

Результаты хирургического лечения лимфангиом у детей

Жамшид Азаматович Шамсиев

Шухрат Абдурасулович Юсупов

Хожимухаммад Хабибуллаевич Аббасов

Азизбек Уткирович Киямов

Самаркандский государственный медицинский университет

Аннотация: Лимфангиомы относятся к зрелым, доброкачественным опухолям, исходящим из лимфатических сосудов, Лимфангиомы могут быть наружными (шейными, шейно-подмышечно-грудными) и внутренними (средостенными, внутренних органов, забрюшинными, тазовыми). Наиболее частыми являются лимфангиомы шейной локализации - от 74% до 82%. Вследствие генетического родства лимфангиом к кровеносным сосудам, в частности, к венозной системе, представляет определенные трудности их радикальное удаление, где они близко располагаются к магистральным сосудам шеи, подмышечной области, средостения и других локализаций. Нет единого мнения по вопросу этапности иссечения лимфангиом если ни у кого не вызывает сомнений в отношении рациональности одномоментного хирургического вмешательства. Практически не существует работ, поднимающих вопрос о косметологической стороне хирургических вмешательств, предпринимаемых при удалении лимфангиом. Радикально вылечить лимфангиому путем оперативного удаления удается только в 75% случаев.

Ключевые слова: лимфангиома, дети, склеротерапия, хирургическое лечение

Results of surgical treatment of lymphangiomas in children

Jamshid Azamatovich Shamsiev

Shukhrat Abdurasulovich Yusupov

Hozhimuhammad Khabibullaevich Abbasov

Azizbek Utkirovich Kiyamov

Samarkand State Medical University

Abstract: Lymphangiomas are mature, benign tumors emanating from the lymphatic vessels. Lymphangiomas can be external (cervical, cervical-axillary-thoracic) and internal (mediastinal, internal organs, retroperitoneal, pelvic). The most

common are lymphangiomas of the cervical localization - from 74% to 82%. Due to the genetic relationship of lymphangiomas to blood vessels, in particular, to the venous system, their radical removal presents certain difficulties, where they are close to the main vessels of the neck, axillary region, mediastinum and other localizations. There is no consensus on the question of the stages of excision of lymphangiomas, if no one doubts the rationality of a single-stage surgical intervention. There are practically no works that raise the issue of the cosmetic side of surgical interventions taken to remove lymphangiomas. It is possible to radically cure lymphangioma by surgical removal only in 75% of cases.

Keywords: lymphangioma, children, sclerotherapy, surgical treatment

Лимфангиомы возникают в результате порочного развития лимфатической системы у эмбриона, начиная с 6-недельного срока беременности (14). Они относятся к зрелым, доброкачественным опухолям, исходящим из лимфатических сосудов, Лимфангиомы могут быть наружными (шейными, шейно-подмышечно-грудными) и внутренними (средостенными, внутренних органов, забрюшинными, тазовыми). Наиболее частыми являются лимфангиомы шейной локализации - от 74% до 82%, шейно-подмышечно-грудные лимфангиомы встречаются у 6% больных, средостенной локализации - у 10-16% больных, в органах брюшной полости - 1-2%, забрюшинного расположения - у 1-2% пациентов, тазовой локализации - у 1-2% пациентов [1,2,3,4,5,6,7,8,10]

Вследствие генетического родства лимфангиом к кровеносным сосудам, в частности, к венозной системе, представляет определенные трудности их радикальное удаление, где они близко располагаются к магистральным сосудам шеи, подмышечной области, средостения и других локализаций. В этой связи трудноудаляемая, а потому остающаяся на крупных сосудистых стволах лимфангиоматозная ткань служит источником рецидивов опухоли, которые встречаются от 6,4% [9]

Кроме этого, нет единого мнения по вопросу этапности иссечения лимфангиом. Если ни у кого не вызывает сомнений в отношении рациональности одномоментного хирургического вмешательства при удалении внутриполостных локализаций лимфангиом, то в отношении поверхностных лимфангиом, особенно имеющих крупные размеры, существуют 2 точки зрения. Одна группа хирургов считает целесообразным одномоментное удаление опухоли [6,10], другая группа хирургов придерживается этапности выполнения операции. Практически не существует работ, поднимающих вопрос о косметологической стороне хирургических вмешательств, предпринимаемых при удалении лимфангиом [3] Радикально вылечить

лимфангиому путем оперативного удаления удается только в 75% случаев [4,6,11]

Цель. Анализ результатов различных методов хирургического лечения лимфангиом различной локализации.

