

# Клінічні спостереження

УДК:616.-006.311.03-031:611.959]-053.82-07-08

## ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ ГЕМАНГІОМИ ПОПЕРЕКУ У 22-РІЧНОГО ХВОРОГО

*І.І. Кобза, Т.І. Кобза, Ю.С. Мота, А.А. Савченко, Р.І. Трутяк, В.П. Федоренко*

*Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького  
Кафедра хірургії № 2 (зав. - проф. І.І. Кобза)*

### Реферат

**Мета.** Поліпшення діагностики та лікування гемангіоми попереку, ускладненої повторними кровотечами.

**Матеріал і методи.** Проаналізовано результати обстеження, діагностики і хірургічного лікування гемангіоми попереку, ускладненої повторними кровотечами у 22-річного хворого.

**Результати й обговорення.** У нашому спостереженні 22-річному хворому із рідкісною локалізацією величезної гемангіоми попереку, ускладненої повторними кровотечами у різний час при консультаціях на рівні обласних і столичних спеціалістів не пропонували хірургічного лікування. За результатами МРТ у м'яких тканинах попереку із поширенням на шкіру та підшкірну жирову клітковину наявна гемангіома розмірами 43×132×192 мм. Кровообіг новотвору здійснювався за рахунок множинних звивистих судинних гілок від вертебральних артерій діаметрами 2-6 мм. Водночас, при УЗД у поперекових ділянках були виявлені великі утвори, без чітких меж, у вигляді множинних розширених судин із ознаками артеріовенозного шунтування, а при патоморфологічному дослідженні - поєднання артеріовенозного, венозного, капілярного та жирового компонентів, що характерно для синдрому Паркса-Вебера та спінальних артеріовенозних мальформацій. Наростаюче поширення гемангіоми, ускладненої повторними кровотечами, послужило показанням до хірургічного втручання - видалення гемангіоми попереку із застосуванням ендovasкулярної лазерної абляції (потужність - 20 Вт, довжина хвилі - 980 нм, сумарна енергія - 7000 Дж), аргонної діатермії та лігування 84 живлячих судин. У післяопераційному періоді протягом 5 днів здійснювали вакуум-асистовану терапію (від'ємний тиск - 50 мм.рт.ст).

**Висновок.** Радикальне хірургічне лікування гемангіом доцільно проводити у дитячому віці, а не обмежуватися тривалим пасивним спостереженням, що зумовлює появу не тільки косметичних недоліків, а й становить загрозу для здоров'я і життя пацієнта.

**Ключові слова:** гемангіома, рідкісна локалізація, діагностика, хірургічне лікування, ендovasкулярна лазерна абляція, аргонна діатермія, вакуум-асистована терапія

### Abstract

#### DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF LUMBAR HEMANGIOMA IN A 22-YEAR-OLD PATIENT

*I.I. KOBZA, T.I. KOBZA, YU.S. MOTA, A.A. SAVCHENKO, R.I. TRUTYAK, V.P. FEDORENKO*

*The Danylo Halytsky National Medical University in Lviv*

**Aim.** To improve the diagnostics and treatment of lumbar hemangioma, complicated by recurrent bleeding.

**Materials and Methods.** The results of examination, diagnostics and surgical treatment of lumbar hemangioma, complicated by recurrent bleeding in a 22-year-old patient were analyzed.

**Results and Discussion.** In our observation, a 22-year-old patient with a rare localization of huge lumbar hemangioma, complicated by recurrent bleeding, consulted by the regional and metropolitan professionals at different times, was never offered surgical treatment. According to the results of MRI, there was a hemangioma of soft tissues of the lumbar region, which spread from the skin to subcutaneous fatty tissue, sized 43×132×192 mm. The blood was supplied to the tumor by multiple tortuous vascular branches from vertebral artery with diameters of 2.0 - 6.0 mm. Ultrasonography: large masses, without clear boundaries, looking like multiple dilated vessels with signs of arteriovenous shunting, were found in the lumbar region. Pathohistological results: a combination of arteriovenous, venous, capillary and fat components, specific to the Parkes-Weber syndrome and spinal arteriovenous malformations, were found. The progressive spreading of the hemangioma, complicated by recurrent bleeding, was the indication for surgical intervention - the removal of lumbar hemangioma with using of endovascular laser ablation (power: 20 watts, wave length: 980 nm, total energy: 7000 joules), argon diathermy and ligation of 84 supplied vessels. In the postoperative period vacuum-assisted therapy was performed within 5 days (negative pressure = 50 mm Hg).

