

М.Н. Саджади

МЛАДЕНЧЕСКИЕ ГЕАНГИОМЫ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ У ДЕТЕЙ: АНАЛИЗ КЛИНИКА-ДИАГНОСТИКА И СПОСОБЫ ЛЕЧЕНИЯ

Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. Д.А. Гричанюк

Кафедра челюстно-лицевой хирургии и пластической хирургии лица

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

11-я городская клиническая больница, г. Минск

M.N. Sajadi

INFANTILE HEMANGIOMA OF THE MAXILLOFACIAL AREA IN CHILDREN: CLINICAL ANALYSIS, DIAGNOSIS AND TREATMENT METHODS

Tutor: PhD, associate professor D.A. Grichanyuk

Department of Maxillofacial Surgery and Facial Plastic Surgery

Belarusian State Medical University, Minsk

11th City Clinical Hospital, Minsk

Резюме. В данной статье проведен анализ по полу и возрасту и локализация сосудистых образований по анатомическим областям и способов лечение детей с гемангиомами в челюстно-лицевой области, которые обращались в отделении детской челюстной хирургии МОДКБ, Минская обл., Минский р/н, п. Лесной г. Минск за последние 4 года (2019- 2022 г.г.).

Ключевые слова: гемангиома, гиперплазия сосудов, сосудистые мальформации.

Resume. This article contains an analysis by gender, age, and the localization of vascular formations by anatomical regions and methods of treatment of children with hemangiomas in the maxillofacial area, who were treated in the Department of Pediatric Maxillofacial Surgery of the Children's Clinical Hospital, Minsk region, Minsk district, Lesnoy village Minsk over the last 4 years (2019-2022).

Keywords: hemangioma, vascular hyperplasia, vascular malformations.

Актуальность. Гемангиома (от греч. "haima" - кровь и "angeon" - сосуд) - доброкачественная опухоль (не раковая), развивающаяся из сосудистой стенки, встречающаяся в различных органах и тканях человека. В ряде случаев гемангиома способна быстро расти и агрессивно прорастать в окружающие ткани, ведя к их разрушению, причиняя как косметические, так и функциональные нарушения. В последующем часть гемангиом могут самостоятельно регрессировать и полностью исчезнуть. От большинства доброкачественных опухолей отличается инфильтративным характером роста, то есть опухоль не имеет чёткой границы. До сих пор диагностика и тем самым лечение врожденных сосудистых поражений и их дифференциальная диагностика (младенческие гемангиомы — гиперплазия сосудов, сосудистые мальформации, сосудистые опухоли) очень часто сложны и тем самым составляют актуальность этой проблемы.

Цель. Изучить структуру гемангиом лица и шеи у детей.

Задачи:

1. Анализ клиника, диагностика и способы лечения пациентов с младенческие гемангиомы челюстно-лицевой области.

Материалы и методы. В отделении детской челюстной хирургии МОДКБ, Минская обл., Минский р/н, п. Лесной г. Минск за последние 4 года (2019- 2022 г.г.)

нами наблюдались 261 пациент с различными формами сосудистых образований. Большинство (40%) детей обратились в первые месяцы жизни: сосудистые образования выявлены у них при рождении или проявились в первые месяцы жизни (таблица 1). Распределение детей с МГ ЧЛО по полу и возрасту представлено в таблице 1.

Табл. 1. Распределение детей с ГА ЧЛО при обращении в клинику по полу и возрасту

Возраст детей Пол	1-5 месяцев	6-12 месяцев	1-3 года	до 12 лет	Старше 12 лет и взрослые
Мужской	13	19	23	13	21
Женский	40	32	59	24	17
Всего	53	51	82	37	38
%	20.3%	19.5%	31.4%	14.1%	14.5%

Возраст большинства пациентов (103 из 261) составил от 0 до 1 года, что связано с активностью роста МГ в этот период. При этом обращение за лечением после 5-х месячного возраста ГА выявлено, у 51 детей, что связано с началом особо интенсивного роста сосудистого новообразования. Наши наблюдения коррелируются с данными других авторов (Колесов А.А., 1981; Вадачкоря З.О., 1982; Шафранов В.В. с соавт., 2000).

