

КОМПЛЕКСНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ГЕАНГИОМ ЛИЦА У ДЕТЕЙ

Корсак А. К., Лапковский В. И.

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
кафедра стоматологии детского возраста;*

УЗ «4-я городская детская клиническая больница», г. Минск, Беларусь

Введение. Сосудистые новообразования – это широко распространенная патология у новорожденных и детей раннего возраста. Новообразования из кровеносных сосудов (гемангиомы) диагностируются или сразу же после рождения, или в первые месяцы или даже недели жизни ребенка. Локализуются они главным образом (до 80%) в области головы и шеи [1]. Гемангиомы челюстно-лицевой области и шеи у детей всегда приводят к эстетическим, а иногда и к функциональным нарушениям. В зависимости от скорости роста образования или его инволюции определяется тактика лечения. Если гемангиомы растут быстро, увеличиваются по площади и в объеме, прорастают в окружающие ткани, разрушая их, необходимо лечение ребенка по срочным показаниям. В ситуации спонтанной регрессии – показано динамическое наблюдение[3,4]. Все методы лечения гемангиом можно разделить на 2 большие группы:

– системная медикаментозная терапия (кортикостероиды, цитостатики, β -адреноблокаторы и т. д.);

– местное лечение (криодеструкция, склерозирующая терапия, хирургическое удаление, электрокоагуляция, лучевая терапия, лазерное воздействие и т. д.).

Каждый из этих методов лечения гемангиом имеет свои показания и противопоказания, преимущества и недостатки.

Объекты и методы. В УЗ «4-я городская детская клиническая больница» г. Минска за период с 2013 по 2014 год обследовано и пролечено 234 ребенка гемангиомами челюстно-лицевой области. Основным методом обследования был клинический. Проводили так же ультразвуковое исследование (УЗИ) и магнитно-резонансную томографию (МРТ). Гемангиомы были как одиночными, так и множественными, с поражением одной или нескольких анатомических областей. Из анамнеза болезни пациентов было установлено, что сосудистые образования в некоторых ситуациях диагностировались сразу при рождении ребенка, другие появлялись в первые дни или недели жизни, с тенденцией к росту и без него. Далее при активном росте образования оно приобретало ярко красный, багровый и даже синюшный цвет. При этом поражались не только покровные ткани (кожа, слизистая оболочка), но и подлежащие ткани (подкожная клетчатка, мышцы). При УЗИ определялось образование без четких границ, в виде большого числа расширенных сосудов разного калибра, с участками сужения и расширения. Сходная картина была получена при использовании МРТ.

При быстром росте образования приступали к лечению детей по срочным показаниям, так как считали, что выжидательная тактика чревата развитием тяжелых эстетических (косметических) и даже функциональных нарушений.

Основными методами лечения гемангиом у детей в клинике были: склерозирующая терапия 54,6% (125 человек), криодеструкция 20,5% (47 человек), хирургическое иссечение образования с одномоментным устранением дефекта 13,1% (30 человек), электро-, и лазерная коагуляция 11,8% (27 человек). Криодеструкцию жидким азотом проводили обычно при поверхностной локализации образования (так, называемых плоских гемангиомах). Склерозирующую терапию использовали при наличии достаточного объема опухоли (капиллярной, кавернозной) и более глубокой ее локализации, в одной или нескольких анатомических областях. Хирургическое лечение наиболее показано при небольших образованиях, и в той ситуации, если вмешательство не приводит к эстетическим и функциональным нарушениям, а так же для устранения рубцовых деформаций после склерозирующей терапии. Электрокоагуляцию чаще всего использовали при лечении телеангиоэктазий и для остановки кровотечения во время хирургического лечения.

Начиная с 2014 года в клинике в практику лечения детей с гемангиомами внедрен с хорошими результатами неинвазивный метод, с использованием неселективного, β -адреноблокатора – пропранолола перорально согласно разработанному и утвержденному протоколу[2].

Показанием к лечению пропранололом были дети в возрасте более 2-х недель и массой тела свыше 2.5 кг, с гемангиомами больших размеров, локализующимися в нескольких анатомических областях головы и шеи, а также активно растущих, как по площади, так и в объеме.

Заключение. Лечение детей с гемангиомами следует начинать при быстром росте образования, не ожидая возможной спонтанной регрессии. При локальных гемангиомах лица у детей методами лечения могут быть: криодеструкция, лазерная и электрокоагуляция, склерозирующая терапия, хирургическое иссечение. Современный неинвазивный метод лечения гемангиом лица пропранололом наиболее эффективен с первых месяцев жизни ребенка, при наличии обширных гемангиом, занимающих несколько анатомических областей. Другие методы лечения гемангиом у детей следует применять при отсутствии эффективности использования пропранолола.

Литература.

1. Детская хирургия: национальное руководство; под ред. Ю. Ф. Исакова, А. Ф. Дронова. – М.: ГЭОТАР медиа, 2009. – 1053 с.
2. Новый взгляд на лечение инфантильных гемангиом и сосудистых гиперплазий препаратом пропранолол / Н. П. Котлукова [и др.]// Педиатрия. – 2012. – Т. 91, № 6. – С. 60–64.
3. Пашенко, Ю. В. Гемангиомы у детей: современные тенденции и перспективные направления лечения / Ю. В. Пашенко, В. П. Вивчарук, К. Ю. Пашенко // Медицина неотложных состояний. – 2011. № 6 (37). – С. 11–22.
4. Enjolras, O. Vascular tumor and vascular malformations (new issues) / O.Enjolras, J.B. Mulliren // Adv.Dermatol. – 1997. – Vol. 13. –P.375–423.