

ЛЕЧЕНИЕ МЛАДЕНЧЕСКИХ ГЕМАНГИОМ АНАПРИЛИНОМ

Новосад В.В.¹, Ковальчук В.И.¹, Новосад Е.А.²

*¹УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
²УЗ «Гродненский областной клинический перинатальный центр»*

*Гродно, Беларусь
vass1980@mail.ru*

Публикация посвящена лечению младенческих гемангиом у детей с использованием неселективных β -адреноблокаторов. Проанализировав результаты лечения, авторами исследования показана эффективность и безопасность применения анаприлина для лечения гемангиом. Во всех случаях получен хороший косметический эффект.

Ключевые слова: дети; гемангиомы; β -адреноблокаторы; эффективность

TREATMENT OF INFANTILE HEMANGIOMAS WITH ANAPRILIN

¹Navasad V.¹, Kavalchuk V.¹, Navasad K.²

¹Grodno State Medical University,

*²Grodno Regional Clinical Perinatal Center
Grodno, Belarus*

The publication focuses on the treatment of infant hemangiomas in children using non-selective β -blockers. Authors analyzed the results of treatment and showed the efficacy and safety of anaprilin use for hemangioma treatment. In all cases, a good cosmetic effect is obtained.

Key words: children; hemangiomas; β -blockers; efficiency

Актуальность. Младенческая гемангиома – самое распространенное доброкачественное сосудистое образование у детей младшего возраста, встречается у 5–10 % детей. Отличительной характеристикой именно этого вида гемангиом является уникальный жизненный цикл. В своем развитии любая младенческая гемангиома проходит несколько периодов, или фаз.

При рождении гемангиома кожи может быть незаметна или выглядеть как плоское пятно розоватого или синюшного цвета (скрытая, или продромальная фаза). На 3–4 неделе жизни в гемангиоме развивается активное кровоснабжение и образование начинает выбухать над уровнем кожи, наполняться кровью и напоминает зрелый помидор (фаза начальных проявлений). В последующие месяцы происходит интенсивное развитие микрососудов гемангиомы, что проявляется быстрым ростом образования (фаза активного роста). После активного роста – примерно с 4-х–6-ти месячного возраста до года – рост образования прекращается, кровоснабжение становится не таким интенсивным, поверхностный слой сморщивается, изменяется цвет. В таком стабильном виде гемангиома может находиться около 6–12 месяцев (фаза зрелости, или стабилизации). Процесс «рассасывания» гемангиомы может начинаться в период от нескольких месяцев после рождения до возраста 2–3 года (фаза обратного развития, или инволюции).

По некоторым данным, 50% инфантильных гемангиом, не подвергавшихся лечению, полностью завершают инволюцию к 5-ти годам, а 70 % – к 7-ми.

Актуальность гемангиом в практической работе детского хирурга связана в первую очередь с косметическими и, в некоторых случаях с функциональными результатами лечения.

Цель. Показать эффективность использования для медикаментозной терапии младенческих гемангиом лекарственного средства анаприлин.

Методы исследования. На базе УЗ «ГОДКБ» с 2016 года проводилось лечение пациентов с гемангиомами с применением β -блокатора (анаприлин). Группу наблюдения в нашем исследовании составили 35 детей в возрасте до 2 лет. Данным пациентам в схему медикаментозной терапии включался препарат анаприлин в дозировке 1-2 мг/кг/сут с этапным увеличением в течение 3 суток, разделенный на три приема. Отмена анаприлина также проводилась этапно со снижением дозы на 0,5 мг/кг/сут в течение 1 месяца.

У всех пациентов до назначения препарата проводилась фотофиксация гемангиомы, а также общеклиническое обследование (анализы крови и мочи, биохимический анализ крови с определением показателей трансаминаз, уровня глюкозы, мочевины и креатинина крови), выполнялась электрокардиография, каждый ребенок был осмотрен кардиологом. В течение трех суток после приема препарата проводился мониторинг частоты сердечных сокращений и артериального давления при помощи кардиоманитора. После выписки из стационара контроль за состоянием детей осуществляли амбулаторно ежемесячно (показатели ЧСС, АД, ЭКГ), проводилась коррекция дозы препарата, в связи с прибавкой массы тела ребенка. А также оценивались размеры, плотность гемангиомы, проводилось ее фотографирование.

Для оценки эффективности терапии учитывались следующие параметры: прекращение роста и/или уменьшение размеров гемангиомы, уменьшение ее плотности и яркости окраски.

Результаты и их обсуждение. У всех 35 пациентов уже на следующие сутки после назначения анаприлина имела место положительная динамика: плотность гемангиомы уменьшалась, цвет становился более бледным. Наиболее выраженный эффект отмечался на фоне дальнейшего применения препарата, причем уже в первый месяц от начала приема

Через 4 месяца лечения у 11 детей отмечена практически полная регрессия гемангиомы. У 2 детей с локализацией гемангиомы в области носа терапия продолжалась до 1 года 1 месяца, у 2 детей (гемангиомы ротоглотки и периоральной области) – 2 лет. У 14 пациентов отмена анаприлина выполнена через 8–10 месяцев от начала назначения препарата. Остальные дети из группы наблюдения продолжают терапию анаприлином с выраженным клиническим эффектом. У одного ребенка после самостоятельной отмены курса терапии анаприлином матерью отмечен рост гемангиомы, что потребовало повторного назначения фармпрепарата. Побочный эффект препарата в ходе лечения выявлен у 2 пациентов (снижение аппетита, плохая прибавка в массе тела).

Выводы.

1. Применение анаприлина является альтернативным методом лечения пациентов с гемангиомами сложной анатомической локализации, быстро растущими гемангиомами и носящими множественный характер с отличным косметическим эффектом.

2. Полученные результаты наблюдения и лечения пациентов с младенческими гемангиомами свидетельствуют об эффективности и достаточной безопасности применения анаприлина.

3. Количество хирургических вмешательств у детей с гемангиомами за период наблюдения в нашем стационаре снизилось до 12,3 %.

Список литературы

1. Новые возможности в лечении инфантильных гемангиом с помощью пропранолола / Ю.А. Поляев [и др.] // Международный медицинский журнал. – 2012. – № 2. – С. 94 – 102.

2. Новый взгляд на лечение инфантильных гемангиом (сосудистых гиперплазий) / Н.П. Котлукова [и др.] // Педиатрия. – 2012. – Т. 91. № 6. – С. 60 – 64.

3. Hemangiomas and vascular malformations. An atlas of diagnosis and treatment / R.Mattassi [et al.]. – Springer, Milan. – 2009. – 331p.

4. Storch, C.H. Propranolol for infantile haemangiomas: insights into the molecular mechanisms of action / C.H.Storch, P.N. Hoeger // Br J Dermatol. – 2010. – Т. 163 (2). – P. 269–74.