

Особенности послеоперационного ухода за детьми при лимфангиоме

Т.Н. Лопатина

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования Красноярский государственный медицинский университета им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации
e-mail: Lopatinatan@mail.ru

Сведения об авторе

Лопатина Татьяна Николаевна – преподаватель отделения «Сестринское дело» фармацевтического колледжа Красноярского государственного медицинского университета им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого» МЗ РФ, <https://orcid.org/0000-0002-9865-2749>
e-mail: Lopatinatan@mail.ru

Резюме

В данном исследовании определена роль комплексного лечения лимфангиом у детей и функции медицинской сестры в предупреждении или уменьшении побочных явлений и осложнений в послеоперационном периоде.

Ключевые слова: лимфангиома, комплексное лечение, профилактика осложнений.

Для цитирования: Лопатина Т.Н. Особенности послеоперационного ухода за детьми при лимфангиоме, Медицинская сестра. 2022; 24 (4): 50–53. DOI: <https://doi.org/10.29296/25879979-2022-04-10>

Features of postoperative care for children with lymphangioma

T.N. Lopatina

Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education «Krasnoyarsk state medical University named after Prof. V. F. Voino-Yasenyetsky» of the Ministry of health of the Russian Federation

Information about the authors

Tayana N. Lopatina, teacher of the Department of Nursing of the pharmaceutical College of the Krasnoyarsk state medical University named after Prof. V. F. Voino-Yasenyetsky», <https://orcid.org/0000-0002-9865-2749>

Abstract

In this study, the role of complex treatment of lymphangiomas in children and the function of a nurse in preventing or reducing side effects and complications in the postoperative period is determined.

Key words: lymphangioma, complex treatment, prevention of complications.

For citation: Lopatina T.N. Features of postoperative care for children with lymphangioma, Meditsinskaya sestra (The Nurse). 2022; 24 (4): 50–53. DOI: <https://doi.org/10.29296/25879979-2022-04-10>

Лимфангиома (*lymphangioma*) – новообразование, состоящее из лимфатических сосудов, доброкачественная опухоль часто возникающая ещё при внутриутробном развитии.

Лимфангиома считается редким заболеванием, ее доля составляет не более 10% всех доброкачественных новообразований у детей. Тем не менее, по данным Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, отмечается рост заболеваемости новообразованиями лимфатической системы по сравнению с 2014г. на 22.9% (с 17.7 до 21.8 случаев на 100 тыс. населения).

Данная патология хорошо поддается диагностике, по литературным данным в 60% случаев лимфангиома обнаруживается при рождении, 40% – в возрасте до 2 лет [2, 3]. Врожденную этиологию происхождения лимфангиомы принято считать первичной, но иногда встречаются вторичные новообразования. Их причины появления зависят от наличия в анамнезе жизни различных наружных инфекций, приводящих к формированию лимфостазов.

Подобные опухоли могут иметь различные темпы развития, но чаще всего рост новообразования является медленным и происходит параллельно взрослению ребенка, начиная стремительно прогрессировать в период полового созревания. В единичных случаях наблюдается очень быстрый рост опухоли, когда она достигает значительных размеров в течение нескольких месяцев.

Наиболее часто лимфангиомы располагаются в области лица, шеи и полости рта [1]. Особенностью клинического проявления лимфангиомы любой локализации и любой морфологической структуры является склонность к воспалению на фоне острых респираторных, детских инфекционных заболеваний, обострения хронических очагов инфекции ЛОР-органов, заболеваний зубов и слизистой оболочки полости рта, а также вследствие обострения хронических заболеваний желудочно-кишечного тракта и др. [12].

Наиболее частая локализация лимфангиомы в полости рта – на дорсальной поверхности языка, реже – на слизистой щек, мягкого неба, губ, десен и под языком. Элементы опухоли заполнены желто-красноватой жидкостью, им часто сопутствует односторонний отек лица. Лимфангиомы языка являются наиболее частой причиной макроглоссии у детей. Лимфангиома лица и полости рта способствует развитию вторичных деформаций костей лицевого скелета и зубочелюстной системы, которые усугубляются с ростом ребенка, что сопровождается функциональными нарушениями жевания, глотания, речи, в отдельных случаях – дыхания [4, 8]. При локализации в области шеи опухоли способны

смещать и сдавливать сонные артерии, яремные вены, а при расположении в средостении - сдавливать пищевод и трахею.