Материал и методы. Нами проведен анализ хирургического лечения 186 детей с лимфангиомой различной локализации, находившихся на стационарном лечении в специализированной хирургической клинике Самаркандского Государственного Медицинского Университета. После полного клинико-лабораторного обследования и адекватной предоперационной подготовки больные были подвергнуты хирургическому лечению. В зависимости от хирургической тактики они были распределены на 2 группы: контрольной 162 больных, оперированных в период 1994 по 2015 года - им проводилось общепринятое традиционное хирургическое лечение, которое заключалось в полном иссечении лимфангиомы в пределах окружающих здоровых тканей и основная 24 пациентов, получивших стационарное лечение в период с 2016 по 2019 года, которым было применено малоинвазивное хирургическое лечение в виде склеротерапии лимфангиомы. Данная тактика лечения заключалась в пункции лимфангиомы которая проводилась под контролем ультразвуковой сонографии. Содержимое лимфангиомы аспирировалось, затем вводили доксациклин в концентрации 10-20 мг/мл с последующим 4х кратным (1 раз в день) введением доксациклина в полость лимфангиомы через оставленные канюли. На 4-сутки канюли удалялись, проводилась контрольная ультразвуковая доплерография остаточной полости. При многокамерной форме лимфангиомы, канюли, под контролем ультразвука, вводились в каждую отдельную полость многокамерной кисты.

Результаты. Лимфангиом у детей оценивались по следующим показателям: течение послеоперационного периода, наличие или отсутствие нагноения остаточной полости, характер заживления раны, время пребывания больного в стационаре (койко-день), продолжительность температуры (сут.), УЗИ признаки нагноения и рецидива заболевания. В нижеприведенной таблице (табл. 1.) приводим пример результатов хирургического лечения больных контрольной группы.

Таблица 1.

Результаты хирургического лечения

Локализация лимфангиом	Сроки (сут.)		Койко-день (сут.)
	Снижение температуры тела	Нахождение в реанимации	
Шейно-головная (n-151)	3,2	4,1	7,7
Туловище (n-28)	2,6	3,9	12,8
Конечности (n-7)	2,1	1,4	9,3
Итого (186)	2,6	3,1	9,9

Показатели послеоперационного периода у прооперированных больных контрольной группы

Как видно из таблицы 3.1, в среднем у прооперированных больных контрольной группы нормализация температуры тела в среднем составляла 3-4 сутки, нахождение в реанимации составляло около 3-4 дней, среднее пребывание больных в стационаре составляло 7-13 дней.

В отличие от контрольной группы, в основной группе, эти показатели были значительно ниже, что приведено в таблице 2.

Таблица 2.

Показатели послеоперационного периода у прооперированных больных основной группы

Локализация лимфангиом	Сроки (сут.)		Койко-день (сут.)
	Снижение температуры тела	Нахождение в реанимации	
Шейно-головная (n-15)	2,9	--	7,9
Туловище (n-8)	3,1	-	8,1
Конечности (n-1)	2,0	-	7
Итого (24)	2,6	-	7,6

В таблице 2 видно, что в больные основной группы после операции не нуждались в нахождении в отделении реанимации, так как, склерозирующий препарат вводился под местной анестезией, побочных эффектов не было, и после проведенного хирургического лечения, они переводились в обычное стационарное отделение. У данной группы больных нормализация температуры тела в среднем составляла 2-3 дня, они не находились в отделении в реанимации, и самое главное срок пребывания в клинике не превышал 8 дней.

Несмотря на различные методы лечения, в раннем послеоперационном периоде осложнений в виде нагноения раны, рецидива заболевания, расхождения швов в контрольной группе не было.

Изучение отдаленных результатов является объективным критерием оценки эффективности хирургического лечения больных с лимфангиомами. При проверке отдаленных результатов ставились задачи изучения состояния здоровья пациентов. Критериями оценки явилось изучение следующих факторов: клинические признаки; состояние послеоперационных рубцов и наличие рецидива заболевания. Все пролеченные больные находились под диспансерном наблюдением и периодически проходили обследование в клинике. Катамнестическое обследование проведено в сроках от 1 года до 15 лет.

Хорошими мы считали отдаленные результаты у тех лиц, которые после перенесенной операций не предъявляли жалоб, общее физическое состояние соответствовало возрасту, послеоперационные рубцы не возвышаются над поверхностью кожи, последние мягкие и безболезненные при пальпации,

рецидива заболевания нет.

