

УДК 616-006.31-053.2-08

²Вівчарук В.П., ¹Пащенко Ю.В.**Лікувальна тактика при гемангіомах у дітей**¹Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна²Обласна дитяча клінічна лікарня № 1, м. Харків, Україна

E-mail: vvp_84ped.surg@mail.ru

Резюме. Гемангіоми є пухлинами, що найчастіше зустрічаються у новонароджених, становлячи 1 – 2,6 %, у недоношених немовлят з низькою масою тіла (менш 1000 г) можуть досягати 30 %. Відзначається збільшення частоти захворюваності протягом першого року життя.

Гемангіоми, що регресують, підлягають динамічному спостереженню. Гемангіоми з високим ризиком розвитку ускладнень (деструктивний ріст, косметичні дефекти, виразки, амбліопія, здавлення життєво важливих структур) вимагають лікування.

Різноманіття клініко-морфологічних особливостей, локалізацій і поширеності судинних утворень вимагають постійного пошуку ефективних методів лікування з визначенням оптимальних термінів і методів терапії.

Мета роботи: поліпшення результатів лікування гемангіом дітей.

Матеріали й методи. Проаналізовано результати лікування 146 дітей з великими за обсягом гемангіомами, що швидко зростають і не регресують, а також дітей з незадовільними результатами лікування після некоректної терапії.

Методи дослідження: клінічні, морфологічні, променеві, статистичні.

Результати та обговорення. Розроблена й запропонована ефективна програма лікування гемангіом, що швидко зростають і не регресують, косметично значних локалізацій, що включає хірургічне лікування із застосуванням високочастотного коагулятора ЕК-300МІ й системну терапію пропранололом.

Висновки. Запропонована програма лікування забезпечує зменшення обсягу, зниження інтенсивності росту гемангіом. У більшості спостережень вона дозволяє повністю видалити пухлину з гарним косметичним результатом.

Ключові слова: гемангіоми, пропранолол, високочастотний коагулятор ЕК-300МІ.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень.

Більшість судинних аномалій вражає шкіру – найбільш великий і найбільш помітний орган тіла, що вимагає дуже зваженого підходу до лікування для досягнення максимального косметичного ефекту.

Гемангіоми є пухлинами, що найчастіше зустрічаються у немовлят, становлячи 1 – 2,6 %, у недоношених немовлят із низькою масою тіла (менш 1000 г) можуть досягати 30 %. Відзначається збільшення частоти захворюваності протягом першого року життя у співвідношенні дівчаток і хлопчиків від 3:1 до 5:1 [1, 2, 3].

Гемангіоми розділяють на інфантильні та вроджені. Інфантильні гемангіоми з'являються після народження. Вроджені гемангіоми повністю розвинені до народження й представлені двома формами:

1) гемангіоми, що швидко інволютують (RICH): вони починають регресувати в періоді новонародженості й завершують інволюцію в 6 – 14 місяців;

2) вроджені гемангіоми, що не інволютують (NICH): вони характеризуються пропорційним ростом і ніколи не піддаються регресії. Ці пухлини можуть бути диференційовані від більшості інфантильних гемангіом різними молекулярними й патогістологічними маркерами (гемангіоми, що не інволютують, не позитивні до GLUT-1) [3, 4].

Гемангіоми мають унікальний біологічний цикл: вони швидко ростуть протягом 6 – 12 місяців життя (фаза проліферації). На другому етапі ріст гемангіоми пропорційний росту дитини й у підсумку переходить у фазу повільної регресії (інволютивна фаза), яка триває протягом 1 – 7 років. За цей час ендотеліальний матрикс заміщається фіброзною або фіброзно-жировою тканиною. Повна регресія у половини дітей настає до 5 років, в 70 % – до 7 років, в

інших до 10 – 12 років [3, 4].

В інволютивну фазу практично нормальна шкіра зберігається приблизно у 50 % дітей, в інших випадках залучена шкіра уражується телеангіоектазіями, стає стоншеною, в'ялою, жовтяничною та рубцевозміненою, що вимагає проведення оперативних втручань косметологічної спрямованості. При цьому в дитини вже спостерігаються психосоматичні порушення, зумовлені підвищеною увагою оточуючих (особливо дітей) до їхньої зовнішності.

