

ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет им.
проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения РФ

Кафедра дерматовенерологии с курсом косметологии и ПО им. проф. В.И.
Прохоренкова

Зав. Кафедрой:

д.м.н., проф. Карачева Юлия Викторовна

Реферат

Современные методы лечения истинной гемангиомы кожи

Выполнила:

Ординатор 1 года обучения

Шостак Татьяна Евгеньевна

Проверила:

д.м.н., проф. Карачева Юлия Викторовна

Красноярск 2019

Оглавление

Введение.....	4
Классификация	4
Лечение.....	5
Список литературы.....	12

Введение

Доброкачественные сосудистые опухоли наружных покровов у новорожденных и грудных детей наблюдаются в 70—80% случаев. Выявляются они в первые недели жизни ребенка или сразу после рождения. Этиопатогенез гемангиомы окончательно не выяснен. Остается открытым вопрос, являются ли гемангиомы истинными опухолями или так называемыми гамартомами, т.е. врожденными пороками развития сосудистой системы, либо их возникновение связано со сложными нарушениями эмбриогенеза, в котором играют роль травма, инфекция, гормональные расстройства и другие факторы. Так или иначе, клинически гемангиома обладает рядом свойств, присущих истинным опухолям, способна к быстрому инфильтрирующему росту, может приводить к значительным косметическим или функциональным дефектам.

Классификация

На сегодняшний день имеются различные классификации гемангиом, основанные на клиническом или патоморфологическом принципе. В практическом отношении наиболее удобна классификация, предложенная Г.А. Федоревым, четко подразделяющая гемангиомы на истинные и ложные.

1. Истинные гемангиомы:

- а) капиллярные (a. capillare, a. simplex, a. hypertrophicum, a. strawberry, a. tuberosum);
- б) кавернозные (a. cavernosum) ;
- в) ветвистые (a. racemosum).

2. Ложные гемангиомы:

- а) плоские (n. Hammens, n. vinosus portwin Stain);
- б) звездчатые (a. stellatum, n. dranens);
- в) пиококковые гранулемы (pyococcum, gr. piogenicum, gr. teleangiectaticum botriomicoma);
- г) медиальные пятна (teleangiectasia congenita nuchae).

Капиллярная гипертрофическая «истинная» гемангиома (сосудистая дизэмбриоплазия) изменяет свою структуру за счет процессов дифференцировки клеточных элементов, переходя на стадиях своего развития в кавернозную или ветвистые формы.

Термин «ложные» гемангиомы был предложен Borst в 1902 г. для обозначения различных телеангиэктазий кожи. Характерным для «ложных» гемангиом — сосудистых аномалий — является то, что они наблюдаются с момента рождения ребенка и не изменяются с течением времени.

Клинически «истинная» гемангиома представляет собой неправильной формы образование с довольно четкими*и границами, располагающееся большей частью поверхностно на коже лица или туловища. Обращает на себя внимание ярко-малиновая или темно-бордовая окраска опухоли с мелкобугристой возможно слегка шелушащейся поверхностью.

Лечение

Гемангиома в своем развитии проходит три фазы: рост, стационарное состояние и регресс. Согласно данным литературы примерно у 60% больных детей может наблюдаться самопроизвольное исчезновение гемангиом. Истинная регрессия происходит без видимой причины, заключающейся в облитерации сосудистых полостей и капилляров в течение первого года жизни ребенка. Клинически фаза стабилизации и частичной регрессии проявляется тем, что гемангиома не увеличивается в размерах по площади,

отмечается уплощение и побледнение ее. При этом на ярко-малиновой фоне поверхности опухоли появляются мелкие белесоватые пятнышки, напоминающие точки на грибе «мухомор».

Исчезновение гемангиом может происходить также путем изъязвления чаще в результате травмы. Это приводит к обильному кровотечению, воспалению окружающих тканей и чревато развитием сепсиса. В последующем образуются грубые рубцы.

В свете этого выжидательная тактика в отношении гемангиом допустима только при явном отсутствии роста опухоли и при наличии отчетливых симптомов спонтанной ее регрессии. В остальных случаях при выборе метода лечения необходимо учитывать возраст ребенка, темп роста гемангиомы, клиническую ее характеристику, локализацию и размеры.