Капиллярная лимфангиома начинается как небольшое постепенно уплотняющееся пятно. Образование имеет нечеткие границы и бугристую поверхность, покрытую мелкими (2–4 мм в диаметре) узелковыми элементами эластичной консистенции, окрашенными в розово-красный цвет. Площадь пораженной кожи со временем расширяется. Иного дискомфорта, кроме эстетического, аномалия обычно не приносит. Иногда из узелковых элементов просачивается лимфа, при травматизации они кровоточат. Увеличиваясь в объеме и приобретая диффузный характер, опухоль давит на подлежащие структуры, что может сопровождаться костными деформациями у детей.

При кистозной или кистозно-кавернозной лимфангиоме лица и шеи наблюдается ограниченная припухлость размером от 3 до 30 см в диаметре, обращенная наружу или в сторону ротовой полости. Кожа над ней обычной окраски или с цианотичным оттенком, растянута, свободна или спаяна с опухолевой массой. Поверхность очага гладкая или бугристая, консистенция мягкая, пальпация безболезненна. Характерен симптом флюктуации.

Особенностью обширных лимфангиом в полости рта, шеи, средостения является периодически возникающее воспаление. Это сопровождается лихорадкой, общей слабостью, появлением локальных симптомов – покраснения, отека, резкой болезненности пораженной зоны. Воспалительный процесс длится 1–2 недели и постепенно стихает, делая опухоль более плотной.

Интраабдоминальная лимфангиома может давать картину объемного образования, сопровождаясь болью в животе, тошнотой и анорексией, признаками кишечной непроходимости. Симптомы «острого живота» нередко принимают за признак более распространенной хирургической патологии. У некоторых детей отмечают асимметричное увеличение живота с пальпируемой безболезненной опухолью, удовлетворительным общим состоянием. Лимфангиомы малых размеров протекают бессимптомно, выявляясь лишь дополнительными методами.

Ни одна из консервативных стратегий терапии не доказала своей эффективности при лимфатических мальформациях. Обеспечить уменьшение опухолевой массы или полное ее удаление могут лишь инвазивные методики [7, 9]. Способ коррекции выбирается, опираясь на локализацию лимфангиомы, ее размеры, глубину залегания, распространение, наличие осложнений. Допустимы следующие варианты:

- Радикальное иссечение. При удалении опухолевого очага наиболее целесообразно традиционное хирургическое вмешательство. Радикальную экцизию считают методом выбора при крупных кавернозных образованиях и необходимости выполнения ургентной операции. Однако удаление глубоких мальформаций сопровождается высоким риском рецидива.
- Склеротерапия – введение в сосудистую аномалию склерозирующих веществ, что ведет к сокращению ее размеров. Склеротерапия дает хороший косме-

тический результат, а потому более предпочтительна при поражении шейно-лицевой зоны, показана перед операцией или при невозможности выполнить полную резекцию.

- Малоинвазивные методы. Лечение поверхностных лимфангиом может проводиться углекислотным лазером, криотерпией, электрокоагуляцией. Эти методы менее травматичны по сравнению с традиционным иссечением, позволяют сократить сроки реабилитации. Иногда для получения значимого эффекта достаточно всего одной процедуры.

Выбор конкретной методики определяется видом и локализацией опухоли, наличием осложнений. Хирургическое лечение пациентов с лимфангиомой является основополагающим, но только комплексная, своевременная и планомерно осуществляемая специализированная помощь позволяет обеспечить оптимальный анатомический и функциональный эффект лечения и полную реабилитацию.

Суть оперативной методики заключается в полном иссечении патологической ткани. Если лимфангиома для новорожденных не представляет серьезных опасений, то хирургические операции по удалению лимфангиом у детей проводят после 6-ти месяцев. Операция осуществляется в плановом порядке.