Удовлетворительными мы считали результаты в тех случаях, когда пациенты предъявляли жалобы на периодические боли в проекции послеоперационного рубца, которые возвышаются над поверхностью кожи, плотные и слабоблезненные при пальпации, рецидива заболевания нет.

Неудовлетворительными результаты считались, когда пациенты предъявляли жалобы на боли в проекции послеоперационного рубца, последние грубые, возвышаются над поверхностью кожи, спаянные с подлежащими тканями и деформируют окружающие мягкие ткани, отмечается рецидив заболевания (таблица 3.3).

Таблица 3.

Отдаленные результаты хирургического лечения лимфангиом

Группы	Хороший	Удовлетворительный	Неудовлетворительный	Всего
Основная (n=24)	21 (87,5%)	3 (12,5%)	-	24 (100%)
Контрольная (n=162)	117 (72,2%)	37 (22,8%)	Н 8 (5%)	162 (100%)
Всего (n=186)	138 (74,2%)	40 (21,5%)	8 (4,3%)	186 (100%)

Как видно из таблицы 3 хорошие результаты достигнуты в основной группе 21 (87,5%), чем в основной 117 (72,2%). Такие же результаты отмечены при анализе удовлетворительных результатов проведенного лечения, в основной группе они составили 12,5% к 22,8% контрольной группы. Следует отметить, что неудовлетворительные результаты были выявлены в контрольной группе - 5,0%, в основной они сведены к 0%.

Таким образом, в период с 1994 по 2019 года во 2 клинике СамМУ с лимфангиомой различной локализаций было оперировано 186 детей. После полного клиничко-лабораторного обследования и адекватной предоперационной подготовки больные были подвергнуты хирургическому лечению. В зависимости от хирургической тактики они были распределены на 2 группы: контрольной 162 больных - им проводилось общепринятое традиционное хирургическое лечение, которое заключалось в полном иссечении лимфангиомы в пределах окружающих здоровых тканях и основная 24 пациентов, которым было применено малоинвазивное хирургическое лечение в виде склеротерапии лимфангиомы. Данная тактика лечения заключалась в пункции лимфангиомы которая проводилась под контролем ультразвуковой сонографии. Содержимое лимфангиомы аспирировалось, затем вводили доксациклин в концентрации 10-20 мг/мл с последующим 4х кратным (1 раз в день) введением доксациклина в полость лимфангиомы через оставленные канюли. На 4-сутки канюли удалялись, проводилась контрольная ультразвуковая доплерография остаточной полости. При многокамерной форме лимфангиомы, канюли, под контролем ультразвука, вводились в каждую отдельную полость многокамерной кисты.

Анализ непосредственных результатов лечения показал, что в среднем у прооперированных больных контрольной группы нормализация температуры тела в среднем составляла 3-4 сутки, нахождение в реанимации составляло около 3-4 дней, среднее пребывание больных в стационаре составляло 7-13 дней. В отличие от них, больные основной группе после операции не нуждались в нахождении в отделении реанимации, так как, склерозирующий препарат вводился под местной анестезией, побочных эффектов не было, и после проведенного хирургического лечения, они переводились в обычное стационарное отделение. У данной группы больных нормализация температуры тела в среднем составляла 2-3 дня, они не находились в отделении в реанимации, и самое главное срок пребывания в клинике не превышал 8 дней.

Несмотря на различные методы лечения, в раннем послеоперационном периоде осложнений в виде нагноения раны, рецидива заболевания, расхождения швов в контрольной группе не было.

Изучение отдаленных результатов является объективным критерием оценки эффективности хирургического лечения больных с лимфангиомами. Критериями оценки явилось изучение следующих факторов: клинические признаки; состояние послеоперационных рубцов и наличие рецидива заболевания. Все пролеченные больные находились под диспансерном наблюдением и периодически проходили обследование в клинике. Катамнестическое обследование проведено в сроках от 1 года до 15 лет. Отдаленные результаты лечения оценивались по 3-х бальной шкале: хороший, удовлетворительный и неудовлетворительный. Хорошие результаты достигнуты в основной группе 21 (87,5%), чем в основной 117 (72,2%). Такие же результаты отмечены при анализе удовлетворительных результатов проведенного лечения, в основной группе они составили 12,5% к 22,8% контрольной группы. Следует отметить, что неудовлетворительные результаты были выявлены в контрольной группе - 5,0%, в основной они сведены к 0%.