Для лечения небольших по размеру (до 2 см²) поверхностных гемангиом, локализованных на туловище и конечностях, при предполагаемом косметическом и функциональном эффекте, методами выбора могут явиться операция по радикальному удалению опухоли либо проведение различных вариантов склерозирующей терапии.

Из лучевых методов лечения различных в клиническом отношении гемангиом наибольшее значение приобрела и короткофокусная рентгенотерапия. При применении ионизирующего излучения в тканях гемангиомы ускоряется течение биологических процессов в сторону ее «самопроизвольного» исчезновения. В тканях гемангиомы происходят процессы, аналогичные развитию фиброзирующего процесса при спонтанном обратном развитии, но только при использовании облучения эти процессы идут с большей скоростью.

Установлено, что ионизирующее излучение вызывает некротические изменения в ядрах периэндотелиальных клеток, поддерживающих тонус стенки сосудов опухоли. Гистологически в этих клетках исчезают митозы,

теряется их способность к размножению. Процесс разрушения периэндотелиальных клеток сопровождается усиленным образованием коллагенового вещества клетками наружного слоя сосудов опухоли. В дальнейшем происходит спадание сосудов, их запустевание и гибель эндотелия в условиях нарушенного кровотока. Биологически эти изменения сходны с трансформацией при самопроизвольном исчезновении опухоли.

Короткофокусная рентгенотерапия предпочтительна и имеет преимущества перед другими методами лечения при следующих клинических показаниях. Во-первых, быстрый темп роста опухоли, независимо от локализации, размеров и клинической формы гемангиомы; во-вторых, при локализации гемангиомы на лице, шее, особенно вокруг естественных отверстий, так как при этом достигаются лучшие косметические результаты по сравнению с другими методами лечения; в-третьих, при значительной распространенности процесса (площадь более 5—10 см²); в-четвертых, при нерадикально удаленных гемангиомах или при рецидивах после склерозирующей терапии.

Поскольку результаты воздействия ионизирующего излучения зависят от степени дифференциации клеточных структур, из которых образованы стенки капилляров сосудистой опухоли, короткофокусную рентгенотерапию целесообразно проводить в раннем детском возрасте до полугода. Низкодифференцированные клеточные структуры опухолей, наблюдаемые в возрасте до полугода жизни значительно легче поддаются воздействию облучения, чем более дифференцированные, соответствующие более старшему возрасту. Учитывая это, многие авторы единодушно указывают на необходимость проведения облучения в фазе роста гемангиомы, т.е. до 6-месячного возраста.

Относительными противопоказаниями к назначению рентгенотерапии являются резко ослабленное состояние ребенка, повышенная температура,

наличие гнойничковых заболеваний, выраженные явления экссудативного диатеза на месте облучения.

В настоящее время в литературе можно встретить описание многих вариантов короткофокусной рентгенотерапии с использованием очень мягкого и сравнительно жесткого излучения, однократного и дробного облучения, различных вариантов разовых (от 100 р до 700 р) и суммарных доз (от 10 Гр до 30 Гр) излучения, чрезвычайно широкого диапазона вариации ритма облучения (от ежедневного до облучения один раз в месяц). Трудности объективной оценки целесообразности каждого из этих вариантов короткофокусной рентгенотерапии гемангиом состоят в том, что при каждом из них могут быть получены вполне удовлетворительные результаты.

Основные врачебные тезисы лечения гемангиом на сегодняшний день:

- Расположение гемангиомы в области лица, рта, ануса является неотложным косметологическим обстоятельством и должно подвергнуться терапии в течение 3 дней.
- Если гемангиома растет очень быстро (увеличивается вдвое в течение 7 дней), ее необходимо немедленно обработать. Если рост не такой стремительный, возможна обработка в течение одной недели.
- Расположение гемангиомы в полости рта, на внутренней поверхности щеки приравнивается к неотложной ситуации и требует немедленной процедуры лазерного воздействия. В последующем решается вопрос о необходимости проведения хирургического вмешательства.

Методы лечения гемангиомы

Доступность лечения лазером позволяет увеличить список осложнений, для которых лазеротерапия является необходимой мерой.

Группа экспертов «Гемангиомы в детском возрасте» предложила некоторые рекомендации. Локализация опухоли в районе лица, анального

отверстия и половых органов является неотложной ситуацией, и лечение лазером должно быть начато немедленно после завершения диагностического поиска. При иных локализациях гемангиом можно прибегнуть к выжидательной тактике. Если будет зафиксирован быстрый рост опухоли, можно будет применить и лечение лазером. А вот если выявлено прекращение увеличения гемангиомы, с лечением рекомендуют повременить. Начинать терапию можно только при возникновении осложнений. Когда гемангиома самостоятельно исчезает, но на ее месте остаются заметные дефекты, их необходимо облучить лазером для улучшения внешнего вида кожи.

