

УДК 616-053,2

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ ГЕАНГИОМ У ДЕТЕЙ

©Токтосунова С. А., канд. мед. наук, Кыргызская государственная медицинская академия
им. И. К. Ахунбаева, г. Бишкек, Кыргызстан, atmamat.t@mail.ru

OPTIMIZATION TREATMENT HEMANGIOMAS IN CHILDREN

©Toktosunova S., M.D., I. K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy,
Bishkek, Kyrgyzstan, atmamat.t@mail.ru

Аннотация. Приводится усовершенствование методов лечения гемангиом у детей с «критической» локализацией. Обследовано 1163 больных в возрасте от 3 месяцев до 15 лет. Для лечения гемангиом у детей использовали б-адреноблокатор «пропранолол». В отличие от традиционных методов лечения, при применении «пропранолола» наступало склерозирование гемангиом уже к 12 недели.

Abstract. Provides improved methods of treatment of hemangioma in children with critical localization were examined 1163 patients after 3 months to 15 years. For treatment of hemangiomas in children used b-blockers in contrast to traditional methods of treatment for propranolol came sclerosis of hemangiomas to 12 weeks.

Ключевые слова: гемангиомы у детей, б-адреноблокаторы, пропранолол, сосудистые аномалии, «критическая» локализацией у детей.

Keywords: hemangiomas in children, b-blockers, propranolol, vascular anomalies, critical localization in children.

Введение

Сосудистые аномалии представлены широким клиническим спектром образований от малых нарушений окраски кожи до значительных изменений, которые могут поражать конечности и внутренние органы вызывая развитие жизнеугрожающих состояний [1].

По сведениям авторов гемангиомы у детей встречается в 1,1-2,6% случаев. Одной из особенностей гемангиом является их способность к самостоятельной регрессии, что определяет дифференцированный подход к лечению. В своем развитии гемангиомы проходят две фазы: пролиферативную и инволютивную [1, 2]. Пролиферативная фаза развития характеризуется прогрессивным ростом опухоли, что обусловлено наличием рыхлых быстро делящихся эндотелиальных клеток, формирующих массу синусоидальных сосудистых каналов. Переход от пролиферации к инволюции регулируется факторами, влияющими на ангиогенез и коллагенообразование, что непосредственно приводит к морфологическим изменениям опухолевой ткани [3, 4].

Из них были изучены сосудистый фактор эндотелиального роста, фибробластный фактор роста, тканевые ингибиторы матриксных металлопротеиназ, матриксная металлопротеиназа-1, интерлейкин-6, моноцитарный хемотактивный протеин-1, коллагеназа 4 типа, метрозин, специфическая для эндотелия гемангиом эритроцитарная глюкозотрансфераза-1, факторы зрелости эндотелия CD31 и фактор Виллебранда [5].

В случаях быстрого роста, «критических» локализаций область лица, околоушная область половые органы и другие. Выжидательная тактика и неадекватный выбор метода лечения могут привести к развитию тяжелых косметических дефектов и даже к возникновению критических состояний [5, 6]. Несмотря на повышенный интерес хирургов к этой проблеме множество разработанных методик лечения отсутствуют четкие критерия выбора метода терапии и его эффективности [7].

В связи с этим проблема лечения гемангиом остается крайне актуальной. Многообразие форм локализации и распространенности диктует необходимость постоянного поиска эффективных методов лечения [8-11].

Цель исследования: совершенствование методов лечения гемангиом с «критической» локализацией у детей.

