

Окунева А.И., Герасименко А.В., Окунев Н.А., Журавлев В.А.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОБШИРНЫХ ВРОЖДЕННЫХ КАВЕРНОЗНЫХ ГЕАНГИОМ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ

Детская республиканская клиническая больница № 1, г. Саранск

Okuneva A.I., Gerasimenko A.V., Okunev N.A., Zhuravlev V.A.

SURGICAL TREATMENT OF EXTENSIVE CONGENITAL CAVERNOUS HEMANGIOMA IN NEONATAL

Резюме

В работе представлены результаты хирургического лечения детей с обширными врожденными кавернозными гемангиомами нижних конечностей в периоде новорожденности с использованием только хирургического метода лечения, при условии перевязки питающих сосудов, с хорошими функциональными и косметическими результатами.

Ключевые слова: новорожденные, врожденные гемангиомы, хирургическое лечение

Abstract

The results of surgical treatment of the neonates with the large congenital cavernous hemangiomas localized in the lower extremities is presented in this article. The use of the traditional surgical technique with open identification and ligation of the main vessels supplying the haemangioma has allowed to achieve the possible outcomes both functional and cosmetic for our patients.

Key words: newborn, congenital hemangiomas, surgical treatment

Гемангиомы — доброкачественные сосудистые опухоли, наиболее часто встречающиеся в младшем детском возрасте [1, 4]. Они наблюдаются у 1,1–2,6% новорожденных детей, а к году жизни этот показатель увеличивается до 10,1%, составляя 45,7–50% всех опухолей мягких тканей у детей [4]. Вероятность быстрого роста сосудистых новообразований у недоношенных детей в 2–3 раза больше, чем у доношенных [2].

Несмотря на возможность самоизлечения и остановку роста гемангиомы с последующей инволюцией, дальнейшее ее течение остается непредсказуемым, а расчет на спонтанную регрессию (6,7%) может оказаться несостоятельным [2, 6, 7]. Как правило, при рождении имеются лишь зачатки гемангиомы, которые нередко характеризуются быстрым ростом, особенно в первые месяцы жизни [2, 6]. Дети с обширными комбинированными гемангиомами рождаются редко.

Существует множество методов лечения гемангиом (хирургический, криодеструкция, лучевая терапия, диатермокоагуляция, гормональное лечение и другие), но не один из них не является

универсальным [1]. Разработаны высокотехнологичные методы лечения (эмболизация опухоли с последующей СВЧ-криодеструкцией) [3, 5], но, к сожалению, они малодоступны для отдельных регионов России.

Вниманию читателя представляются собственные наблюдения с использованием только хирургического лечения при обширных врожденных гемангиомах.

В Детскую республиканскую клиническую больницу № 1 за 2006–2008 гг. в первые сутки жизни были доставлены 2 ребенка (переведены из родильного отделения) в связи с опухолевидным образованием больших размеров (рис. 1, 3).

Больной А., при поступлении состояние средней степени тяжести, вес – 3660 г, рост – 51 см, положение флексорное, мышечный тонус удовлетворительный, активные движения в полном объеме. Кожные покровы цианотичны за счет петехиальной сыпи. Дыхание проводится по всем легочным полям, пуэрильное, ЧД – 48/мин. Сердечные тоны ясные, ЧСС – 144 уд./мин. Живот мягкий.



Рис. 1 Обширная кавернозная гемангиома правого бедра, первые сутки после рождения



Рис. 3 Обширная кавернозная гемангиома правой голени в первые сутки после рождения



Рис. 2 5-е сутки послеоперационного периода

St. lokalis: в области верхней половины правого бедра по медиальной поверхности опухолевидное образование размером 8,0×6,0 см, синюшно-бордовой окраски с участком изъязвления в центре 5,0×4,0 см, бледнеющее при надавливании (рис. 1).

УЗИ образования: в области правого бедра визуализируется образование 80×58×46 мм (косо-поперечный размер). Структура неоднородная, среднеэхогенная со множественными образованиями повышенной и пониженной эхогенности. Включения пониженной эхогенности до 10 мм в диаметре. Мышцы не дифференцируются. В режиме ЦДК выраженный сосуди-

стый артериально-венозный рисунок, низкорезистентный, низкоскоростной.

Общий анализ крови: эр. – $4,68 \times 10^{12}/л$; Нб – 140 г/л; тр. – $190 \times 10^9/л$; лейкоциты – $8,6 \times 10^9/л$; э – 2; п – 3; се – 61; ли – 30; м – 4. Общий анализ мочи без патологии. Сахар крови 2,6 ммоль/л.

Выставлен клинический диагноз: врожденная обширная кавернозная гемангиома правого бедра, ранний неонатальный период.

После проведения предоперационной подготовки в связи с опасностью развития септического процесса на 10-е сутки жизни больной оперирован. Интубационный наркоз. Проведено удаление кавернозной гемангиомы в пределах здоровых тканей. Прошиты и перевязаны два крупных сосуда, подходящие к ткани опухоли. Гемостаз перевязкой и электрокоагуляцией сосудов. Швы узловые, атравматические. Проводили общее и местное лечение. Гормональные препараты не применяли. Заживление раны вторичным натяжением (рис. 2). Ребенок в возрасте 1 месяца выписан на амбулаторное наблюдение.

