

КЛАСИФІКАЦІЙНИЙ АЛГОРИТМ ЛІКУВАННЯ ГЕМАНГІОМ ЗОВНІШНЬОЇ ЛОКАЛІЗАЦІЇ У ДІТЕЙ

Коноплицький Д.В.

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

Мета дослідження – покращення результатів та ефективності лікування дітей з гемангіомами зовнішньої локалізації шляхом застосування методу класифікаційного алгоритму. Для вивчення стану проблеми в Подільському регіоні України було проведено клініко-ретроспективне дослідження дітей з ГА зовнішньої локалізації за останні 10 років. Дослідження включало в себе: аналіз історій хвороб і амбулаторних карточок дітей, які знаходились на стаціонарному або амбулаторному лікуванні в період з 2002 року по квітень 2012 року, з діагнозом: «Гемангіома зовнішньої локалізації». Застосування наведених методик лікування гемангіом зовнішньої локалізації у дітей, які базувались на методі класифікаційного алгоритму, дозволило в 97% всіх спостережень досягти добрих за задовільних онкологічних, функціональних та косметичних результатів лікування. Вибір лікувальної тактики у дітей з гемангіомами зовнішньої локалізації повинен проводитись в кожному випадку індивідуально, виключаючи безпідставне очікування можливого регресу пухлини. Вибір методу лікування гемангіом зовнішньої локалізації у дітей повинен базуватись на класифікаційному алгоритмі пухлини в залежності від її клініко-морфологічних ознак.

Ключові слова: діти, гемангіома, методи лікування.

Постановка проблеми. Гемангіоми у дітей – найбільш поширені доброякісні судинні пухлини, які складають до 50% від всіх новоутворень, (практично кожна 10 дитина перших місяців життя має гемангіому). Клінічно гемангіоми зовнішніх покривів не відносяться до тяжких захворювань. Однак, не дивлячись на всю доброякісність, гемангіоми відрізняються своїм швидким прогресуючим ростом. Розростаючись, вони руйнують оточуючі тканини та наносять дитині значні косметичні та функціональні пошкодження, останній з яких проявляється порушенням органів, що вражаються пухлинним процесом [1].

Аналіз останніх досліджень і публікацій. На сьогоднішній день питання діагностики гемангіом зовнішньої локалізації не викликають труднощів у клініцистів. На теперішній час лишаються невирішеними два важливих питання, перше – чи потрібно лікувати, і друге – як лікувати? І досі точаться дебати – лікувати гемангіому безпосередньо після її виявлення, або вибрати позицію динамічного спостереження.

Сучасне лікування, за звичай, спрямовано на різноманітну комбінацію методів, але це не дає відмінних результатів, що вимагає від науковців різних спеціальностей і практикуючих лікарів пошуку та застосування нових комбінацій вже існуючих методів, розробки нових методів з використанням інноваційних технологій. Однак, потрібно вважати аксіомою той факт, що ліквідація гемангіоми є успішною тільки тоді, коли при її закінченні досягнуті відмінні онкологічний, функціональний та косметичний результати.

Відсутня на сьогоднішній день чітка думка про можливість та доцільність очікувальної тактики в залежності від виду та локалізації гемангіоми, так як іноді ранній термін початку лікування є найбільш профілактичним лікувальним заходом [2].

Мета роботи – покращення результатів та ефективності лікування дітей з гемангіомами зовнішньої локалізації шляхом застосування методу класифікаційного алгоритму.

Матеріали та методи. Для вивчення стану проблеми в Подільському регіоні України нами було проведено клініко-ретроспективне дослідження дітей з ГА зовнішньої локалізації за останні 10 років. Дослідження включало в себе: аналіз історій хвороб і амбулаторних карточок дітей, які знаходились на стаціонарному лікуванні в клініці дитячої хірургії Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова або знаходились на амбулатор-

ному лікування в поліклініці Вінницької обласної клінічної дитячої лікарні в період з 2002 року по квітень 2012 року, з діагнозом ГА зовнішньої локалізації (таблиця 1). Діагноз хвороби у дітей формулювався згідно класифікації МКХ-10, шифр d 18.0. Також нами був проведений ретроспективний аналіз історій хвороб та амбулаторних карточок дітей з ГА зовнішньої локалізації, які знаходились на амбулаторному лікуванні у період з 2002 по 2011 роки (таблиця 2).