Материалы и методы

В отделении хирургии Национального центра материнства и детства г. Бишкек под наблюдением находились 1163 больных в возрасте от 1 месяца до 15 лет. 52% случаев обратились к врачам до 6 месячного возраста и 80% до 1 года. Гемангиомы в критических зонах трудно поддаются лечению это область верхних и нижних век 74(6,4%), кончик носа 86(7,4%), губ, языка, слизистой полости рта 43(3,9%), ушные раковины 27(2,4%) случаев. Одним из известных методов лечения гемангиом у детей является применение β -адреноблокаторов «пропранолол». В нашей работе мы исследовали 40 детей в возрасте от 3 месяцев до 2 лет которым применяли пропранолол. Для того, чтобы определить безопасность терапии больным детям до назначения β -адреноблокаторов было проведено электрокардиография с оценкой частоты сердечных сокращений и атриовентрикулярной проводимости, а также все необходимые лабораторные исследования. Всем пациентам, которые были в составе проводимого исследования назначался неселективный β -адреноблокатор пропранолол (анаприлин) сроками до 6 месяцев. Начальная доза 1 мг/кг/сут внутрь с частотой приема 2 раза в день. При отсутствии побочных эффектов детей наблюдение проводилось в домашних условиях. Осмотр пациентов было проведено через 10 дней, а затем 1 раз в месяц под контролем АД, ЧСС и уровня глюкозы в крови. В то время когда регресс был выраженным производили увеличение дозы до 2 мг/кг/сут 3 раза в день.

У одного пациента лечение было приостановлено из-за повышения содержания глюкозы в крови до 7,7 ммоль/л (физиологический верхний уровень достигает до 5,5 ммоль/л), после того как было проведена коррекция гипергликемии лечение было возобновлено.

Таблица 1.

РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ДЕТЕЙ С РАЗЛИЧНЫМИ ТИПАМИ ИСТИННЫХ ГЕМАНГИОМ ПО ПОЛУ

Тип гемангиом	Мужской пол		Женский пол		Оба пола	
	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%
Истинные гемангиомы	276	32,09	584	67,91	860	%
Капиллярные	254	31,99	540	68,01	794	100
Кавернозные	14	29,17	34	70,83	48	100
Смешанные	8	44,44	10	55,56	18	100

Как видно из Таблицы большинство ($p < 0,05$) составляли дети в возрасте до 1 года (92,33%) с истинными гемангиомами, в том числе до 6 месяцев-73,43%, 7-12 месяцев — 25,57%. Дети с капиллярными гемангиомами преобладали ($p < 0,05$) лица младше 6 месяцев

(72,54). Смешанные гемангиомы чаще наблюдались в возрасте от 1-6 месяцев — 38,89%, и 1-3 года — 38,89%.

Существуют несколько видов лечения в число которых входит оперативный метод лечения гемангиом, который является наиболее целесообразным применением на закрытых участках тела: волосистая часть головы, шеи, конечностей, туловища. В случаи, когда гемангиома локализована в обширных участках, то необходимо применять свободную пересадку кожи для замещения дефектов после удаленной опухоли. При проведении оперативного вида лечения гемангиом были соблюдены следующие задачи:

1. предотвращения дальнейшего разрушение сосудистого опухоли окружающих тканей,
2. ткани опухоли были ликвидированы полностью, превратившись в рубцовую ткань,
3. косметический и функциональный эффект был достигнут.

При гемангиомах в «критических» зонах проводился еще один распространенный метод лечения это короткофокусная рентгенотерапия, которую мы провели 40 больным в возрасте от 3 месяцев до 1 года от 2 до 16 сеансов, доза облучения от 2 до 11 Грей. Такой вид лечения был проведен у детей с опухолями в области нижнего и верхнего веко (7 больным), щеки и подбородок (4), правый глаз (1), надбровная область (4).

Результаты исследования

При применении «пропранолола» были выявлены следующие результаты выраженной гипогликемии гипотонии за время исследования не были обнаружены. В данной таблице изложены данные об изменении структуры гемангиом ($p > 0,05$).

Таблица 2.

