

МЕДИЧНІ ПЕРСПЕКТИВИ

2013 Том XVIII № 3 ч.2

Науковий журнал ДЗ «Дніпропетровська медична академія
Міністерства охорони здоров'я України»

Виходить 4 рази на рік
Заснований у 1996 році

- Голяна С.И., Балашов А.В., Заболотский Д.В., Зайцева Н.В. Анализ осложнений после микрохирургической аутотрансплантации пальцев стопы на кисть у детей 199 Goliana S.I., Balashov A.V., Zabolotsky D.V., Zaitseva N.V. Analysis of complications after microsurgical autotransplantation of fingers from foot to hand in children
- Дегтярь В.А., Садовенко Е.Г., Каминская М.О., Андрейченко И.И., Мохов А.И. Особенности ультразвуковой диагностики патологии тазобедренных суставов у детей 205 Digtyar V.A., Sadovenko E.G., Kaminskaya M.O., Andreychenko I.I., Mokhov A.I. Features of diagnostic pathology of hip joint in children
- Вивчарук В.П., Пашенко Ю.В., Пионтковская О.В. Выбор оптимальной тактики в лечении гемангиом у детей 209 Vivcharuk V.P., Paschenko Yu.V., Piontkovskaya O.V. Select of optimal treatment tactics for hemangiomas in children
- Дементьева Н.А. Трирічний досвід пропранолол-терапії гемангіом у дітей 213 Dementieva N.A. Three - year experience of propranolol therapy of children`s hemangiomas
- Журило И.П., Фоменко С.А., Перунский В.П., Сергиенко М.В., Шкиренко А.Ю. Диагностика и лечение кист яичников у новорожденных 218 Zhurilo I.P., Fomenko S.A., Perunsky V.P., Sergienko M.V., Shkirenko A.Yu. Diagnosis and treatment of ovarian cysts of newborn
- Давиденко Н.В., Мішина М.М., М'ясоєдов В.В., Давиденко В.Б., Пашенко Ю.В., Дубовик О.С., Мішин Ю.М. Вплив ультразвукового випромінювання та озонованого фізіологічного розчину на сформовані біоплівки та здатність до їх формування при гострій деструктивній пневмонії у дітей 223 Davidenko N.V., Mishina M.M., Myasoyedov V.V., Davidenko V.B., Pashchenko Yu.V., Dubovik E.S., Mishin Yu.M. Effect of ultrasound irradiation and ozonated physiological solution on formed biopellicles and their ability for development in children with acute destructive pneumonia
- Журило И.П., Черкун А.В., Лепихов П.А., Кириллова Т.В. Ультрасонографические критерии определения хирургической тактики при БЦЖ-лимфаденитах у дітей 227 Zhurilo I.P., Cherkun A.V., Lepikhov P.A., Kirilova T.V. Ultrasonography criteria of surgical tactics determination in BCG lymphadenitis of children
- Власов А.А., Оксенюк В.И., Соснина Н.Л., Карабут И.Н. Опыт применения растворов «Стерофундин изотонический» и «Тетраспан» 6% в комплексной терапии у больных детей с хирургической патологией 229 Vlasov A.A., Oksenyuk V.I., Sosnina N.L., Karabut I.N. Experience of application of «Isotonic sterofundin» solution and «Tetraspan» 6% in the complex treatment of patients with surgical pathology
- Власов О.О., Соснина Н.Л., Оксенюк В.И., Карабут И.М. Досвід використання низькопоточної анестезії севофлюраном при планових оперативних лікуваннях у дітей 232 Vlasov O.A., Sosnina N.L., Oksenuk V.I., Karabut I.M. Experience of application of low-flow anesthesia with sevoflurane in planned operative treatment in children
- Люкерт С., Венке К. Легочная секвестрация: преимущества ранней резекции (клинический случай) 234 Luckert C., Wenke K. Pulmonary sequestration: advantages of early resection (a case report)
- Гоббо Ф., Пелиццо Дж., Шлиф Дж. Пренатальная диагностика и ведение агенезии левого легкого 235 Gobbo F., Pelizzo G., Schleaf J. Prenatal diagnosis and postnatal management of left lung agenesis: case report
- Озбей Х. Спленогонадное слияние: отсроченное обнаружение образования после ранне проведенной орхипексии по методу Фоулер-Стивена 237 Özbey H. Splenogonadal fusion: delayed detection after Fowler-Stephens orchiopexy
- Хусейн Озбей, Серэф Эткер. Нарушения полового развития в культурном контексте 239 Huseyin Ozbey, Seref Etker Disorders of sexual development in a cultural context
- Словиковская-Хильцер Дж., Сзарас-Цзапник М., Вольски Дж.К., Якубовский Л., Озжукowska Е., Марчлевская К., Вальцак-Иедрзейовска Р., Филипак Е., Кула К. Судьба дисгенетических гонад 240 Slowikowska-Hilczer J., Szarras-Czapnik M., Wolski J.K., Jakubowski L., Oszukowska E., Marchlewska K., Walczak-Jedrzejowska R., Filipiak E., Kula K. A fate of dysgenetic gonads
- Маржеусер С., Винтер С., Шмидт Д., Мау Х. Сопутствующие заболевания и психологическая поддержка у пациентов с мальформациями аноректальной зоны 242 Marzheuser S., Winter S., Schmidt D., Mau H. Comorbidity and psychosocial support in patients with anorectal malformations
- Македонский И.А., Лизогулов В.В., Апостолов Е.О., Усенко В.С. Обнаружение M2- и M3-мускариновых рецепторов у пациентов с экстропией мочевого пузыря 243 Makedonsky I.A., Lyzogubov V.V., Apostolov E.O., Usenko V.S. Detection of the M2- and M3- muscarinic receptors in bladder extrophy patients
- Альберти Д., Калюссо М., Чели М., Равелли П., Индриоло А., Сигнорелли С., Фагнуоли С., Дьянтига Л. Обструкция портальной вены у детей: наш поэтапный подход 245 Daniele Alberti, Mara Colusso, Maurizio Cheli, Paolo Ravelli, Amedeo Indriolo, Sergio Signorelli, Stefano Fagioli, and Lorenzo D'Antiga Portal Vein Obstruction in Children: our stepwise approach