Выводы. Анализ результатов хирургического лечения лимфангиом различной локализации показал, что общепринятая традиционная методика лечения является достаточно эффективной, но требует после оперативного лечения нахождения больного в отделении реанимации, в отличие от нее в основной группе, из-за того, что хирургическое лечение проводится под местной анестезией этого не требуется. Предложенная малоинвазивная тактика лечения лимфангиом позволяет добиться хороших результатов лечения в отдаленном периоде у 87,5% больных и свести рецидив заболевания до 0%.

Использованная литература

- [1] Воронцов И.М. Лимфангиомы в детском возрасте и их лечение / И.М. Воронцов // Сов. Медицина, 1989. № 1. С. 111-115.
- [2] Гариб Ф.Ю. и др. Иммунозависимые болезни. Ташкент, 1996.
- [3] Дурнов Л.А. Злокачественные опухоли у детей раннего возраста / Л.А. Дурнов. М., 2006. С. 241-244.
- [4] Мамадалиев А.М. и др. Клинико-неврологические особенности интрацеребральных опухолей больших полушарий головного мозга // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии, 2015. № 9. С. 73-78.
- [5] Норкулов Н.У., Шодиев А.Ш., Норкулов С.Н. Особенности диагностики и лечения опухолей мозжечка // XX Давиденковские чтения, 2018. С. 293-294.
- [6] Хасанов Ш.Р. Гигантская кавернозная лимфангиома у ребенка / Ш.Р. Хасанов, Ц.С. Хутиев // Хирургия, 1999. № 8. С. 137-138.
- [7] Шамсиев А.М. и др. Опухолевидные образования у детей первых месяцев жизни // Тюменский медицинский журнал, 2011. № 2.
- [8] Шамсиев А.М., Атакулов Ж.А., Лёнюшкин А.М. Хирургические болезни детского возраста // Ташкент: Изд-во «Ибн-Сино, 2001.
- [9] Шамсиев А.М., Шамсиев, Ж.А., Давранов Б.Л., Исаков А.М., Давлатов С.С., Махмудов Б.Б. & Рахимов А.К. Медицинские науки лечение лимфангиом у детей // Вопросы науки и образования, 2020. С. 90.
- [10] Шодиев А.Ш., Норкулов Н.У., Норкулов С.Н. Клинические особенности течения опухолей мозжечка у детей // XX Давиденковские чтения, 2018. С. 443-443.
- [11] Юсупов Ш.А. Курбаниязов З.Б., Зайниев А.Ф. Узловые образования щитовидной железы// Научно-практический журнал "Вісник наукових досліджень" Тернополь 2018г., №1(90)
- [12] Akhmedov I, Khamidov A, Kholmirezayev S, Yusupov Sh, Umarov I. Improving river sediment distribution calculation in mountain rivers // "Science and innovation" V.1 № A8. - P. 1014-1019
- [13] Юсупов Ш.А. Диагностическая значимость ультразвуковой сонографии при аппендикулярных перитонитах у детей // Журнал "Сибирский медицинский журнал" (Иркутск) – 2009. – Т. 86, №3. – С. 138-141.
- [14] Шамсиев М.А, Атакулов Д.О, Юсупов Ш.А. Экспериментальное изучение влияния озона на течение перитонита и спайкообразование // Журнал "Детская хирургия"- 2000. - Т.6 - С. 22-25
- [15] Shamsiev A.M, Yusupov Sh.A, Shahriev A.K. Ефективність ультразвукової сонографії при аппендикулярних перитонітах у дітей // Журнал "Здобутки клінічної і експериментальної медицини" – 2016. №2. –С. 38-43.

[16] Yusupov Sh.A, Kurbaniyazov Z.B, Davlatov S.S, Rakhmanov K.E, Daminov F.A. Отдаленные результаты оперативного лечения узловых образований щитовидной железы // Журнал “Здобутки клінічної і експериментальної медицини” -2017. №1. – С. 29-35.

[17] Юсупов Ш.А, Исламова Д.С, Гаффаров У.Б. Структура патологии гастродуоденальной зоны у детей с дискинезией желчного пузыря // Журнал “Ученые записки Орловского государственного университета” – 2014. –Т.2, №7. –С. 73-74.