Гемангіоми, що регресують, підлягають динамічному спостереженню. Гемангіоми з високим ризиком розвитку ускладнень (деструктивний ріст, косметичні дефекти, виразки, амбліопія, здавлення життєво важливих структур) вимагають лікування. Фармакологічне лікування проводиться інгібіторами ангиогенезу, що включають кортикостероїди, інтерферон, вінкрістин, пропранолол. Однак застосування інтерферону й вінкрістину значно знизилося з початком упровадження в клінічну практику пропранолола. Перевагами його є менш значні побічні ефекти. У випадках гемангіом, що не регресують, системне лікування тільки стабілізує ріст у фазу проліферації та не впливає на остаточну регресію утворення. Найчастіше остаточний косметичний ефект досягається шляхом хірургічної корекції [1, 3].

Місцеве лікування проводиться шляхом компресії, введення в тканину пухлини кортикостероїдів і склерозуючих препаратів, термодеструкції, а також хірургічного видалення. Застосування лазерного впливу недоцільне через низьку проникну здатність променів і появу рубцевих змін з боку опроміненої поверхні.

Висічення потрібне у випадках:

- якщо залишається значний косметичний дефект після повної інволюції гемангіоми (рубці, фіброзно-жирова тканина, надлишок шкіри) та, очевидно, що висічення знадобиться в найближчі або більш пізні терміни;
- якщо післяопераційний рубець буде незначним або таким, що легко приховується.

Лікування утворень носа, повік, губ вимагають особливих знань, високої компетенції й індивідуального підходу [2, 3, 4].

Радикальне висічення великих гемангіом щелепно-лицьової області не завжди можливе через небезпеку кровотечі, ушкодження лицьового нерва, виникнення косметичних дефектів. Дане питання допомагають вирішити сучасні методи хірургічних втручань, із застосуванням тканинозберігаючих електрохірургічних технологій. Різноманіття клініко-морфологічних особливостей, локалізацій і поширеності судинних утворень вимагають постійного пошуку ефективних методів лікування із визначенням оптимальних термінів і методів терапії.

Метою роботи є поліпшення косметичних і функціональних результатів лікування великих гемангіом, що не регресують, косметично значних анатомічних локалізацій шляхом видалення за допомогою високочастотного електрокоагулятора ЕК-300МІ у сполученні із системною терапією або без неї.

Матеріали й методи.

За останні три роки в стаціонарі обласної дитячої клінічної лікарні № 1 м. Харкова лікувалося 146 дітей із приводу великих за обсягом гемангіом, що не регресують, а також гемангіом зі змінами в результаті раніше проведеної, некоректної терапії (13 дітей після лазерного й склерозуючого впливу з незадовільним

результатом).

У віці до 1 року госпіталізовано 127 дітей, до 3 років – 11 дітей і 8 дітей у віці старше 3 років.

У 56 % випадків гемангіоми локалізувалися в області голови та шиї, 29 % – в області спини, грудей, живота, сідниць, 12 % – на кінцівках, 3 % – в області статевих органів. Множинні ураження відзначено у 3 % випадків.

До початку лікування кожна дитина проходила комплексне обстеження, що включає клінічне, лабораторне, інструментальне, функціональне обстеження, консультації суміжних фахівців (ЛОР, офтальмолог).

Проводилася ультразвукографія внутрішніх органів, нейросоноскопія, електрокардіографія, радіологічні методи дослідження (рентгенографія, комп'ютерна томографія), морфологічне дослідження всіх вилючених пухлин.

Показання до різних способів лікування встановлювали виходячи з виду, локалізації, розміру й інтенсивності росту гемангіоми.

Системна терапія пропранололом проведена 131 дитині, з них додаткової хірургічної корекції потребувало 67 дітей. Видалення гемангіом і корекція резидуальних змін (без системної терапії) зроблена у 19 дітей.

За даними гістологічного дослідження вилучених гемангіом 58 % були капілярними, 42 % – капілярно-кавернозними.