УДК 616-006.31-089-053.2

**В.П. Вивчарук,
Ю.В. Пащенко,
О.В. Пионтковская**

ВЫБОР ОПТИМАЛЬНОЙ ТАКТИКИ В ЛЕЧЕНИИ ГЕМАНГИОМ У ДЕТЕЙ

КУ «Областная детская клиническая больница №1»
(гл. врач – к. мед. н., О.В. Пионтковская)
г. Харьков

Ключевые слова: дети, гемангиома, лечение
Key words: children, hemangioma, treatment

Резюме. Вибір оптимальної тактики в лікуванні гемангіом у дітей. Вивчарук В.П., Пащенко Ю.В., Пионтковська О.В. На підставі узагальнення результатів лікування 276 дітей за останні три роки розроблено критерії вибору тактики лікування гемангіом залежно від фази розвитку, характеру росту, розповсюдженості. Запропоновано програму, яка дасть можливість, з одного боку, індивідуалізувати підхід до лікування, з іншого - стандартизувати його для досягнення максимального косметичного й функціонального результатів. Це дозволить отримати порівняні дані результатів лікування в різних клініках.

Summary. Select of optimal treatment tactics for hemangiomas in children. Vivcharuk V.P., Paschenko Yu.V., Piontkovskaya O.V. According to generalization of treatments results of 276 children over the previous 3 years, rules of option of hemangiomas treatment, depending on the stage of development, character of growth, spreading were elaborated. The program which makes it possible to use individual approach to treatment, on one side, and to standardize it for achievement of maximal cosmetic and functional results on the other side was proposed. It allows to receive comparable data of treatment results in different clinics.

Гемангиомы являются наиболее частыми врожденными неонатальными сосудистыми поражениями и выявляются у 1:100-1:500-1200 новорожденных. У недоношенных детей эта частота возрастает до 20-22%.

Пациенты с сосудистыми поражениями находятся в сфере интересов педиатров, челюстно-лицевых хирургов, детских и пластических хирургов, дерматологов, онкологов. Проблема диагностики и лечения детей с сосудистой патологией актуальна во всем мире, поскольку до сих пор остаются открытыми некоторые вопросы классификации, этиологии, патогенеза, а главное, диагностики и лечения этих заболеваний [3].

Согласно классификации, предложенной Mulliken в 1996 г. и принятой международным обществом по изучению сосудистых аномалий (ISSVA), гемангиомы относятся к сосудистым опухолям и включают в себя врожденные, быстро инволютирующие и неинволютирующие гемангиомы [15].