Всем детям проведено клинико-лабораторное обследование по общепринятой методике, а также компрессионная проба. цитологическое исследование. пациентам проводилось ультразвуковое исследование и по показаниям, по показаниям были проведены рентгеновская компьютерная томография, компьютерно-томографическая ангиография.

Гемангиомы имели различную локализацию, но наиболее частой была локализация в щечной и о приротовой blastях, что отмечено многими авторами (ВадачкоряЗ.О.,1982; Дьякова СВ., 1999 и др.) (таблица 2).

У 235 (90%) образования локализовались у половины пациентов в верхней 2/3 лица (щечная, лобная, окологлазничная области, наружный нос и ушная раковина). У 26 (10%) детей гемангиомы локализовались в других анатомических областях (таблица 2).

Табл. 2. Локализация сосудистых образований по анатомическим областям

Локализация	Количество больных	% соотношение
Щечная область и боковые отделы лица	88	33.7%
Верхняя губа	21	8%
Нижняя губа	36	13.8%
Лобная область	38	14.5%
Область носа	17	6.5%
Параорбитальная клетчатка (верхнее и нижнее веко, окологлазничная область)	35	13.4%
Полость рта	13	5%
Другие анатомические области (Подбородочная область, поднижнечелюстная область)	13	5%

Среди 261 наблюдавшимся детям в большинстве случаев (112 случае) проводилась склерозирующая терапия с применением 0,5 – 3% этоксисклерола (Aethoxysklerol) фирмы Kreussler Pharma (Германия) и 37 случае проводилась местные склерозирующая терапия в виде спирт + новокаина.

Табл. 3. Распределение пациентов с МГ ЧЛЮ в зависимости от видов предшествующего лечения

Метод лечения	Кол-во пациентов	%
Склерозирующая терапия	149	57.1%
Электродеструкция (электрокоагуляция)	10	4%
Лазерное лечение	93	36%
Хирургическое лечение	3	1.1%
Комбинированное лечение	6	2.3%

Результаты и их обсуждение. Диагностика гемангиом на современном этапе развития медицины, не представляет трудностей. Для дифференциальной диагностики с другими заболеваниями сосудов используются ультразвуковое исследование мягких тканей зоны интереса, а также компьютерная и магниторезонансная томография. Ультразвуковое исследование применяется для: определения глубины распространения гемангиомы и анатомо-топографической взаимосвязи с окружающими тканями, выявления питающих МГ крупных и мелких артериальных стволов, их параметры, определяли скорость кровотока в паренхиме МГ, выявления возможных признаков регресса гемангиомы (склеротические изменения, замедление скорости кровотока и т.д.). Склеротерапия Основой метода является действие некоторых химических веществ на ткань новообразования, которые, вызывая в месте введения асептическое воспаление, способствуют последующему тромбированию сосудов опухоли и ее дистрофическому склерозированию, но применяется при невозможности использовать другие методы. Склерозирующая терапия с применением 0,5 – 3% этоксисклерола (Aethoxysklerol) фирмы Kreussler Pharma (Германия) как самостоятельный способ и, по показаниям, в виде комбинированное лечение с другим методом лечения. При локализации сосудистых опухолей в глубоких клетчаточных пространствах (ретробульбарной, окологлоточной области, крылонебной ямке) и при обширных и смешанных формах план диагностики и лечения обсуждается с ангиохирургами. Недостатком оперативного метода лечения является высокая возможность возникновения тяжелых кровотечений и функциональных дефектов. Немаловажным неудобством является наличие постоперационного косметического дефекта кожных покровов. В связи с этим, применялся метод при расположении гемангиом только на скрытых участках кожи, где наличие рубца не играло отрицательной эстетической. Таким образом, применение оперативного вмешательства ограничивалось расположением сосудистого новообразования.

Выводы: сложность сосудистых образований в челюстно-лицевой области у детей обусловлена тем, что возникают проблемы не только эстетического, но и функционального характера. наиболее быстрый рост гемангиом наблюдается в возрасте 1-3 месяцев.

Для диагностики и лечения сосудистой патологии челюстно-лицевой области необходим мультидисциплинарный подход. В некоторых случаях для лечения тонких и/или поверхностных МГ может быть рекомендовано местное склерозирующая терапия. Для коррекции остаточных проявлений гемангиомы может применяться хирургическое и/ или лазерное лечение.