Результати дослідження та їх обговорення. Графічний аналіз кількості хворих, які знаходились на стаціонарному лікуванні переконливо доводить постійне зниження їх кількості, завдячуючи більш широкому застосуванню мініінвазивних методів, які зазвичай проводились нами в амбулаторних умовах (рис. 1). Госпіталізації потребували діти з виразкуванням ГА для виконання екстрених хірургічних маніпуляцій та діти, які мали супутню обтяжуючу патологію, і яким перед проведенням основного лікування потрібна було поглиблена діагностика порушень гомеостазу організму з метою попередження можливих ускладнень.

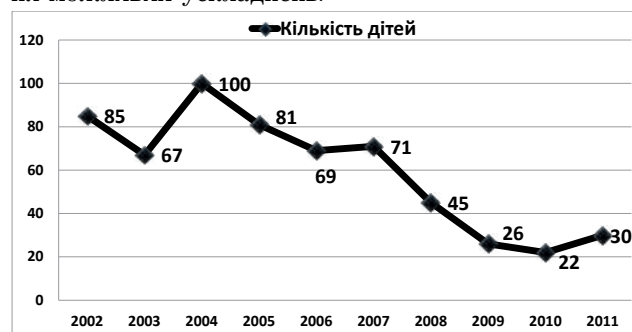


Рис. 1. Динаміка кількості стаціонарних хворих з гемангіомами

Аналіз хворих за статтю чітко з'ясував в групі дітей, які знаходились на стаціонарному лікуванні переважання жіночого контингенту на протязі всього періоду ретроспективного аналізу (рис. 2).

Аналіз хворих дітей за місцем їх постійного проживання вказує на значне переважання в даній групі стаціонарних хворих жителів сільської місцевості. Даний факт повинен бути врахований при первинному огляді, як фактор можливого ускладненого перебігу захворювання (рис. 3).

Таблиця 1

Характеристика дітей, які перебували на стаціонарному лікуванні

Рік	Всього дітей	Хлопчики	Дівчата	Мешканці міста	Сільські мешканці	Оперовані	Не оперовані
2002	85	28	57	40	45	71	14
2003	67	21	46	27	40	58	9
2004	100	31	69	62	38	83	17
2005	81	40	41	45	36	61	20
2006	69	29	40	34	35	55	14
2007	71	19	52	30	41	46	25
2008	45	17	28	21	24	26	19
2009	26	9	17	6	20	12	14
2010	22	13	9	5	17	14	8
2011	30	16	14	7	23	16	14

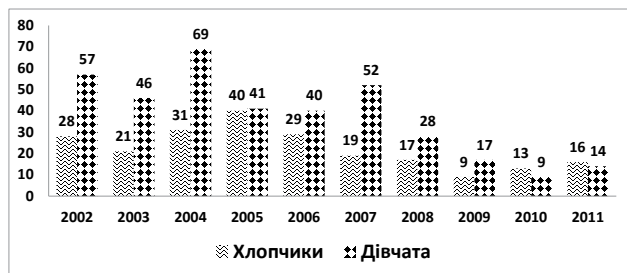


Рис. 2. Кількісний розподіл стаціонарних хворих за статтю

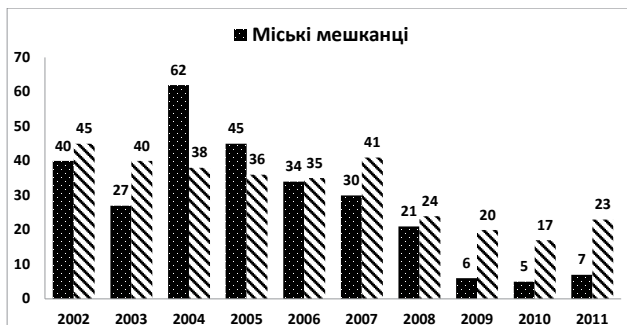


Рис. 3. Кількісний розподіл стаціонарних хворих за місцем проживання



Рис. 4. Оперативна структура стаціонарних хворих

Серед дітей, які знаходились на стаціонарному лікуванні, домінували діти, яким було проведено оперативне видалення ГА в наслідок їх ускладненого перебігу, в основному на висоті кровотечі (Рис. 4).

Аналіз кількісного складу дітей за статевими ознаками в групі ретроспективного аналізу, також засвідчив факт значного переважання жіночого контингенту хворих з ГА (рис. 6).

Динаміка дітей, лікування яких відбувалось в амбулаторних умовах, переконливо засвідчує факт збільшення даного контингенту (рис. 5).