Гемангиомам присуще характерное клиническое течение, обусловленное выраженной фазностью развития: активный рост со 2-3 недели до 6-8 месяцев жизни (фаза пролиферации), плато с 4-6 месяцев с последующей инволюцией с 6-9 месяцев до 7 лет. Полная регрессия, как правило, наступает к 5-12 годам [7, 10, 13].

Клинически фаза пролиферации характеризуется интенсивным ростом. Объемные поверхностные, быстрорастущие образования могут изъязвляться и кровоточить. Образования в глубоких слоях дермы, подкожной клетчатке, мышцах цианотичной окраски несколько возвышают прилежащую кожу. На основании анамнеза, данных физикального обследования возможно установить точный диагноз в 90 % случаев.

В стадии инволюции опухоль медленно регрессирует, несмотря на увеличение, пропорциональное росту ребенка. Отмечается осветление окраски до тускло-лилового цвета и размягчение опухолевой ткани, кожа обычно бледнеет от центра образования к периферии.

По данным УЗ-доплерографии, стадия пролиферации характеризуется наличием большого количества расширенных сосудов с пульсирующим кровотоком, различного диапазона (от 4-7 см/с до более 20 см/с). При этом расширенные сосуды определяются и в подлежащих тканях. В стадию инволюции интенсивность кровотока сокращается, опухоль замещается жировой тканью, приобретает дольчатую структуру. Переход от пролиферации к инволюции регулируется ангиогенными факторами и ингибиторами ангиогенеза [3, 14].

В конце фазы инволюции практически у половины пациентов на месте регрессировавшей

гемангиомы определяется нормальная кожа. У детей, имевших объемные опухоли, может оставаться избыток желтушной кожи, а при изъязвлении – рубцы, требующие оперативной коррекции [9, 14].

Частота спонтанной регрессии, по данным некоторых авторов, колеблется от 5–15% случаев [1, 3, 6, 8, 9] до 70–90% [11]. Тем не менее, часто родители не желают ждать регрессии опухоли, особенно встречаясь с сообщениями о неудачных результатах лечения или наблюдения. Косметические дефекты, возникающие вследствие разнообразных причин, могут служить источником серьезных психо-соматических нарушений. Таким образом, речь идет о социально значимой проблеме.

Лечение гемангиом проводится путем системного (кортикостероиды, рекомбинантный интерферон, цитостатики, β -адреноблокаторы) и локального воздействия (термодеструкция, склерозирование, лазерное воздействие, рентгенотерапия, эмболизация питающих сосудов, компрессия, оперативное удаление) [1, 4, 5, 7, 11, 12, 13, 14, 15].

Чувствительность к тому или иному виду воздействия определяется фазой развития гемангиомы. Правильно установленный диагноз с оценкой фазы развития определяют реальный прогноз и составление адекватного плана наблюдения и лечения каждого пациента [3].

Цель работы - разработать критерии выбора тактики лечения гемангиом в зависимости от фазы развития с целью достижения максимальных косметических и функциональных результатов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЙ

За период с 2010 по 2013 г. в стационаре областной детской клинической больницы №1 г. Харькова лечилось 276 детей по поводу гемангиом различных локализаций. В возрасте до 1 года госпитализировано 209 детей, в возрасте старше 1 года – 67 детей. Основное количество больных составили девочки (67%).

Клинический интерес представляли быстрорастущие, объемные, неинволютирующие гемангиомы, а также гемангиомы, после регрессии которых отмечались выраженные резидуальные изменения. Из них - 177 детей с косметически значимыми образованиями. Последние определялись размерами опухоли, локализацией, глубиной распространения (открытые участки тела, локализация, при которой затруднена кожная пластика, склонность к образованию патологических рубцов). Локализация гемангиом была следующей: в области головы и шеи - 121 ре-

бенок, в области груди - 38, крупных суставов – 18 детей.

До начала лечения все пациенты проходили обследование, включающее: клинический анализ крови, клинический анализ мочи, биохимическое исследование крови, коагулограмму, ультрасонографию внутренних органов и УЗ-доплерографию образований, ЭКГ. Компьютерная томография, магнито-резонансная томография проводились по показаниям.

Показания к определенным методам лечения устанавливали исходя из фазы развития, локализации и размера гемангиомы.

