где возможно повреждение нервов, сосудов. При обширных гемангиомах после их иссечения приходится применять свободную пересадку кожи для замещения дефекта на месте удаленной опухоли.

При синдроме Рендю-Вебера-Ослера (40 больных), наряду с криотерапией, склерозирующей терапией применяли дополнительно хирургическое лечение. Кроме того, обязательно врач-отоларинголог проводит трансназальную терапию гемангиом.

Гемангиома печени встречалась у пяти больных, причем до операции диагноз был выставлен у двух больных после тщательного артериографического и ультразвукового исследования с доплерографией.

При гемангиомах костей и мышц 15 больным была проведена частичная резекция кости, прошивание гемангиомы.

Рассмотрим некоторые методы консервативного лечения гемангиомы и других опухолей в отделении хирургии Национального центра охраны материнства и детства, в поликлинике №8 г. Бишкек.

Наиболее эффективный и распространенный способ лечения гемангиом – низкотемпературное разрушение – криодеструкция. По этому методу пролечено 1163 ребенка с диагнозом гемангиома и 373 имеющих другие доброкачественные образования: папилломы, невусы, лентиго, келоиды, гранулемы, бородавки и контагиозные моллюски. В настоящее время в амбулаторных условиях остается высокоэффективным замораживание с помощью крионов углекислоты (-79°C). При замораживании с использованием углекислоты возникает асептический воспалительный процесс в тканях на месте прикладывания, что приводит к отеку и нарушению обменных процессов в клетке, дистрофическим изменениям в сосудах опухоли. Механизм замораживания воды и размораживания ведет к разрушению клеток опухоли, на месте гемангиомы-опухоли появляется соединительная ткань, затем ровное депигментированное пятно. Криотерапия проводится в амбулаторных условиях (хирургический кабинет детской поликлиники не требует специального оснащения и больших экономических затрат). Продолжительность однократного замораживания 5–10 с. Более длительное замораживание может привести к некрозу тканей. Для более эффективного замораживания можно провести 5-секундное прикладывание трехкратно [6].

При замораживании II степени на месте опухоли через сутки появляется пузырь, затем он высыхает, а через 10–14 дней на месте замораживания появляется нежная депигментированная кожа. Через 14 дней, когда исчезнут воспалительные явления и если остаются еще участки гемангиомы, можно провести повторный сеанс криотерапии. Для лечения простых гемангиом достаточно 1–5 замораживаний угольной кислотой, а для кавернозных гемангиом – 6–10 сеансов. Мы добились излечения в 95,2% случаев. Хорошие отдаленные результаты прослежены от одного года до 10 лет. В клинике 56 (0,9%) детям применена аппаратная криодеструкция с использованием жидкого азота, температура которого составила -196°C. Этот метод требует больших затрат, а результаты такие же. Но по данным московских ученых Ю.Ф. Исакова,

В.В. Шадронova, эффективность лечения достигает 96% [2,3].

В труднодоступных местах, в зонах критической локализации эффективна короткофокусная рентгенотерапия, для чего проведено лечение 40 больных в возрасте от трех месяцев до одного года: от двух до 16 сеансов, доза облучения от 2 до 11 Грей.

Локализация гемангиом: нижнее и верхнее веко – 7 больных, щека и подбородок – 4, правый глаз – 1, надбровная область – 4, верхние и нижние конечности – 10, височная и теменная область – 4, грудная клетка – 4, множественные гемангиомы – 2.

При простых гемангиомах большой площади, где лечение криотерапией занимает много времени, назначают преднизолоновую мазь 0,5%, смазывать один раз гемангиому на ночь 10 дней, 20 дней перерыв; таким образом проводят 3 курса. Контрольный осмотр через 3 месяца, при необходимости еще 3 курса.

При лечении гемангиом в зонах критической локализации (кончик носа, щеки, область лба, переносица) назначают склерозирующую терапию, заключающуюся в введении в опухоль веществ, вызывающих асептический некроз и рубцевание под кожей без рубца и деформации кожи. Для этой цели применяют 70%-й этиловый спирт, полученный разведением 96%-го спирта, 1/4 2%-го раствора новокаина. Количество вводимого спирта зависит от локализации, формы, величины опухоли, а количество склерозанта – от 0,5 до 5 мл. Укол иглой производится вне гемангиомы, спирт вводится в толщу опухоли и под нее. Курс при необходимости повторяют через 2–4 недели, на лечение – 3–5 инъекций. Последнее время начали применять склерозант – 2%-й этосклерол по 2 мл в ампуле, введение такое же. Его использование дает хороший результат.

В 2005 г. проведена короткофокусная рентгенотерапия 8 больным, в 2006 – 6, в 2007 – 32. Рентгеновское облучение приводит к полному запустеванию и облитерации сосудов гемангиомы, что способствует прекращению роста опухоли и полному излечиванию. На месте опухоли остаются небольшие дефекты кожи, атрофия,

снижение пигментации, эластичности кожи, но хороший эффект наступает в 95% случаев и происходит полное выздоровление. Короткофокусная рентгенотерапия отличается простотой, общедоступностью и возможностью ее проведения в амбулаторных условиях [7].

Таким образом, в настоящее время основными методами лечения гемангиом у детей остаются криотерапия и хирургический метод лечения, которые позволяют достичь удовлетворительных косметико-функциональных результатов. Однако необходимо отметить, что не все методы являются совершенными, поэтому необходимо проводить дальнейшее усовершенствование методик и методов лечения данной патологии.

Литература

1. Баиров Г.А. Неотложная хирургия новорожденных. – Л.: Медицина, 1963. – 222 с.
2. Исаков Ю.Ф. Хирургические болезни у детей. – М.: Медицина, 1998. – С. 620–281.
3. Шафранов В.В. с соавт. Дифференциальная диагностика врожденных ангиодисплазий и гемангиом детского возраста // Детская хирургия, 2000. – №1. – С. 44–48.
4. Jugpal S. Arneja. An algorithm for the management of infantile hemangiomas in sensitive facial anatomical regions // The 15th World Congress of IPRAS, 2009. Abstract book. – P. 94.
5. Bangalore A. Anantharam, M Raja Thomas, Anusham A. Optimizing the outcomes selection of protocol in the management of vascular malformations and hemangiomas // The 15th World Congress of IPRAS, 2009. Abstract book. – P. 101.
6. Vlachakis I., Gardikis S., Michailoudi E., Charissis G. Treatment of hemangiomas in children using a Nd:YAG laser in conjunction with ice cooling of the epidermis: techniques and results // BMC Pediatr. 2003 Apr 12;3:2. Epub 2003 Apr 12.
7. Ivanov P., Chernov M., Hayashi M., Nakaya K., Izawa M., Murata N., Kubo O., Ujiie H., Muragaki Y., Nakamura R., Iseki H., Hori T., Takakura K. Low-dose gamma knife radiosurgery for cavernous sinus hemangioma: report of 3 cases and literature review // Minim Invasive Neurosurg. 2008 Jun; 51(3): P. 140–146.