Таблиця 2

Характеристика дітей, які перебували на амбулаторному лікуванні

Рік	Всього дітей	Хлопчики	Дівчата	Сільські жителі	Міські жителі
2002	577	220	357	346	231
2003	778	382	396	458	320
2004	642	317	325	412	230
2005	652	305	347	386	266
2006	722	224	328	391	331
2007	631	274	357	340	291
2008	595	222	373	281	314
2009	633	243	390	310	323
2010	697	308	389	288	409
2011	856	369	487	290	566

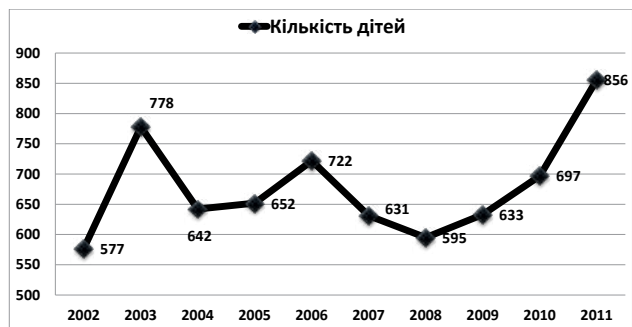


Рис. 5. Динаміка амбулаторних хворих з гемангіомами

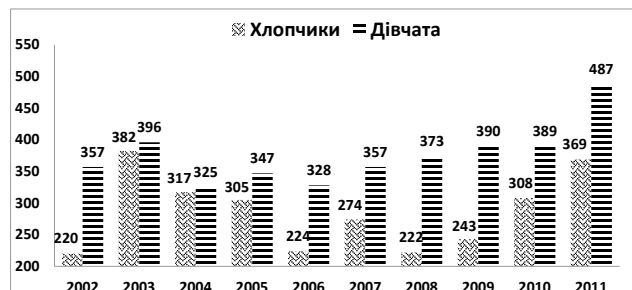


Рис. 6. Кількісний розподіл стаціонарних хворих за статтю

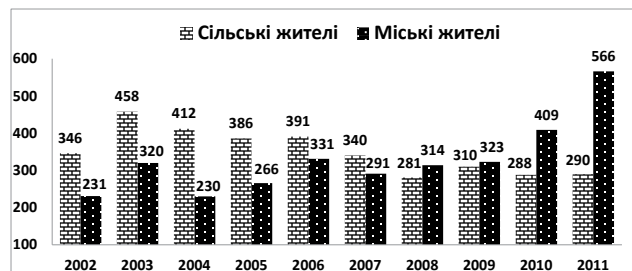


Рис. 7. Кількісний розподіл амбулаторних хворих за місцем проживання

В структурі амбулаторних хворих звертає на себе увагу той факт, що за останні чотири роки відбулось збільшення хворих, які постійно мешкають в містах (рис. 7).

Багато невирішених питань виникає внаслідок відсутності цілісного алгоритмічного уявлення про гемангіоми, які базувались на основі чітких класифікаційних ознак. Беручи до уваги фактичний матеріал багатьох попередніх авторів, які переймалися проблемами гемангіом у дітей, та власним багаторічним досвідом лікування даної патології,

нами розроблена та використовується наступна практично орієнтована класифікація.

1. За загальним виглядом (будовою):
 - капілярні (плоскі та гіпертрофічні) – бліднуть при натисканні;
 - кавернозні – мають об'ємність за рахунок каверн, що заповнені кров'ю;
 - змішані.
2. За локалізацією:
 - зовнішня локалізація (шкіра, підшкірно-жирова клітковина, слизові оболонки які доступні огляду – поширеність 95%).
 - внутрішня локалізація (паренхіматозні органи, тонка та товста кишка, залози внутрішньої та зовнішньої секреції, кістки, головний мозок і т. д. – поширеність 5%).
3. За анатомічним розташуванням:
 - некритична локалізація – волоссяна частина голови, за виключенням відкритого тям'ячка, закриті ділянки тіла;
 - критична локалізація – проекція відкритого тям'ячка, глотка, обличчя, вушні раковини, зовнішні статеві органи, промежина, кисті та ступні, суглобові поверхні тобто ті ділянки тіла, на яких гемангіома може привести до косметичного та функціонального дефекту, або загрожувати життю.
4. За розмірами (орієнтуючись на середній діаметр гемангіоми):
 - малих розмірів – до 2-х см;
 - середніх розмірів – 2-5 см;
 - великих розмірів – більше 5 см;
 - гігантські – займають одну або більше анатомічних ділянок.
5. За швидкістю росту (з урахуванням зміни площі та обсягу).
 - стабільні (не збільшуються);
 - повільно прогресуючі (збільшуються пропорційно росту дитини);
 - швидко прогресуючі (мають тенденцію до бурхливого росту – у 1,5-2 рази за 10-14 днів);
 - регресуючі.
6. За ускладненим перебігом:
 - ускладнені (некроз, виразкування, кровотеча).
 - неускладнені.