[18] Бердиярова Ш.Ш, Юсупов Ш.А, Назарова Г.Ш. Клинико-лабораторные особенности хронического гематогенного остеомиелита // Журнал “Central Asian Research Journal for Interdisciplinary Studies (CARJIS)” – 2022. – Т. 2, №5. – С. 116-125.

[19] Юсупов Ш.А, Шамсиев А.М, Атакулов Ж.О, Джалолов Д.А. Оценка интенсивности синдрома эндогенной интоксикации у детей с распространенным аппендикулярным перитонитом // Журнал “Медицинский альманах” – 2019. № 5-6(61) . – С. 57-61.

[20] Шамсиев А.М, Юсупов Ш.А, Шарипов Р.Х. Влияние озонотерапии на показатели перекисного окисления липидов у детей с распространенными формами аппендикулярного перитонита // Журнал “Анналы хирургии” – 2001. – Т. 5. – С. 77.

[21] Юсупов Ш.А, Шамсиев Ж.А, Суванкулов У.Т, Данияров Э.С. Хирургическая тактика при обструктивном калькулезном пиелонефрите у детей // Журнал “Саратовский научно-медицинский журнал” – 2007. – Т. 3, №2. – С. 79-80.

[22] Юсупов Ш.А, Мардыева Г.М, Бахритдинов Б.Р. Особенности рентгенологической семиотики при пневмонии у детей раннего возраста // Журнал “Актуальні питання педіатрії, акушерства та гінекології” – 2017. №2. – С. 21-24.

[23] Шамсиев А.М, Юсупов Ш.А, Юлдашев Б.А, Мухамадиева Л.А. Состояние иммунного статуса у детей с хроническим бронхитом // Журнал “Педиатрический вестник Южного Урала” – 2017. №1. – С. 84-89.

[24] Шамсиев А.М, Юсупов Ш.А, Махмудов З.М. Хирургическое лечение детей с острым гематогенным остеомиелитом костей, образующих тазобедренный сустав // Журнал “Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии” – 2014. – Т. 4, №3. – С.86-89.

[25] Юсупов Ш.А, Курбаниязов З.Б, Зайниев А.Ф. Узловые образования щитовидной железы. состояние проблемы (обзор литературы) // Источник “Вісник наукових досліджень” – 2018. №1. – С. 10-15.

[26] Шамсиев А.М, Саидов М.С, Аипов Р.Р, Атакулов Д.О, Юсупов Ш.А. Хирургическая коррекция недержания кала при свищах в половую систему у девочек // Журнал "Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии" – 2014. – Т. 4, №2. – С.25-29.

[27] Шамсиев А.М, Саидов М.С, Атакулов Д.О, Юсупов Ш.А, Шамсиев Ж.А, Суванкулов У.Т. Хирургическое лечение аноректальных пороков у детей // Журнал "Вестник хирургии имени ИИ Грекова" – 2011. – Т. 170, №2. – С. 40-43

[28] Махмудова, А.Н., Ибрагимова, Э.Ф., Шукурова, Д.Б., Абдурахмонова, З.Э. and Наимова, З.С., 2020. Медицина Узбекистана-достижения и перспективы развития сферы. Достижения науки и образования, (3 (57)), pp.49-52.

[29] Махмудова, А.Н. and Махмудова, С., 2022. Гуманитаризация медицинского образования как фактор повышения качества обучения в вузе. Science and Education, 3(6), pp.709-718.

[30] Махмудова, А.Н., 2022. Правовая защита пациентов в сфере здравоохранения в новом Узбекистане. Academic research in educational sciences, (Conference), pp.102-107.

[31] Махмудова АН, Камариддинзода АК. Защита прав пациентов в Республике Узбекистане. Science and Education. 2022;3(10):54-62.

[32] Nugmanovna MA, Kamariddinovna KA. Modern biotechnical problems of medicine and their solutions. InArchive of Conferences 2021 Jan 28 (Vol. 13, No. 1, pp. 169-173).

[33] Kamariddinovna KA, Nugmanovna MA. Improving population health the important task of the state. InArchive of Conferences 2021 Mar 30 (Vol. 17, No. 1, pp. 204-208).

[34] Nugmanovna MA. BIOETHICS AS A FORM OF PROTECTION OF INDIVIDUALITY AND PERSONALIZED MEDICINE. Thematics Journal of Social Sciences. 2022 Oct 28;8(4).

[35] Nugmanovna MA. Bioetika zamonaviy madaniyatda individuallikni himoya qilish shakli sifatida. философия и жизнь международный журнал. 2022 Nov 30(SI-2).