Показания для выполнения вмешательства в более ранние сроки: опасное расположение новообразования, быстрое прогрессирование, опережающее рост ребенка, ухудшение качества жизни больного. Если лимфангиома мешает ребенку дышать, сосать или глотать, применяют пункционный метод отсасывания всего содержимого лимфангиомы. Это мера является временным решением, позволяющим облегчить жизнь ребенка и подготовить его к оперативному вмешательству без угрозы для жизни.

По данным мировой литературы, радикально вылечить лимфангиому с помощью оперативного удаления удается только в 75% случаев [11]. Наиболее частое послеоперационное осложнение – лимфорей, которая может продолжаться до трех недель и часто требует повторного оперативного лечения. Отмечаются случаи послеоперационного нагноения лимфангиом.

Данное исследование проводилось в КГБУЗ «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства» с целью: охарактеризовать факторы риска развития осложнений у детей в послеоперационном периоде и обозначить мероприятия по их предупреждению. Проведен анализ 38 историй болезни детей в возрасте от 0 до 7 лет, пролеченных с 2010–2020 гг.

При проведении классической операции по удалению лимфангиомы новообразование иссекается по границе со здоровыми тканями, при невозможности полностью удалить опухоль, ее остатки ушиваются. После операции возможен рецидив заболевания. Чтобы его предупредить, пациенту проводят электрокоагуляцию, во время которой участки иссечения прижигаются током высокой частоты. Для долечивания или при легкой форме лимфангиомы проводится склерозирующая терапия.

Если наблюдается воспалительный процесс внутри опухоли, проводится её вскрытие и полное удаление гнойного содержимого.

При лечении кистозных лимфангиом кистозная полость освобождается от лимфы, внутрь нее вводят склерозирующее вещество, которое склеивает стенки капсулы, а пациенту назначаются противовоспалительные препараты, антибиотики, ферменты, биостимуляторы, нейтропротекторы, витамины.

Применение малоинвазивных методик при лечении кавернозных лимфангиом позволяет добиться значительного уменьшения объема опухоли у 66% детей. Образование уменьшается настолько, что этим пациентам не требуется хирургического удаления рубцовой ткани, образовавшейся на месте лимфангиомы. Остаточный объем образования, которое представляет собой рубцовую ткань определяется у 34% детей. С косметической целью им оперативно удаляют оставшийся объем образования. В этих случаях практически не встречается послеоперационная лимфорея.

В единичных случаях (2%) лимфангиома очень трудно поддается лечению, многократные операции и этапы с применением малоинвазивных методик дают лишь временный эффект, лимфангиома рецидивирует.

Несмотря на усовершенствование хирургической техники, для профилактики осложнений послеоперационного периода детям необходим повышенный уровень контроля и ухода [5, 10].

В первые дни после проведения оперативного вмешательства ребенку необходим постельный режим. Рекомендуется избегать в ближайшие несколько месяцев чрезмерной инсоляции или переохлаждения. Контакт ребенка с людьми, которые являются возможными источниками инфекции, должен быть минимальным.

При классическом хирургическом лечении лимфангиомы существует высокий риск лимфорей – патологическое состояние, которое возникает в результате повреждения целостности лимфатических сосудов. В таких случаях лимфоидная жидкость вытекает свободно из открытой раны наружу или же в полость определённого органа. Скорость течения может быть самой разной, это зависит от характера повреждения и величины пораженной структуры. Если жидкость вытекает наружу из открытой раны, она практически бесцветная. Подобное проявление длится от 3 до 10 суток. При развитии лимфорей у пациентов наблюдаются признаки истощения организма, в крови отмечается резкое снижение количества лимфоцитов.

Для устранения проявлений лимфорей могут использоваться консервативные и хирургические методы. При наружном истечении лимфы показано применение тугих повязок. Если наложить её не удаётся или она неэффективна, может применяться тампонада раны.

Развитие лимфорей в послеоперационной ране обуславливает высокий риск присоединения инфекции, так как место рассечения постоянно влажное.

На период лечения лимфорей больному запрещается употреблять любые продукты с содержанием жиров, так как они значительно увеличивают выработку лимфоидной жидкости. При этом питание больного должно быть максимально сбалансированным, направлено на повышение иммунитета и восстановление организма. Рацион пациента должен состоять из следующих продуктов: все виды каш, соки, кисломолочные продукты, мясо птицы, фрукты и овощи. Из рациона следует исклю-

чить вредные и тяжелые продукты, ограничить потребление сахара (его можно заменить мёдом), исключить магазинные колбасы и копчености, жирные сорта рыбы, консервированные продукты. Правильное питание существенно облегчает побочные явления терапии.