Спираючись на власні багаторічні спостереження та на досвід інших дослідників, вважаємо що активному лікуванню підлягають:

1. Всі швидко прогресуючі гемангіоми незважаючи на загальний вигляд, анатомічну локалізацію та розміри;
2. Повільно прогресуючі гемангіоми критичної локалізації;
3. Гемангіоми з ускладненим перебігом;
4. За наполяганням батьків (при відсутності можливих проти- показів).

В усіх інших випадках **допустимо** ретельне динамічне спостереження, тому що при стабільних гемангіомах некритичної локалізації в значній кількості спостережень відмічається їх регрес. Власні клінічні дані, та з матеріали досліджень інших авторів, свідчать про те, що в переважній більшості випадків збільшення гемангіоми відбувається протягом перших 6 місяців життя дитини, стабілізація розмірів у 6-12 місяців, а повний регрес до 7 років [3].

Динамічне спостереження за характером «поведінки» гемангіоми нами пропонується двома планіметричними способами. По перше – це метод «кальки», з нанесенням зовнішніх контурів гемангіоми шляхом окреслення та контролем шляхом співставлення малюнків кожні 14-21 день, самостійно батьками або за участі підготовленого медичного персоналу. По друге – шляхом лінійного вимірю-

вання максимального діаметру гемангіоми через 21-30 днів, самостійно батьками або лікарем.

На сьогоднішній день запропоновано більше 50 способів лікування. Деякі з цих методів потребують спеціального високотехнологічного обладнання, в тому числі рентгенендоваскулярного, тому не мають широкого розповсюдження.

Нами наводяться методи лікування гемангіом та покази до їх застосування на основі власних досліджень, з утомою можливого їх виконання в умовах будь якого дитячого хірургічного стаціонару третинного рівня надання медичної допомоги дітям.

Консервативні методи лікування гемангіом:

1. Кріодеструкція або діатермокоагуляція. Покази – невеликі капілярні гемангіоми – одноментно; ГА середніх розмірів – поетапно. При кріодеструкції аплікатор має займати площу на 2 мм більше площі гемангіоми, експозиція – 20-40 сек. Слід максимально обмежувати кількість кріодеструкцій та діатермокоагуляцій на обличчя за рахунок можливого розвитку грубих косметичних дефектів в процесі подальшого росту дитини.

2. Склерозуюча терапія. Покази – невеликі капілярні, кавернозні та змішані гемангіоми – одноментно, а середніх розмірів – поетапно. В якості склерозанта застосовується 70° медичний спирт.

3. Гормонотерапія місцева. Покази – капілярні гіпертрофічні, змішані та кавернозні гемангіоми. Інтрагуморально ін'єкційно вводиться бетаметазон+тріамценолон в співвідношенні 1:1, в дозі 0,2 мл/см² даної суміші. Кратність ін'єкцій 1 раз кожний 21 день. Якщо після першої ін'єкції препаратів гемангіома зупинила ріст, або почала регрес рекомендовано подальше динамічне спостереження. Загальна кількість лікувальних ін'єкцій гормональної суміші до 5-ти, так як зберігається небезпека системних побічних дій (кушингоподібний синдром) та вираженої атрофії оточуючих тканин при потрапленні препаратів поза тканину гемангіоми.



Хвора Д., вік 4 міс. Загальний вигляд лівого передпліччя до початку лікування



Хвора Д., вік 4,5 роки. Загальний вигляд лівого передпліччя після 4-х ін'єкцій тріамценолон+бетаметазон

4. Високоенергетична лазеротерапія. Покази – капілярні плоскі гемангіоми (особливо на обличчі).

5. Системна терапія (застосування гормонотерапії парентерально, інтерферонотерапії, терапія пропранололом). Покази – гемангіоматоз, гігантські гемангіоми, синдром Казабаха-Меріта, гемангіоми критичних локалізацій).



Дитина Г., вік 1 міс. Д-з:
Змішана ГА лівої верхньої повіки



Дитина Г., вік 3 міс.
Лікування Пропранололом за схемою

6. Комбінована терапія. Комбінація одного з консервативних методів лікування гемангіоми з СВЧ, тривалою місцевою пресією тощо.

Слід пам'ятати, що при проведенні неоперабельних методів лікування, не завжди потрібно намагатися досягнути остаточного зникнення гемангіоми при проведенні лікувального курсу, частіше достатньо зупинити ріст ГА, яка в подальшому буде регресувати самостійно.