Были использованы следующие методы лечения: парциальное удаление, компрессионная терапия с деваскуляцией, криотерапия, термокоагуляция, компрессионная терапия, местная стероидная терапия, пероральный прием пропранолола или преднизолона и динамическое наблюдение.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Местное лечение получали 113 детей. Прооперировано 86 детей. Полное удаление произведено у 40 детей. Критерием выбора полного удаления являлась возможность получения хорошего косметического эффекта с учетом роста ребенка (рис. 1-2). Парциальное удаление произведено у 11 детей. Частичное иссечение в сочетании с криовоздействием или склерозирующей терапией использовано у 35 пациентов. Компрессионная терапия с частичной деваскуляцией - у 11 детей.

Системное лечение проведено у 64 детей, из них 13 получали преднизолон и 51 - пропранолол согласно стандартным схемам.

Во всех случаях результаты расценены как хорошие.

При полном удалении рецидивов опухоли практически не отмечалось. Изредка отмечались проявления вторичного имплантационного роста, которые эффективно подавлялись с помощью криотерапии и лазерного воздействия. Вышеуказанные методики не должны применяться в качестве самостоятельного метода лечения при кавернозных и комбинированных гемангиомах ввиду их неэффективности и возникновения неуправляемых осложнений (рис. 3-4.).

При частичном удалении в фазе активного роста в 75% случаев потребовалось дополнительное крио- или склерозирующее воздействие в связи с продолжающимся ростом опухоли. Однако после проведения оперативного вмешательства агрессивного роста опухолей не отмечалось ни в одном случае. В 25% отмечалась быстрая, полная регрессия опухоли.

Системное лечение дало положительные результаты в фазу активного развития в виде стабилизации роста, уменьшения объема опухоли и не дало ожидаемого эффекта при сформировавшихся гемангиомах. Последний факт позволяет констатировать, что системное воздействие эффективно только в фазу наибольшей метаболической активности гемангиомы.

По нашему мнению, объективными критериями стадирования гемангиом являются клинические проявления и данные УЗ-доплерографии, поскольку возможность определения

уровня ангиогенных факторов и ингибиторов ангиогенеза требует серьезной материальной базы и недоступна для большинства детских хирургических стационаров.

В связи с этим нами разработан алгоритм тактики ведения детей с гемангиомами с учетом стадии роста, локализации и распространенности поражения, что позволит, с одной стороны, индивидуализировать подход к лечению, с другой – стандартизировать его для получения сопоставимых результатов (табл.).

Алгоритм тактики ведения детей с гемангиомами с учетом стадии роста, локализации и распространенности поражения

Фазы развития	Иволютирующие гемангиомы	Неиволютирующие гемангиомы
Фаза активного роста	Динамическое наблюдение	1. Динамическое наблюдение. 2. При агрессивном росте распространенных гемангиом Системное лечение: -пропранолол; -кортикостероиды. Местное лечение: -невсасывающиеся стероиды; -компрессия; -открытая деваскуляция; -частичное иссечение.
Фаза плато-сформировавшаяся гемангиома	Динамическое наблюдение	Местное лечение: -компрессия; -открытая деваскуляция; -частичное иссечение.
Фаза инволюции – резидуальных проявлений	Зачастую полная регрессия без остаточных явлений и косметических дефектов, при их наличии -завершающая косметическая пластика	Завершающая косметическая пластика.

ВЫВОДЫ

1. Для достижения оптимального результата лечения необходим индивидуальный подход в лечении ребенка с периода новорожденности, четкая дифференцировка между сформировавшейся и прогрессивно растущей гемангиомой.
2. При выборе программы лечения необхо-

димо четко дифференцировать этапы эволюции гемангиомы, поскольку системная терапия неэффективна при сформировавшихся гемангиомах, в то время как на ранних этапах роста гемангиом положительный эффект этого воздействия не вызывает сомнения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Буторина А.В. Современное лечение гемангиом у детей / А.В. Буторина, А.В. Буторина, В.В. Шафранов // Лечащий врач. – 1999. – № 5. – С. 61–64.
2. Головатюк Л.Е. Свободная кожная пластика при лечении гемангиом у детей до года : автореф. дис. на соискание учен. степени канд. мед. наук: спец. 14 777 «Хирургия» / Л.Е. Головатюк. – Одесса, 1970. – 15 с.
3. Диагностика и клиничко-морфологическая характеристика гиперплазии кровеносных сосудов у детей в челюстно-лицевой области / В.В. Рогинский, О.Л. Кузьменкова, О.П. Близиюков [и др.] // Статьи к XXI Европейскому конгрессу ассоциации черепно-челюстно-лицевой хирургии 11-15 сентября 2012 г Дубровник, Хорватия // Стоматология. – 2012. – Спец. вып. – С. 17-26.