Послеоперационное нагноение лимфангиом отмечается в 7% случаев при применении малоинвазивных методик и в 20% при классическом лечении.

Причиной инфекционных осложнений, могут стать условно-патогенные бактерии, которые обычно обитают на коже, в ротовой полости, в желудочно-кишечном тракте. Для предупреждения вторичного инфицирования необходима обработка послеоперационной раны. Она проводится в 1-е, 2-е, 3-е сутки после операции при оставлении в ране тампонов, дренажей, а также в сроки по необходимости при снятии швов. Смена повязки проводится при обильном промокании ее сукровицей или кровью. Раны с воспалением и нагноением подлежат ежедневному проведению обработки и перевязки.

Для профилактики инфекционных осложнений все пациенты в послеоперационном периоде получают антибактериальные препараты широкого спектра действия.

Определенную роль в предупреждении послеоперационных осложнений и особенно гнойной инфекции играют мероприятия, направленные на снижение микробной обсемененности поверхностей и воздуха в помещениях ЛПУ [6].

Кровотечение в полости лимфангиомы наблюдалось в 5% случаев при применении малоинвазивных методик и в 10% при классическом лечении, во всех случаях кровотечение было купировано.

При локализации лимфангиомы в полости рта в послеоперационном периоде у всех детей в течение 5–7 дней отмечается гиперсаливация. Эта ситуация неблагоприятна тем, что у таких детей наблюдается нарушенный рефлекс глотания. Необходимо регулярное отсасывание слюны с использованием вакуумного аспиратора. Важно следить за тем, чтобы у ребенка сохранялось положение с приподнятой головой и позаботиться об увеличении потребления жидкости ребёнком в течение дня, чтобы компенсировать суточную потерю воды.

Некроз лимфангиомы, который может произойти при излишне высоких концентрациях склерозирующего препарата, описан в литературе, но в последние годы не регистрировался.

Применение современных малоинвазивных методик при лечении лимфангиомы и обеспечение качественного ухода в послеоперационном периоде позволяет свести к минимуму возникновение осложнений и улучшает качество жизни.

На основании изложенного можно сделать следующее заключение: проблемы детей в послеоперационном периоде связаны с характером оперативного вмешательства, которое зависит от вида лимфангиомы и ее локализации. Возможные осложнения послеоперационного периода обусловлены повреждением целостности лимфатических сосудов и присоединением вторичной инфекции. Обеспечение инфекционной безопасности в отделении и организация адекватного ухода за ребенком позволяют минимизировать риск развития осложнений, улучшают прогноз.

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.
Исследование не имело спонсорской поддержки.

