

Беляев М.К., Федоров К.К.

ОПРАВДАНА ЛИ ВЫЖИДАТЕЛЬНАЯ ТАКТИКА ПРИ ГЕАНГИОМАХ НАРУЖНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ У ДЕТЕЙ?

ГБОУ ДПО «Новокузнецкий ГИУВ», кафедра детской хирургии Минздрава РФ

Belyaev M.K., Fedorov K.K.

AS TO WHETHER THE EXPECTANT MANAGEMENT HEMANGIOMAS OUTDOOR LOCATION IN CHILDREN?

Department of Pediatric Surgery Novokuznetsk State Institute of Advanced Medical

Резюме

В статье представлены результаты лечения 906 больных в возрасте от 7 дней до 17 лет с гемангиомами наружных покровов методом криодеструкции в 2000–2012 гг. Гемангиомы хоть и являются доброкачественными опухолями, нередко в начале своего развития обладают быстрым, агрессивным, а порой молниеносным ростом с разрушением окружающих тканей, причиняя косметический и функциональный вред. Наиболее сложной для лечения является локализация патологического процесса в области носа, губ, слизистой оболочки рта, век, ушных раковин и половых органов. Лечение гемангиом у детей должно начинаться как можно раньше – с момента установления диагноза. Необходимо отказаться от выжидательной тактики при гемангиомах наружных покровов у детей. Нельзя надеяться на спонтанную регрессию ангиом, которая не превышает 4,5%. Самоизлечение гемангиом, особенно на современном этапе, наступает крайне редко, подобные случаи необходимо рассматривать как исключение.

Ключевые слова: гемангиома наружных покровов, дети, лечение методом криодеструкции

Abstract

The article shows the results of treatment of 906 patients from 7 days to 17 years with hemangiomas integument cryodestruction between 2000 and 2012. 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 4,5%. Self-healing hemangiomas, especially at the present stage, occurs rarely and such cases should be regarded as an exception.

Key words: hemangioma integument, children, treatment of cryodestruction

Диагностика и лечение гемангиом наружных покровов 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% [11].

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 [2, 6, 9, 11, 13, 23].

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, 7, 9, 10, 22]. 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.

В настоящее время существует множество способов лечения гемангиом: оперативный, склерозирующий, гормональный, лучевой, криохирургический и др. [3, 4, 8, 12, 20, 21]. 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 криовоздействия [2, 9, 10, 16].

Цели нашей работы – определить тактику и показать эффективность лечения гемангиом методом криодеструкции в зависимости от клинических форм, размеров, локализации и возраста пациентов.

Материал и методы исследования

В клинике детской хирургии Новокузнецкого ГИУВа с 2000 по 2012 г. было пролечено 906 больных с гемангиомами различной локализации в возрасте от 7 дней до 17 лет. Из общего количества больных было 326 (36%) мальчиков и 580 (64%) девочек. По возрасту больные распределились следующим образом: до 3 мес – 71 (7,8%), от 3 до 6 мес – 188 (20,8%), от 6 до 9 мес – 203 (22,4%), от 9 до 12 мес – 187 (20,7%), от 1 года до 2 лет – 107 (11,8%), от 2 до 3 лет – 79 (8,7%), от 3 до 5 лет –

37 (4,1%), от 5 до 10 лет – 23 (2,5%), старше 10 лет – 11 (1,2%).

Опухоль может возникать и развиваться на различных областях тела, но чаще всего гемангиомы локализовались на волосистой части головы, лице, шее, составляя 75,8% (687 больных), у 123 (13,6%) пациентов гемангиомы обнаружены на туловище, у 96 (10,6%) – 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 – 754 (83,2%), кавернозная – 36 (4%), комбинированная – 116 (12,8%).

Все больные получали криогенное лечение амбулаторно. Криовоздействие осуществляли с помощью аппарата заливного типа с температурой рабочей части $-160\text{ }^{\circ}\text{C}$. Использовали аппликаторы из меди с гальваническим покрытием серебром. Их подбирали индивидуально таким образом, чтобы они максимально соответствовали форме и размеру опухоли, превышая ее диаметр на 1–2 мм. Экспозиция составляла от 15 до 60 с для гемангиом кожных покровов, от 10 до 30 с – для гемангиом слизистых оболочек. Повторные криовоздействия, 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 более длительно и поэтапно, через каждые 6–9 дней. При этом мы не дожидались полного заживления раны после каждой криоаппликации. Значительное уменьшение локального отека и образование корочки давали основание проводить последующие сеансы на противоположной стороне опухоли. Для усиления деструкции ткани мы применяли повторные циклы замораживания и оттаивания одного и того же участка. При этом количество криосеансов в процессе лечения таких опухолей могло достигать до 15–20. С целью ограничения роста гемангиомы криовоздействие всегда начинали с ее периферии по окружности.