**Conclusions.** Radical surgical treatment of hemangiomas should be performed in childhood; treatment should not be limited to prolonged passive observation leading not only to appearance of cosmetic flaws, but also presenting a threat for life and health of the patient.

**Key words:** hemangioma, rare localization, diagnosis, surgical treatment, endovascular laser ablation, argon diathermy, vacuum-assisted therapy

### Вступ

Гемангіома - це доброякісний новотвір, який виникає із судинних ендотелійних клітин. Найчастіше така пухлина вражає шкіру, може поширюватись на підшкірну жирову клітковину, іноді - паренхіматозні органи, навіть, кістки. За локалізацією та симптомами гемангіоми поділяють на капілярні, кавернозні та змішані. Найбільшу небезпеку для здоров'я і життя людини становлять гемангіоми великих розмірів, ускладнені повторними кровотечами. За таких обставин немає альтернативи хірургічному лікуванню [1-5].

**Матеріал і методи**

Враховуючи рідкісну локалізацію гемангіоми попереку у хворого віком 22 років та особливості хірургічного втручання, вважаємо доцільним поділитися наступним спостереженням.

**Опис клінічного спостереження**

Хворий, віком 22 років, 29.09.2015 р. госпіталізований у відділення хірургії судин Львівської обласної клінічної лікарні. Відповідно до запису в історії хвороби лікуючим лікарем хворий скаржився на повторні кровотечі із пухлиноподібного утвору попереку. Із анамнезу: одразу після народження батьки помітили пігментну пляму в лівій поперековій ділянці, яка з віком збільшувалася, поширилася на всю ліву, а згодом - і на праву поперекову ділянку. У віці 3,5 років і за тиждень перед госпіталізацією спостерігалися повторні кровотечі, які зупинялися притисканням. При повторних консультаціях на рівні обласних і столичних спеціалістів хірургічне лікування не пропонували.

Загальний стан задовільний. Шкірні покриви та видимі слизові блідо-рожеві. Пульс - 78 уд/хв., АТ - 120/80 мм.рт.ст. Пульсація магістральних артерій збережена. Симптоми Мозеса та Хоманса негативні.

У лівій і правій поперекових ділянках наявні пухлиноподібні утвори розмірами 20×15 см та 10×10 см, багряно-синього забарвлення, із горбистою поверхнею, рухомі, які збільшуються у вертикальному положенні хворого (рис. 1)

Загальний аналіз крові: еритроцити -  $4,1 \times 10^{12}/л$ , гемоглобін - 130 г/л, КП - 0,9, лейкоцити -  $12,0 \times 10^9/л$ , е - 0%, п - 5%, с - 60%, лімф. - 28%, м - 7%, ШЗЕ - 4 мм/год. Біохімічний аналіз крові: глюкоза - 3,8 ммоль/л, білок - 48,0 г/л,  $K^+$  - 3,6 ммоль/л,  $Na^+$  - 140,0 ммоль/л, креатинін - 0,06 ммоль/л, АСТ - 46,3 Од/л, АЛТ - 19,9 Од/л. Коагулограма: ПЧ - 22,0", ПП - 72%, фібриноген - 2,22 г/л.

ЕКГ: синусовий ритм, ЧСС - 80/хв, нормальне положення електричної осі серця, варіант норми.

УЗД: у поперекових ділянках візуалізуються великі утвори, без чітких меж, у вигляді множинних розширених судин із ознаками артеріо-венозного шунтування.