Результати й обговорення

В усіх дітей у віці до 12 місяців з агресивним ростом великих гемангіом первинно проводилася системна терапія з використанням пропранолола за схемою: 0,15 мг/кг/добу зі збільшенням дози до 2 мг/кг/добу. При цьому відзначений помітний позитивний ефект при відсутності побічних явищ, характерних для гормонотерапії. В 64 випадках досягнутий повний терапевтичний ефект, а в 67 – досягнута стабілізація росту, але була відсутня регресія гемангіом, що потребувало подальшого застосування хірургічних методів лікування. В 11 дітей була відсутня відповідь на терапію, в 3 дітей застосування препарату припинене у зв'язку із проявами бронхоспазму. В останньому випадку проведена терапія преднізолоном.

Оперативне лікування виконане у 86 дітей, з них часткове висічення гемангіоми зроблене 35 дітям.

Основними критеріями для висічення була можливість повного або часткового видалення пухлини з гарним косметичним ефектом. Втручання проведені з використанням високочастотного електрокоагулятора ЕК-300М1 у режимі «перекриття» (перемінна напруга частотою на виході 66 кГц, модуляція відсутня, амплітуда вихідної напруги до 100 В, максимальна вихідна напруга 350 Вт). Робота в даному режимі найбільш ефективна в умовах підвищеної вологості тканин, що спостерігається при характерній для гемангіом кровоточивості. Створюються умови для безкровного видалення пухлини, що дозволяє чітко диференціювати уражені й здорові тканини, видалити пухлину єдиним блоком, виключаючи ймовірність імплантаційного росту.

У більшості випадків у післяопераційному періоді додаткового лікування як системного, так і місцевого не треба було, спостерігалася регресія гемангіом. У 4 випадках лікування доповнене склерозуючим впливом і в 10 – продовжений прийом пропранолола.

Ускладнень не спостерігалось.

Результати лікування простежено у період від 6 місяців до 3 років. Повне лікування з гарним косметичним ефектом досягнуте у 96 % дітей.

Висновки

Лікування великих за обсягом і множинних гемангіом у стадії проліферації необхідно починати із системної терапії І-адреноблокаторами.

Системне лікування пропранололом може бути як монотерапією, так і етапом у комбінованому лікуванні гемангіом.

Наявність резидуальних явищ, а також вторинної деформації після фізіологічної регресії гемангіом або проведеної системної терапії, є показанням до хірургічної корекції.

Застосування тканинозберігаючих електрохірургічних технологій значно розширює можливості лікування дітей з великими за обсягом гемангіомами косметично значних зон за рахунок підвищення атравматичності, зниження крововтрати й попередження імплантаційного росту.

Перспективи подальших досліджень у даному напрямку полягають у розробці чітких критеріїв ефективності консервативної терапії або необхідності переходу до хірургічного способу лікування гемангіом у дітей.

Література

1. Дементьєва Н. А. Удосконалення діагностики та лікування гемангіом шкіри та слизових оболонок у дітей раннього віку : автореф. дис. на здобуття наукового ступеня канд. мед. наук : спец. 14.01.09 – дитяча хірургія / Н. А. Дементьєва. – Київ, 2014.
2. George W. Holcomb III. Ashcraft's Pediatric Surgery / George W. Holcomb III, Patric J. Murphy, Daniel J. Ostlie – Philadelphia : ELSEVIER, 2014. – P. 1007-1014.
3. Prem Puri, Michael Hullwarth. Pediatric Surgery Diagnosis and Management. – Berlin : Springer, 2009. – P. 659-664.
4. William M. Schwartz. The 5-Minute Pediatric Consult. – 6th ed. – Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins, 2012. – P. 394-395.

²Вивчарук В.П., ¹Пащенко Ю.В.

Лечебная тактика при гемангиомах у детей

¹Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков, Украина

²Областная детская клиническая больница № 1, г. Харьков, Украина

Резюме. Гемангиомы являются наиболее часто встречающимися опухолями у новорожденных, составляя 1 – 2,6 %, у недоношенных новорожденных с низкой массой тела (менее 1000 г) могут достигать 30 %. Отмечается увеличение частоты заболеваемости в течение первого года жизни.

Регрессирующие гемангиомы подлежат динамическому наблюдению. Гемангиомы с высоким риском развития осложнений (деструктивный рост, косметические дефекты, изъязвления, амблиопия, сдавление жизненно важных структур) требуют лечения.