Вне зависимости от разновидности гемангиомы обязательно нужно сфотографировать ее сразу после установления диагноза. По этим фотографиям в последующем можно будет проследить за ее развитием и решить вопрос о необходимости принятия тех или иных мер.

Лучевое лечение. Сейчас это способ лечения остался в прошлом. Полностью убрать гемангиому посредством радиоактивного излучения невозможно. Кроме того, применение лучевой терапии вызывает замедление роста, повреждение кожных покровов.

Склеротерапия. Суть метода заключается в инъекции специального склерозирующего состава в сосуды, составляющие основу опухоли. Это приводит к снижению высоты гемангиомы. На месте гемангиомы остается выраженное пигментное пятно, может возникнуть омертвление ткани и другие осложнения.

Криолечение. Воздействие жидкого азота направлено лишь на поверхностные слои кожи, поэтому данный метод лечения эффективен для лечения кожных типов гемангиом. В результате нескольких процедур кожа становится бледной, на месте применения лечения формируются большие

шрамы, для устранения которых требуется дополнительное вмешательство пластического хирурга.

Лечение кортизоном. Есть мнение, что продолжительное назначение кортизона (это гормон) выключает рецепторы, которые обеспечивают контроль за ростом человеческого тела. Если прием прекратить, ребенок продолжает расти как и прежде. Интересно, что в 30-ти процентах случаев прием препарата не оказал никакого влияния на рост гемангиомы. Можно попробовать заменить пероральный препарат мазью, но это приведет к развитию множества осложнений локального и общего характера. Наверное, логично использовать этот метод терапии только в экстренных, совсем тяжелых случаях.

Введение магния в гемангиому. При этом виде лечения большое количество отрезков магниевой проволоки вводятся в ткань опухоли. Это приводит к остановке ее роста. Этот способ возможно применять только в отношении крупных гемангиом. На ранних стадиях метод не применим.

Хирургический метод лечения

Метод заключается в иссечении кусочка ткани, на которой локализована гемангиома. Это довольно рискованная операция, так как довольно часто она осложняется массивным кровотечением из опухоли. Данные кровотечения нередко приводят к развитию прочих осложнений. По этой причине оперировать гемангиомы, расположенные в области лица не представляется возможным. Особую опасность при проведении операций на лице представляет риск повреждения нервов лица.

Удаление гемангиом лазером

В наши дни лечение лазером – это очень хороший альтернативный способ лечения гемангиом в детском возрасте. Данный метод лечения имеет один

неоспоримый плюс: с его помощью можно воздействовать на опухоли любого типа и на любом этапе развития болезни. Терапию не обязательно проводить сразу одномоментно – возможно планирование курсового лечения для обеспечения лучшего косметического результата.

Лазер почти не вызывает боли, но если больной настаивает, можно применить болеутоляющий крем или мазь. Лазерное воздействие вызывает воспаление, поэтому перед переходом к следующей стадии лечения нужно подождать 2-6 недель. Для того, чтобы определиться с последующим лечением, проводится оценка предыдущего этапа. В некоторых случаях одной процедуры хватает для достижения нужного эффекта. При возникновении обратного развития гемангиомы после лазерного лечения можно подождать. Лазеротерапия имеет небольшое количество побочных эффектов. Многое зависит от аппаратуры, опытности доктора, характеристик кожи, разновидности опухоли.

Список литературы

- 1.Скрипкин Ю. К., Бутов Ю. С., Иванов О. Л. Дерматовенерология. Национальное руководство //М.: ГЭОТАР-Медиа. – 2013.
2. Абшилов, Д.И. Врачебная тактика при гемангиомах у детей / Д.И. Абшилов, А.Б. Калыгин, Д.Д. Гасанов // Ленинград : «Медгиз», 1983.106 с.
3. Басистал, В.И. Комбинированное лечение гемангиом у детей / В.И. Басистал, А.А. Фомин // Актуальные вопросы детской хирургии, ортопедии, анестезиологии / Сб. науч. тр. Уфа, 1978. - с. 219.