ДАННЫЕ ПО ИЗМЕНЕНИЮ СТРУКТУРЫ ГЕМАНГИОМ

Изменение структуры гемангиом	Мужской пол		Женский пол		Оба пола	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
	число		число		число	
Снижение интенсивности окраски	13	32,5	27	67,5*	40	100
Уменьшение размеров	13	32,5	26	65,0*	39	100
Уплотнение	11	27,5	25	62,5 *	36	100
Изменение консистенции	9	22,5	23	57,5	32	100

Примечание: * — отличается от соответствующих показателей пациентов противоположного пола ($p < 0,05$).

У всех детей, получивших лечение с помощью «пропранолола» наблюдался регресс к концу 6 месяцам лечения. К 12 недели отмечалось изменение цвета от красного до фиолетового, образования стали плоскими и мягкими. К 24 недели цвет гемангиомы стал розовым, появилась мягкая консистенция.

По результатам лечения гемангиом при применении оперативного метода — эффективность лечения было наибольшей.

При этом отмечается, что лечение следует проводить как можно раньше — с первых дней, недель, месяцев жизни ребенка, так как опухоль растет быстро. У 90% детей наблюдались хорошие косметические результаты без осложнений, как, со стороны оперированного участка, так и со стороны организма в целом.

Применение короткофокусной рентгенотерапии также показала достаточно высокую эффективность в лечении гемангиом, что способствует прекращению роста опухоли и приводит к полному излечиванию. На месте опухоли наблюдались небольшие дефекты кожи, атрофия, снижение пигментации и эластичности кожи хороший эффект наступил в 95% случаев и произошло полное выздоровление.

Выводы

Таким образом, лечение гемангиом у детей является серьезной проблемой. Среди авторов нет единства мнений в отношении выбора метода лечения, отсутствуют объективные критерии прогнозирования, течения патологического процесса и оценки результатов коррекции. Наличие осложнений спонтанного характера, а также косметических дефектов, возникающих в результате общего и местного лечения, требует дальнейших разработок и индивидуализации тактики лечения гемангиом у детей. Необходимо правильно выбрать метод лечения для конкретного ребенка.

Итак, применение неселективного β -адреноблокатора «пропранолола» внутрь по 2 мг/кг/сут 2-3 раза в день вызвали регрессию (уменьшение объема, красноты, уплотнение и размягчение) в 90% случаев.

Хирургический метод лечения гемангиом в критических зонах у детей позволяет достичь наиболее хороших косметико-функциональных результатов в 90% случаев.

Короткофокусная рентгенотерапия отличается общедоступной простой возможностью ее проведения в амбулаторных условиях.

Список литературы:

1. Баиров Г. А. Неотложная хирургия новорожденных. Л.: Медгиз, 1963. 219 с.
2. Исаков Ю. Ф. Хирургические болезни у детей. М.: Медицина, 1998. 704 с.
3. Иванов А. В. Клиника, диагностика, лечение детей с врожденными ангиодисплазиями в форме артериовенозных коммуникаций с поражением костей лицевого скелета: автореф. дис. канд. мед. наук. М., 2005. 20 с.
4. Кандрашин Н. И. Клиника и лечение гемангиом у детей. М.: Медгиз, 1963. 103 с.
5. Ситников А. В. Энваскулярные методы в диагностике и лечении ангиодисплазий и параганглиом головы и шеи: автореф. дис. канд. мед. наук. М., 2006. 21 с.
6. Шафранов В. В. Дифференциальная диагностика врожденных ангиодисплазий и гемангиом детского возраста. М.: Детская хирургия, 2000. С. 44-48.
7. Климов В. С., Косимшоев М. А., Евсюков А. В., Киселев В. С., Воронина Е.И. Результаты дифференцированного хирургического лечения агрессивных гемангиом позвонков // Хирургия позвоночника. 2018. Т. 15. №. 1. С. 79-90.
8. Васильев И. С., Васильев С. А., Абушкин И. А., Васильев Ю. С., Васильев В. С., Карпов И. А., Денис А. Г., Судейкина О. А., Лапин В. О., Романова О. А. Дифференцированный подход к лечению пациентов с младенческими гемангиомами наружных локализаций // Вопросы реконструктивной и пластической хирургии. 2017. Т. 20. №. 1. С. 5-16.
9. Polites S. F., Rodrigue B. B., Chute C., Hammill A., Dasgupta R. Propranolol versus steroids for the treatment of ulcerated infantile hemangiomas // Pediatric blood & cancer. 2018. С. e27280.
10. Schwartz T., Faria J., Pawar S., Siegel D., Chun R. H. Efficacy and rebound rates in propranolol-treated subglottic hemangioma: A literature review // The Laryngoscope. 2017. Vol. 127. No. 11. P. 2665-2672.