Многообразие клинико-морфологических особенностей, локализаций и распространенности сосудистых образований требуют постоянного поиска эффективных методов лечения с определением оптимальных сроков и методов терапии.

Цель работы: улучшение результатов лечения гемангиом у детей. **Материалы и методы.** Проанализированы результаты лечения 146 детей с объемными, быстрорастущими и нерегрессирующими гемангиомами, а также детей с неудовлетворительными результатами лечения, после некорректной терапии. Методы исследования: клинические, морфологические, лучевые, статистические.

Результаты и обсуждение. Разработана и предложена эффективная программа лечения быстрорастущих и нерегрессирующих гемангиом косметически значимых локализаций, включающая хирургическое лечение с применением высокочастотного коагулятора ЕК-300М1 и системную терапию пропранололом.

Выводы. Предложенная программа лечения обеспечивает уменьшение объема, снижение интенсивности роста гемангиом. В большинстве наблюдений она позволяет полностью удалить опухоль с хорошим косметическим результатом.

Ключевые слова: гемангиомы, пропранолол, высокочастотный коагулятор ЕК-300М1.

V. P. Vivcharuk, Yu. V. Pashchenko

Therapeutic Strategy in Case of Hemangiomas in Children

Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine

Regional Children Clinical Hospital № 1, Kharkiv, Ukraine

E-mail: vvp_84ped.surg@mail.ru

Abstract. Hemangiomas are the most common tumors in infancy constituting 1 – 2.6 % of incidence. Their incidence in preterm newborns

with low birth weight (less than 1000 g) can reach 30 %. Increase in the incidence is observed during the first year of life.

Regressing hemangiomas undergo careful observation. Hemangiomas with a high risk of complications (destructive growth, cosmetic defects, ulceration, amblyopia, compression of vital structures) require treatment.

The variety of clinical and morphological features, localization and prevalence of vascular lesions require continual search for effective methods of treatment to determine the optimal terms and methods of therapy.

The objective of the research was to improvement the results of hemangiomas treatment in children.

Materials and methods. The results of treatment of 146 children with voluminous, rapidly growing, and non-regressing hemangiomas, as well as children with poor results of treatment after incorrect therapy

were analyzed.

Methods of the research included clinical, morphological, radiation, statistical ones.

Results and discussion. Effectual treatment regimen of rapidly growing and non-regressing hemangiomas with cosmetically important locations, including surgical treatment with the use of high-frequency coagulator EC-300MI and systemic therapy with propranolol was developed and suggested.

Conclusions. The proposed treatment regimen reduces the volume and intensity of hemangiomas growth. In the majority of cases it allows complete removal of the tumor with a good cosmetic result.

Keywords: hemangiomas; propranolol; high-frequency coagulator EC-300MI.

Надійшла 11.07.2016 року.

УДК 617.55-007.43-089.16

Власов В. В., Харішин О. М., Калиновський С. В.

Досвід використання способу розширення грижового дефекту первинної пупкової грижі

Хмельницька обласна лікарня, м. Хмельницький, Славутська центральна районна лікарня, м. Славута, Україна vvlasov@mail.ru

Резюме. Проаналізовано результати хірургічного лікування 316 хворих на первинну пупкову грижу (ПГ). Середній вік $57,68 \pm 11,7$ років. Переважали жінки (74,4%) та пацієнти з грижовими дефектами (ГД) середніх розмірів (47,2%). Діастаз прямих м'язів різного ступеня виявили по всій довжині білої лінії (23%) або на окремих її рівнях (38%). 43 (13,6%) хворим на первинну ПГ виконали розширення грижового дефекту. Після виконання розширення ГД вздовж білої лінії живота (12) зафіксували 2 випадки рецидиву грижі. Після бічного розширення ГД первинної ПГ (7) в межах білої лінії живота рецидив грижі не виявили. Авторський спосіб розширення ГД первинної ПГ (24) дає можливість створити доступ достатній для вільного вправлення вмісту грижового мішка в черевну порожнину та за необхідності виконання необхідних маніпуляцій в черевній порожнині, не послабляючи міцність передньої черевної стінки. При виконанні авторського розширення ГД первинної ПГ в наступному необхідно здійснити алопластичне закриття ГД, оптимальний спосіб розташування сіткового імплантату при цьому – в ретромускулярному просторі. Рецидив грижі після виконання цього способу розширення не виявлений.