Оперативне видалення гемангіом показано лише у наступних випадках:

- За неефективності консервативних методів лікування;

- При наявності косметичних дефектів, що обумовлені незадовільними наслідками консервативного лікування;

- Вік дитини старше 2-х років, при умові можливостей подальшої травматизації, наприклад – дитина планує постійно відвідувати дитячу дошкільну установу.

Методики оперативного лікування:

- Повне одномоментне висічення гемангіоми з пластиною місцевими тканинами;

- Порційне поетапне висічення гемангіоми при її великих розмірах;

- Прошивання гемангіоми по периферії за Кругосом (з можливим прошиванням живлячих судин).

При наявності у дитини множинних гемангіом (гемангіоматоз) необхідне глибоке клінічне дослідження пацієнта з метою діагностики гемангіом внутрішньої локалізації.

Застосування наведених методик лікування гемангіом зовнішньої локалізації у дітей, які базувались на методі класифікаційного алгоритму, дозволило в 97% всіх спостережень досягти добрих задовільних онкологічних, функціональних та косметичних результатів лікування.

Висновки і пропозиції.

1. Вибір лікувальної тактики у дітей з гемангіомами зовнішньої локалізації повинен проводитись в кожному випадку індивідуально, виключаючи безпідставне очікування можливого регресу пухлини.

2. Вибір методу лікування гемангіом зовнішньої локалізації у дітей повинен базуватись на класифікаційному алгоритмі пухлини в залежності від її клініко-морфологічних ознак.

Список літератури:

1. Пащенко Ю. В., Вивчарук В. П., Пащенко К. Ю. Гемангиомы у детей: современные тенденции и перспективные направления лечения // Медицина неотложных состояний. – 2011. – № 6. – С. 84-88.
2. Шапкин В. В., Мельников А. В., Пилипенко А. П. Тактика при гемангиомах у детей: эстетические и практические вопросы // Pacific Medical Journal. – 2004. – № 2. – С. 35-36.
3. Лечение гемангиом с использованием александритового лазера GentleLASE. Томас Е. Рорер. <http://www.cleopatra.ru/2009/>.

Коноплицкий Д.В.

Винницкий национальный медицинский университет имени Н.И. Пирогова

КЛАССИФИКАЦИОННЫЙ АЛГОРИТМ ЛЕЧЕНИЯ ГЕМАНГИОМ НАРУЖНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ У ДЕТЕЙ

Аннотация

Цель исследования – улучшение результатов и эффективности лечения детей с гемангиомами наружной локализации путем применения метода классификационного алгоритма. С целью изучения состояния проблемы в Подольском регионе Украины было проведено клинико-ретроспективное изучение детей с ГА наружной локализации за последние 10 лет. Исследование включало в себя: анализ историй болезни и амбулаторных карточек детей, которые находились на стационарном или амбулаторном лечении в период с 2002 года по апрель 2012 года с диагнозом: «Гемангиома наружной локализации». Использование предложенных методик лечения гемангиом наружной локализации у детей, которые основывались на методе классификационного алгоритма, позволило в 97% всех наблюдений достичь хороших и удовлетворительных онкологических, функциональных и косметических результатов лечения. Выбор лечебной тактики у детей с гемангиомами наружной локализации должен проводиться в каждом случае индивидуально, исключая безосновательное ожидание возможного регресса опухоли. Выбор метода лечения гемангиом наружной локализации у детей должен основываться на классификационном алгоритме опухоли в зависимости от ее клинико-морфологических особенностей.

Ключевые слова: дети, гемангиома, методы лечения.

Konoplitsky D.V.

Vinnitsa National Pirogov Medical University

CLASSIFICATION ALGORITHM TREATMENT OF HEMANGIOMAS AT CHILDREN EXTERNAL OF CONTAINMENT

Summary

The purpose of research – improving performance and effectiveness in children with gemangiomas outdoor location by the method of the classification algorithm. To study the state of the problem in the Podolsk region of Ukraine conducted a retrospective clinical study of children with GA outdoor location for the last 10 years. The study included: an analysis of medical records and outpatient cards of children who were in the hospital or out-patient treatment in the period from 2002 to April 2012 with the diagnosis: «Hemangioma outer containment.» The use of the proposed methods of treatment of hemangiomas in children outside of containment, which were based on the method of classification algorithm allowed in 97% of all cases achieved good and satisfactory oncological, functional and cosmetic outcomes. Choice of treatment strategy in children with hemangiomas outdoor location must be conducted in each case, except unfounded expectation of a possible tumor regression. The method of treatment of hemangiomas in children outside containment should be based on tumor classification algorithm based on its morphological features.

Keywords: children, hemangioma, treatments.