МРТ: при обстеженні поперекового відділу хребта в T1, T2 STIR у трьох проекціях відмічається зниження висоти міжхребцевих про-



Рис.1  
Гемангіома попереку

міжків, наявні "кутові" розростання тіл хребців, хрящові вузли на рівні замикальних пластин L3, зниження висоти міжхребцевого проміжку L3-L4 за рахунок дегідратації.

У м'яких тканинах попереку із поширенням на шкіру та підшкірну жирову клітковину наявна гемангіома розмірами 43×132×192 мм. Кровопостачання новоутвору здійснюється за рахунок множинних звивистих судинних гілок від вертебральних артерій діаметрами 2-6 мм. Висновок: дегенераційно-дистрофічні зміни поперекового відділу хребта (остеохондроз, хрящові вузли), велика підшкірна гемангіома попереку (рис. 2).

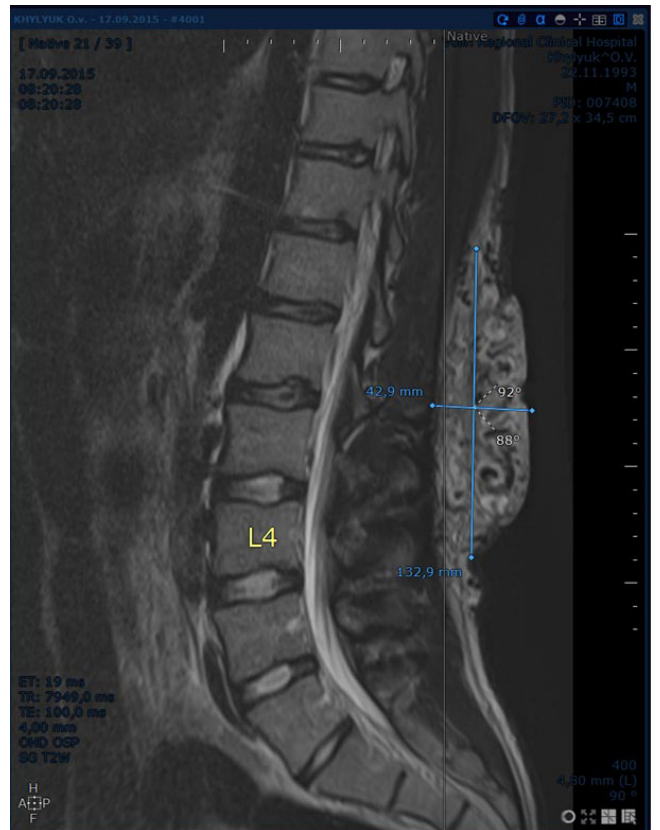


Рис.2  
Велика підшкірна гемангіома попереку



Рис.3

Операційна рана на сьому добу після хірургічного втручання

Наростаюче поширення гемангіоми, ускладненої повторними кровотечами, послужило показанням до хірургічного втручання - видалення гемангіоми попереку.

Безпосередньо перед операційним втручанням під контролем УЗД під місцевим знеболенням проведена ендovasкулярна лазерна абляція (потужність - 20 Вт, довжина хвилі - 980 нм, сумарна енергія - 7000 Дж) найбільших живлячих судин.

30.09.2015 р. 1220-1640. Операція: видалення гемангіоми попереку (проф. І.І. Кобза).

Під загальним знеболенням двома дугоподібними розрізами на попереку розсічені м'які тканини довкола гемангіоми, спаяної із фасцією. Поетапний гемостаз із застосуванням аргонної діатермії та лігування 84 живлячих судин.

Видалена гемангіома разом із прилягаючою фасцією. Для зіставлення країв рани здійснена мобілізація двома додатковими розрізами шкіри довжиною до трьох см. Шви на рану. Асептична пов'язка (рис. 3).

У післяопераційному періоді протягом 5 днів здійснювали вакуум-асистовану терапію (від'ємний тиск - 50 мм.рт.ст.).