The author declares no conflict of interest.
The article is not sponsored

Литература

1. Давыдова М.И. Онкология. Клинические рекомендации. М.: Ронц, 2018. 976 с. ISBN: 978-5-98811-539-7- Режим доступа: <https://www.mmbook.ru/catalog/onkologija/107550-detail>
2. Дурнов Л.А. Клинические лекции по детской онкологии М.: Миа, 2006. 240 с. ISBN: 5-89481-214-3 Режим доступа: <https://www.mmbook.ru/catalog/pediatrija/100544-detail>
3. О. Г. Желудкова, В.Г. Поляков, М.Ю. Рыков, и др. Клинические проявления онкологических заболеваний у детей: практические рекомендации / под ред. В.Г. Полякова, М.Ю. Рыкова – СПб.: Типография Михаила Фурсова, 2017. – 52 с.
4. Каспрук Л.И. Онкологическая настороженность медсестер. Медицинская сестра, 2018; (8): 48–50 <https://doi.org/10.29296/25879979-2018-08-12>
5. Крюков А.Е., Авхименко М.М., Гаврюченков Д.В. Проблемы безопасности пациентов: ошибки медсестер и дефицит ухода. Медицинская сестра, 2015; (2): 9–13 Режим доступа: <https://medsestrajournal.ru/ru/25879979-2015-02-03>
6. Мартышева О.В. Соблюдение санитарно-эпидемиологических норм в онкологическом центре. Медицинская сестра, 2016; (2): 30–32 режим доступа: <https://medsestrajournal.ru/ru/25879979-2016-02-09>
7. Матюнин В.В., Гургенадзе А.П., Выклюк М.В. Склерозирование кистозных лимфангиом околоушно-жевательной области у детей Российской стоматологический журнал. 2010. № 6. – С. 26–28.
8. Михаэль А. Вернер, Митчелл С. Кейро. Секреты детской онкологии и гематологии / перевод с англ. – М.-СПб.: «Бином» – «Диалект», 2008. – 272 с. ISBN: 978-5-9518-0267-5
9. Поляев Ю.А., Петрушин А.В., Гарбузов Р.В. Малоинвазивные методы лечения лимфангиом у детей. Детская больница 2011 № 3: 8–12. <https://rdkb.ru/files/file265.pdf>
10. Поважная Е.Л. Роль медсестры в медицинской реабилитации больных. Медицинская сестра, 2016; (6): 42–45 код доступа: <https://medsestrajournal.ru/ru/25879979-2016-06-10>
11. Рыков, М. Ю. Детская онкология: учебник / М. Ю. Рыков, И. А. Турабов. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 280 с.

12. Сокрута В.Н., Казакова В.Н., «Педиатрическая онкология» Под редакцией В.Н. Сокрута, В.Н. Казакова. Донецк, 2016. – 540 с.

References

1. Davydova M.I. Oncology. Clinical guidelines. Moscow: Rontz, 2018. 976 с. ISBN: 978-5-98811-539-7- Access mode: <https://www.mmbook.ru/catalog/onkologija/107550-detail>
2. Durnov L.A. Clinical lectures on pediatric oncology M.: Mia, 2006. 240 с. ISBN: 5-89481-214-3 Mode of access: <https://www.mmbook.ru/catalog/pediatrija/100544-detail>
3. Zheludkova O.G., Polyakov V.G., Rykov M.Y., et al. Clinical manifestations of oncological diseases in children: practical recommendations / edited by V.G. Polyakov, M.Yu. Rykov - СПб.: Printing house of Mikhail Fursov, 2017. – 52 с.
4. Kaspruk L.I. Oncological alertness of nurses. Nursing, 2018; (8): 48–50 <https://doi.org/10.29296/25879979-2018-08-12>
5. Kryukov A.E., Avkhimenko M.M., Gavryuchenkov D.V. Patient safety issues: nursing errors and nursing deficits. Meditsinskaya sestra (The Nurse), 2015; (2): 9–13 Access mode: <https://medsestrajournal.ru/ru/25879979-2015-02-03>
6. Martysheva O.V. Compliance with sanitary and epidemiological norms in the cancer center. Meditsinskaya sestra (The Nurse), 2016; (2): 30–32 Access mode: <https://medsestrajournal.ru/ru/25879979-2016-02-09>
7. Matyunin V.V., Gurgenzadze A.P., Vyklyuk M.V. Sclerosing cystic lymphangiomas of the parotid-chewing area in children Russian Dental Journal. 2010. № 6. - С. 26–28.
8. Michael A. Werner, Mitchell S. Queiro. Secrets of paediatric oncology and haematology, translation from English. – 272 с. ISBN: 978-5-9518-0267-5
9. Polyayev Y.A., Petrushin A.V., Garbuzov R.V. Minoinvasive methods of treatment of lymphangiomas in children. Children's Hospital 2011 № 3: 8–12. <https://rdkb.ru/files/file265.pdf>
10. Povazhnaya EL. The role of the nurse in medical rehabilitation of patients. Meditsinskaya sestra (The Nurse), 2016; (6): 42-45 access code: <https://medsestrajournal.ru/ru/25879979-2016-06-10>
11. Rykov, M. Yu. Children's oncology: a textbook / M. Rykov, I. A. Turabov. - Moscow: GEOTAR-Media, 2018. – 280 с.
12. Sokruta V.N., Kazakov V.N., «Pediatric oncology» Edited by V.N. Sokruta, V.N. Kazakov. Donetsk, 2016. – 540 с.