11. Choi W., Choi Y. B. Splenic embolization for a giant splenic hemangioma in a child: a case report // BMC pediatrics. 2018. Vol. 18. No. 1. P. 354.

References:

1. Bairov, G. A. (1963). Neotlozhnaya khirurgiya novorozhdennykh. Leningrad: Medgiz, 219.
2. Isakov, Yu. F. (1998). Khirurgicheskie bolezni u detei. Moscow: Meditsina, 704.
3. Ivanov, A. V. (2005). Klinika, diagnostika, lechenie detei s vrozhdennymi angiodisplaziyami v forme arteriovenoznykh kommunikatsii s porazheniem kostei litseвого skeleta: avtoref. dis. kand. med. nauk. Moscow, 20.
4. Kandrashin, N. I. (1963). Klinika i lechenie gemangiom u detei. Moscow: Medgiz, 103.
5. Sitnikov, A. V. (2006). Envaskulyarnye metody v diagnostike i lechenii angiodisplazii i paragangliom golovy i shei: avtoref. dis. kand. med. nauk. Moscow, 21.
6. Shafranov, V. V. (2000). Differentsial'naya diagnostika vrozhdennykh angiodisplazii i gemangiom detskogo vozrasta. Moscow: Detskaya khirurgiya, 44-48.
7. Klimov, V. S., Kosimshoev, M. A., Evsyukov, A. V., Kiselev, V. S., & Voronina, E. I. (2018). Results of differentiated surgical treatment of aggressive vertebral hemangiomas. *Hirurgiâ pozvonočnika*, 15(1). 79-90. (In Russ.)
8. Vasilyev, I. S., Vasilyev, S. A., Abushkin, I. A., Vasilyev, Yu. S., Vasilyev, V. S., Karpov, I. A., Denis, A. G., Sudeikina, O. A., Lapin, V. O., & Romanova, O. A. (2017). Differentiated approach to the treatment of patients having infant hemangiomas of exterior localizations. *Issues of Reconstructive and Plastic Surgery*, 20(1), 5-16.
9. Polites, S. F., Rodrigue, B. B., Chute, C., Hammill, A., & Dasgupta, R. (2018). Propranolol versus steroids for the treatment of ulcerated infantile hemangiomas. *Pediatric blood & cancer*, e27280.
10. Schwartz, T., Faria, J., Pawar, S., Siegel, D., & Chun, R. H. (2017). Efficacy and rebound rates in propranolol-treated subglottic hemangioma: A literature review. *The Laryngoscope*, 127(11), 2665-2672.
11. Choi, W., & Choi, Y. B. (2018). Splenic embolization for a giant splenic hemangioma in a child: a case report. *BMC pediatrics*, 18(1), 354.

*Работа поступила
в редакцию 10.11.2018 г.*

*Принята к публикации
14.11.2018 г.*

Ссылка для цитирования:

Токтосунова С. А. Оптимизация лечения гемангиом у детей // Бюллетень науки и практики. 2018. Т. 4. №12. С. 177-181. Режим доступа: <http://www.bulletennauki.com/12-69> (дата обращения 15.12.2018).

Cite as (APA):

Toktosunova, S. (2018). Optimization treatment hemangiomas in children. *Bulletin of Science and Practice*, 4(12), 177-181. (in Russian).