Наиболее трудно поддавались лечению глуболежащие кавернозные и комбинированные гемангиомы, при которых длительность криоапликации увеличивали до 1–2 минут с повторными циклами замораживания и оттаивания одного и того же участка до 3–5 раз. Несмотря на то что кавернозные гемангиомы лежат в глубине мягких тканей и не всегда доступны для достаточного криовоздействия, тем не менее с каждым сеансом криотерапии объем опухоли уменьшался.

Через 1–2 ч после криовоздействия появлялись пузыри с серозным или серозно-гемморагическим трансудатом и перифокальный отек. Как правило, в первые сутки пузырь самостоятельно спадался, а отек вокруг места криоапликации сохранялся до 3–6 дней, постоянно уменьшаясь в размерах. Через 3–7 дней образовывалась сухая корочка, и далее эпителизация шла под струпом в течение 2–3-х недель. В период образования пузыря участок криодеструкции обрабатывали бриллиантовой зеленью, перманганатом калия или мазью депантенол.

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 93,7% 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 21 (2,3%) пациента с комбинированными гемангиомами была удалена только накожная часть гемангиомы.

Результаты исследования и их обсуждение

В наших наблюдениях подавляющее число опухолей были представлены капиллярными гемангиомами (83,2%). Хотя в количественном отношении эта группа значительно преобладала над другими видами опухолей, лечение их оказалось наиболее сложным и проблематичным. Наши исследования показали, что в 72% 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, щипки, 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 совпадало с уже значительными размерами гемангиом, а порой и с наступившими осложнениями: изъязвлением, нагноением.

Приводим наши наблюдения.

Пример 1

Больной К., 4 мес, гемангиома в паховой области справа. Образование появилось на второй неделе жизни ребенка в виде точечного плоского пятнышка размерами 0,2×0,3 см бледно-розового цвета. В течение первых 2-х месяцев опухоль постепенно увеличивалась в размерах и не вызывала беспокойства у родителей и врачей. Однако после постановки прививки АКДС в 3-месячном возрасте гемангиома стала резко увеличиваться в размерах и возвышаться над кожей. Более того, из-за локализации гемангиомы в паховой области часто происходила мацерация кожи, что приводило к воспалительным явлениям и нагноению опухоли. Врач поликлиники рекомендовал выжидательную тактику и обработку области гемангиомы раствором перманганата калия. После этого родители самостоятельно обратились в клинику (рис. 1).

Учитывая размеры опухоли и ее локализацию, больному была выполнена поэтапная криоапликация (рис. 2). Криосеансы выполняли по периферии гемангиомы, что приводило к достаточно быстрому запустеванию и последующему исчезновению опухоли. В нашем наблюдении понадобилось 6 сеансов криодеструкции гемангиомы. Эффективность лечения представлена на рис. 3. Как видно на фотографии, после криотерапии имеются участки депигментации, однако они небольших размеров и довольно быстро покрываются кожным пигментом.



Рис. 1. Обширная капиллярная гемангиома паховой области справа у ребенка 4 мес (до лечения)



Рис. 4. Обширная капиллярная гемангиома спины у ребенка 1,5 мес (до лечения)



Рис. 2. Постзапная криоапликация гемангиомы паховой области



Рис. 5. Больная Н. после криолечения через 2,5 года



Рис. 3. Ребенок сразу после окончания лечения гемангиомы



Рис. 6. Локализация гемангиомы на четырехугольном хряще носа у новорожденного ребенка (размеры 0,2×0,2)

Пример 2

Больная Н., 1,5 мес, родилась с гемангиомой в области спины размером 0,5×1,5 см в виде бледно-розового пятна. Через 2 недели родители отметили резкое разрастание опухоли и появления припухлости с более интенсивным окрашиванием. После осмотра педиатром и хирургом поликлиники была принята выжидательная тактика. И только

когда опухоль достигла размеров 8,0×17,0 см, родители самостоятельно обратились в клинику (рис. 4).

Больной было проведено поэтапное криолечение гемангиомы. Результат лечения представлен на рис. 5. Отмечаются небольшие участки депигментации, которые постепенно покрываются кожным пигментом.

Пример 3

Больная П., 1 год. Ребенок родился с гемангиомой бледно-розового цвета размером 0,2×0,2 см в области четырехугольного хряща носа (рис. 6).

Родители сразу же обратились в детскую поликлинику, сотрудники которой заверили, что через 3 месяца гемангиома регрессирует. В течение последующего года ребенок наблюдался в поликлинике с расчетом на регресс гемангиомы. Однако в генезе опухоли, напротив, преобладали процессы прогрессирующего эндифитного роста с разрушением хрящей носа (рис. 7 а–г).

Ребенок был осмотрен в 1 год консилиумом врачей, где было констатировано наличие комбинированной гемангиомы носа с рекомендацией оперативного вмешательства в возрасте 5 лет. Именно факт предполагаемой операции заставил родителей самостоятельно обратиться в нашу клинику. Больной проведено поэтапное криолечение гемангиомы с хорошим косметическим результатом (рис. 8).

Необходимо особо отметить, что, по данным многочисленных авторов, наиболее бурный рост гемангиом наблюдается в первое полугодие жизни, когда прогнозировать их течение затруднительно [2, 3, 11, 14, 15 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 [17, 18].