Гистологическое заключение: в препарате картина капиллярно-кавернозной гемангиомы с осадением и острым воспалением стромы.

При контрольном обследовании больного в возрасте 3 месяцев жалоб нет, функции правой нижней конечности в полном объеме. УЗИ мягких тканей правого бедра: на момент осмотра в режиме ЦДК сосудистый рисунок в месте послеоперационного рубца не визуализируется. Мальчик здоров.



Рис. 4 4-е сутки послеоперационного периода. Заживление вторичным натяжением



Рис. 5 Вид правой голени через 3 месяца после операции

Больной С., при поступлении состояние средней тяжести, вес – 4000 г, рост – 52 см, положение флексорное, мышечный тонус удовлетворительный, активные движения в полном объеме. Кожные покровы цианотичны за счет петехиальной сыпи. Дыхание проводится по всем легочным полям, пуэрильное, ЧД – 44/мин. Сердечные тоны ясные, ЧСС – 140 уд./мин. Живот мягкий.

St. lokalis: на правой голени опухолевидное образование синюшно-бордовой окраски, как «муфта», охватывающее голень, бледнеющее при надавливании (рис. 3).

УЗИ образования: в области правой голени визуализируется образование 46×20×50 мм (косопоперечный размер). Структура неоднородная, среднеэхогенная с множественными образованиями по-



Рис. 6 Через год после операции

вышенной и пониженной эхогенности. Включения пониженной эхогенности до 10 мм в диаметре. Мышцы не дифференцируются. Кортикальный слой малоберцовой кости довольно четкий. В режиме ЦДК выраженный артериально-венозный сосудистый рисунок, низкорезистентный, низкоскоростной. Вдоль кости массивный венозно-трансформированный сосуд.

Общий анализ крови: эр. – $4,54 \times 10^{12}/л$; Hb – 144 г/л; тр. – $180 \times 10^9/л$; лейкоциты – $6,9 \times 10^9/л$; э – 1; п – 2; се – 63; ли – 28; м – 6. Общий анализ мочи без патологии. Сахар крови – 2,2 ммоль/л.

Выставлен клинический диагноз: врожденная обширная кавернозная гемангиома правой голени, ранний неонатальный период. После проведения предоперационной подготовки, на 16-е сутки жизни больной оперирован. Интубационный наркоз. После наложения жгута на правое бедро удалена основная масса кавернозной гемангиомы. Прошиты и перевязаны три крупных сосуда, подходящие к ткани опухоли. Гемостаз перевязкой и электрокоагуляцией сосудов. Швы узловые, атравматические. Проводили общее и местное лечение. Гормональные препараты не применяли. Заживление раны вторичным натяже-



Рис. 7 Через 2 года после операции

нием (рис. 4). Ребенок в возрасте 1 месяца выписан на амбулаторное наблюдение.

Гистологическое заключение: в препарате картина кавернозной гемангиомы с умеренно выраженным склерозом стромы.

При контрольном обследовании больного в возрасте 3 месяцев (рис. 5), 1 года (рис. 6) и 2-х лет (рис. 7) жалоб нет, функции правой нижней конечности в полном объеме. УЗИ мягких тканей правой голени: на момент осмотра в режиме ЦДК сосуди-

стый рисунок в месте послеоперационного рубца не визуализируется. Мальчик здоров. Незначительный косметический дефект.

Данные примеры показывают возможность успешного лечения больных с обширными врожденными гемангиомами на раннем этапе только хирургическим методом (при условии обязательной перевязки питающих сосудов) без использования гормональной терапии с хорошим функциональным и косметическим эффектом.

Список литературы

1. Ашкрафт К.У., Холдер Т.М. Детская хирургия. – СПб.: Раритет-М, 1999. Т. 3. С. 145–155.
2. Буторина А.В. Новые технологии в лечении гемангиом у детей // Детская больница. 2001. № 1. С. 44–48.
3. Гераськин А.В. Применение метода СВЧ-деструкции для лечения гемангиом у детей (клинико-экспериментальное исследование) // Детская хирургия. 2001. № 1. С. 44–48.
4. Детская хирургия: Национальное руководство / Под ред. Ю.Ф. Исакова, А.Ф. Дронова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. С. 1052–1056.
5. Шафранов В.В. с соавт. Применения метода СВЧ-деструкции для лечения гемангиом у детей (клинико-экспериментальное исследование) // Детская хирургия. 2001. № 1. С. 34–35.
6. Stein J.A., Heidary N., Pulitzer M. et al. Noninvoluting congenital hemangioma // Dermatol. Online J. 2008. Vol. 14. № 5. P. 7.
7. Léauté-Labrèze C., Sans-Martin V. Infantile hemangioma // Presse Med. 2010. Apr. Vol. 39. № 4. P. 499–510.