Результати патоморфологічного дослідження: поєднання артеріовенозного, венозного, капілярного та жирового компонентів. Висновок: ангіоматоз (різновид мальформації, схильний до рецидивів).

Перебіг післяопераційного періоду без ускладнень. Хворому здійснювали інфузійно-трансфузійну коригуючу терапію, лораксон 1,0×2 р/д внутрішньовенно, лактон 1 капс. х 1 р/д перорально. Шви зняті на 10 добу, рана загоїлась первинним натягом.

## Результати й обговорення

У нашому спостереженні 22-річному хворому із рідкісною локалізацією величезної гемангіоми попереку, ускладненої повторними кровотечами у різний час при консультаціях на рівні обласних і столичних спеціалістів не пропонували хірургічного лікування.

За результатами МРТ у м'яких тканинах попереку із поширенням на шкіру та підшкірну жирову клітковину наявна гемангіома розмірами 43×132×192 мм. Кровообіг новотвору здійснюється за рахунок множинних звивистих судинних гілок від вертебральних артерій діаметрами 2-6 мм.

Водночас, при УЗД у поперекових ділянках були виявлені великі утвори, без чітких меж, у вигляді множинних розширених судин із ознаками артеріовенозного шунтування, а при патоморфологічному дослідженні - поєднання артеріовенозного, венозного, капілярного та жирового компонентів, що характерно для синдрому Паркса-Вебера та спінальних артеріовенозних мальформацій [6].

Наростаюче поширення гемангіоми, ускладненої повторними кровотечами, послужило показанням до хірургічного втручання - видалення гемангіоми попереку із застосуванням ендovasкулярної лазерної абляції (потужність - 20 Вт, довжина хвилі - 980 нм, сумарна енергія - 7000 Дж), аргонної діатермії та лігування 84 живлячих судин. У післяопераційному періоді протягом 5 днів здійснювали вакуум-асистовану терапію (від'ємний тиск - 50 мм.рт.ст.).

## Висновок

Радикальне хірургічне лікування гемангіом доцільно проводити у дитячому віці, а не обмежуватися тривалим пасивним спостереженням, що зумовлює появу не тільки косметичних недоліків, а й становить загрозу для здоров'я і життя пацієнта.

## Література

1. Harmatyna O.Y. Radiological diagnostics of vertebral hemangioma. Ukrainian Journal of Radiology. 2014, 12, 3, 60-63. Ukrainian: (Гарматина О.Ю. Лучевая диагностика гемангиомы позвонка. Український радіологічний журнал. 2014, 12, 3, 60-63).
2. Serov R.A., Bokeryya L.A., Morozov K.M. et al. Hemangiomas and vascular malformations, classification, clinic, diagnostics, treatment, mistakes (on example of

- clinical observation). *Annals of surgery*. 2008, 6, 76-80. Russian: (Серов Р.А., Бокерия Л.А., Морозов К.М. и со-авт. Гемангиомы и сосудистые мальформации: классификация, клиника, диагностика, лечение, ошибки (на примере клинического наблюдения). *Анналы хирургии*. 2008, 6, 76-80).
3. Armario-Hita J.C., Fernandez-Vozmediano J.M. Protocol for hemangiomas. Supplement to *JAAD*. *Journal of the American academy of dermatology*, 2009, 60, 3, 2901.
  4. Cremer H., Hamangiome: klassifizierung und therapieempfehlungen. *Padiatrie hautnah*. 2009, 21(2), 133-146.
  5. Grantzow R., Schmittenbecher P., Cremer HJ. Et al. Leitlinie der DDG in Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesellschaft fur Padiatrie: Guideline - Hemangiomas in infancy and childhood. *JDDG*. 2008, 6 (4), 324 - 329.
  6. Namba K., Nemoto S. Parkes Weber syndrome and spinal arteriovenous malformation. *American journal of neuroradiology* 2013, 34, 110 -112.