Ключові слова: пупкова грижа, алопластика, грижовий дефект, розширення.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень.

Упродовж ХХ століття пластика грижових дефектів (ГД) (а серед них пупкової грижі) залишається найбільш розповсюдженою операцією світової хірургії [4]. Неможливість вправити вміст грижового мішка фіксованої (защемленої) пупкової грижі (ПГ) через відносно невеликий діаметр ГД змушує хірурга розширювати останній [6]. Найчастіше застосовуються розширення ГД краніально або каудально вздовж білої лінії живота, що призводить до послаблення міцності передньої черевної стінки. В інших випадках розширення здійснюють в сторони від ГД в межах білої лінії живота до медіальних країв обох прямих м'язів живота. Проте отриманий розмір рани обмежений шириною білої лінії живота, не завжди є достатнім для вправлення грижового вмісту. А це, як правило призводить до резекції великого сальника або розширення рани вертикально за ходом білої лінії живота, що відповідно збільшує інтраопераційну травму, подовжує тривалість операції і послаблює черевну стінку [3].

Мета дослідження. Проаналізувати відомі способи та авторський спосіб розширення ГД первинної ПГ, їх вплив на віддалені результати лікування цієї категорії пацієнтів.

Матеріали і методи

Проаналізовано результати лікування 316 хворих на первинну

ПГ. Джерелами отриманої інформації були медичні картки стаціонарних хворих і спеціально розроблені карти спостереження за хворими. Серед пацієнтів переважали жінки – 235 (74,4%). Вік хворих знаходився в межах від 19 до 82 років, середній вік $57,68 \pm 11,7$ років. За розмірами ПГ розподіляли згідно з класифікацією EHS (2009) [5]. При поступленні всіх хворих обстежували клінічно, лабораторно, забезпечували консультації суміжних спеціалістів. Ширину білої лінії живота та розміри ГД перед операцією вимірювали за допомогою УЗД.

Результати дослідження та обговорення

У хворих на первинну ПГ частіше спостерігали ГД середніх розмірів (47,2%). ГД малих розмірів відзначали у 30,7%. Первинну ПГ великих розмірів мали 70 пацієнтів, серед них у 12 – вона мала гігантські розміри.

Біла лінія живота нормальної ширини була у 39% хворих. Діастаз прямих м'язів різного ступеню, виявили по всій довжині білої лінії (23%) або на окремих її рівнях (38%).

У переважної більшості – 195 (61,72%) грижові випинання були вправимими в черевну порожнину. Але у четвертій частині (25,31%) хворих вправити грижу перед операцією не вдалось. У решти – 41 (12,97%) грижа вправлялась частково.

43 (13,6%) пацієнтам виконали розширення ГД первинної ПГ живота через виникнення труднощів із вправленням вмісту грижового мішка в черевну порожнину (37) та виникненням необхідності виконання симультанного оперативного втручання на органах черевної порожнини (6).

Під час операції для вправлення фіксованої ПГ вдавалися до розширення грижового дефекту вздовж білої лінії живота в 12 випадках. В наступному пластика ГД у цих пацієнтів виконана за методикою Сапежко (5) та алопластично з преперитонеальним розташуванням сіткового імплантату (7). У випадках алопластики ГД таке розширення призвело до збільшення розмірів сіткового імплантату, так як він має заступати на 3 – 4 см краї рани.

У 7 випадках (переважно у пацієнтів з діастазом прямих м'язів живота II та III ступеня) виконали бічне розширення ГД в межах білої лінії живота з наступною алопластикой ГД (передочеревинною – 3, ретромускулярною – 4).

У 24 випадках окрім описаних в літературі методів, розширення пупкового кільця в межах білої лінії живота (в поперечному та поздовжньому напрямках) виконували розроблений спосіб розширення ГД ПГ (патент на корисну модель № 71375 UA) [1,2].

Від лівого краю пупкового кільця до медіального краю лівого прямого м'яза живота поперечно розтинали