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 [19].

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].

О том же свидетельствуют и наши данные. Среди всех наблюдавшихся больных спонтанной регрессии подверглись не более 4,5% 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 неизменным принцип лечения гемангиом, предложенный основоположником детской хирургии профессором С.Д. Терновским еще в 1949 г., который



Рис. 7а. Ребенку 3 мес



Рис. 7в. Ребенку 9 мес



Рис. 7б. Ребенку 6 мес



Рис. 7г. Ребенку 1 год



Рис. 8. Ребенок после лечения криоаппликациями

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, 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 позволяет снизить

затраты на лечение в 8–10 раз. Успех достигается в 94–96% случаев.

Выводы

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. Методом выбора лечения гемангиом наружных покровов у детей является локальная криодеструкция, эффективность которой составляет 94–96%.

Список литературы

1. Банин В.В., Шафранов В.В., Фомина Л.В. и др. Ультрасонографическая характеристика развития истинных гемангиом и их лечение у детей // Детская хирургия. 1998. №4. С. 35–41.
2. Буторина А.В. Выбор метода лечения гемангиом у детей: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 1998. – 53 с.
3. Вельская Ю.И., Шафранов В.В., Буторина А.В. и др. Применение препарата «Фибро-вейн» для склерозирующего лечения врожденных пороков развития сосудов у детей // Детская хирургия. 2003. №3. С. 30–32.
4. Водолазов С.Ю., Поспелов Н.В. Врожденная подскладчатая гемангиома в сочетании с гемангиоматозом головы, лица, шеи // Вестник отоларингологии. 1996. №5. С. 35–36.
5. 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.
6. Исаков Ю.Ф., Степанов Э.А., Михельсон В.А. и др. Хирургические болезни у детей. – М.: Медицина, 1993. С. 533–543.
7. Исаков Ю.Ф. Хирургические болезни у детей. – М., 1995. С. 519–562.
8. Исаков Ю.Ф. Детская хирургия. – М., 2004. С. 583–584.
9. Кожевников В.А. Криохирургические методы в лечении доброкачественных опухолей и других заболеваний у детей: Автореферат дисс. ... д-ра мед. наук. – Барнаул, 1988.
10. Мельник Д.Д. Криолечение гемангиом с использованием устройств из никелида титана: Дисс. ... д-ра мед. наук. – Томск, 2000.
11. Мельник Д.Д., Гюнтер В.Э., Дамбаев Г.Ц. и др. Гемангиомы и их лечение: Пособие для студентов медицинских вузов. – Томск, 2006. – 168 с.
12. Олейникова Н.Р. Комплексное лечение обширных гемангиом волосистой части головы, лица, шеи у детей: Автореферат дисс. ... канд. мед. наук. – М., 1981. – 21 с.
13. Пазылов С.Б. Применение АГ-лазера при хирургическом лечении гемангиом кожных покровов: Автореферат дисс. ... канд. мед. наук. – Алматы, 2003.

14. Подшивалова О.А. Дифференцированный подход к лечению гемангиом у детей // Детская хирургия. 2012. № 1. С. 42–47.
15. Поляев Ю.А., Котлукова Н.П., Постников С.С. и др. Пропранолол в лечении инфантильных гемангиом // Детская хирургия. 2013. № 5. С. 35–37.
16. Тен Ю.В. СВЧ-криодеструкция кавернозных гемангиом у детей: Автореферат дисс. ... канд. мед. наук. – М., 1986.
17. Федореев Г.А. Гемангиомы кожи у детей. – М., 1971. – 192 с.
18. Федореев Г.А. Самопроизвольное исчезновение истинных капиллярных гемангиом наружных покровов у детей // Вестник хирургии. 1980. № 3. С. 111–115.
19. Шафранов В.В., Буторина А.В. Спонтанный регресс гемангиом у детей // Врач. 1997. № 4. С. 16–17.
20. Шафранов В.В., Денисов-Никольский Ю.И., Докторов А.А. и др. Закономерности повреждения биологических тканей при аппаратной криодеструкции // Детская хирургия. 2003. № 3. С. 24–30.
21. Drolet Beth A. Hemangiomas in Cildren. – 1999.
22. Enjoiras O., Herbreteen F. // Y. Des Maladies Vasculaires. 1992. Vol. 17, № 1. P. 2–19.
23. Kunz U., Goldmann A., Bader Ch. et al. // Minim. Invasiv. Neurosurg. 1994. Vol. 37, N 1. P. 17–21.

Авторы

Контактное лицо:**БЕЛЯЕВ****Михаил Константинович**

Доктор медицинских наук, профессор кафедры детской хирургии ГБОУ ДПО «Новокузнецкий ГИУВ» Минздрава РФ. Тел.: 8 (906) 981-99-75.

E-mail: mkbelyaev@mail.ru

ФЕДОРОВ**Константин Константинович**

Доктор медицинских наук, заведующий кафедрой детской хирургии ГБОУ ДПО «Новокузнецкий ГИУВ» Минздрава.