

ОПУХОЛИ И ОПУХОЛЕПОДОБНЫЕ ОБРАЗОВАНИЯ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ У ДЕТЕЙ. СТРУКТУРА, ОРГАНИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ. СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

Шалабаева К.З.¹, Нурмаганов С.Б.³, Замураева А.У.², Фазилов Ж.А.⁴, Уразаева А.Э.³,
Хазем Ахмед⁴, Токкожаев Б.Р.³.

1. Казахский национальный университет им. Аль-Фараби, Алматы, Казахстан
2. НАО «Медицинский университет Астана», Нур-Султан, Казахстан.
3. Казахстанско-Российский медицинский университет, Алматы, Казахстан
4. Городская клиническая больница №5, Алматы, Казахстан

Аннотация. Опухоли и опухолеподобные образования челюстно-лицевой области у детей отличаются большим разнообразием. Большинство из них дизонтогенетического происхождения, сочетаются с пороками развития других органов, проявляются у новорожденных или в первые годы жизни (до 5 лет).

В данной статье приводятся данные о доле плановых оперативных вмешательств по поводу опухолей и опухолеподобных образований ЧЛЮ у детей на основе данных отделений челюстно-лицевой хирургии №5 ГКБ и Алматинской региональной детской клинической больницы за 5 лет. Авторами проведен анализ по нозологическим единицам, методы диагностики и мультидисциплинарные подходы к лечению детей.

Ключевые слова: опухоли челюстно-лицевой области, диагностика и лечение, мультидисциплинарный подход.

«**Tumor and tumorlike formations of the maxillofacial region among children Structure modern methods of diagnosis and treatment**».

Shalabayeva K.Z.¹, Nurmaganov S.B.³, Zamurayeva A.U.², Fazilov Zh.A.⁴, Urazaeva A.E.³, Hazem Ahmed⁴, Tokkozhaev B.R.³.

Al-Farabi KazNU¹, NJSC Medikal University Astana², Kazakhstan-Russian Medical University³, City Clinical Hospital №5⁴.

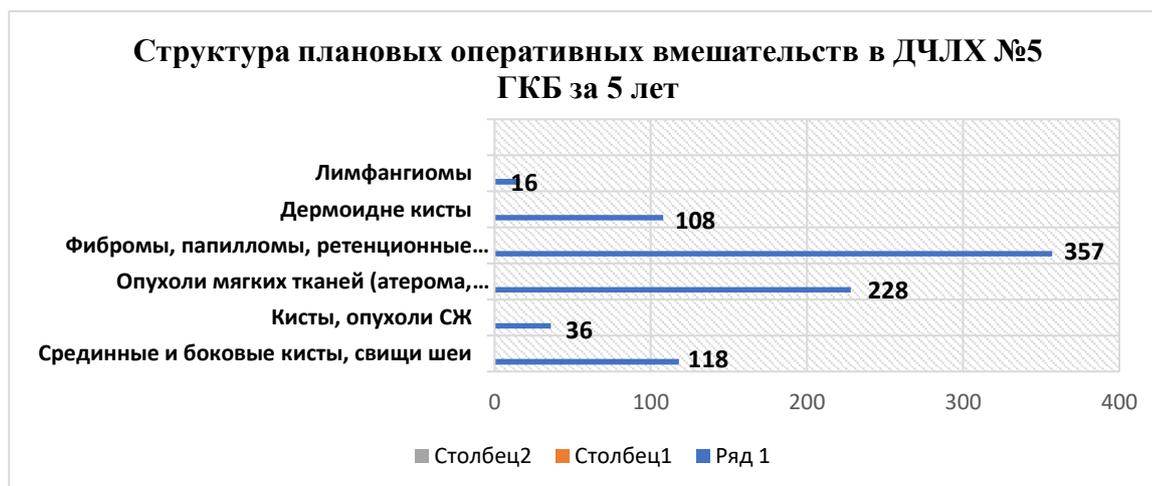
Annotation. Tumor and tumorlike formations of the maxillofacial region among children are very diverse. Most of them are of disontogenetic origin, combined with malformations of other organs and manifest in newborns or in the first years of life (up to 5 years). This article provides data on planned surgical interventions for tumors and tumor-like formations of the maxillofacial region in children based on data from the departments of maxillofacial surgery in the CCH (City Clinical Hospital) and the department of the ARCC (Almaty Regional Childrens Clinical Hospital) for 5 years. The authors conducted an analysis of nosological units, diagnostic methods multidisciplinary approaches to the treatment of children.

Key words: Tumors of the maxillofacial region, diagnostic and treatment, multidisciplinary approaches.

Актуальность проблемы

Опухоли и опухолеподобные образования у детей отличаются большим разнообразием. Большинство опухолей и опухолеподобных образований у детей дизонтогенетического происхождения и проявляются у новорожденных или детей раннего возраста (до 5 лет) и сочетаются с пороками развития других органов (Дьякова С.В., 2009) [1,2]. Излюбленной локализацией этих образований является слизистая оболочка полости рта, нижней губы, языка, альвеолярные отростки челюстей, твердое и мягкое небо. Увеличение частоты выявления новообразований в 7-11-летнем возрасте связано с периодом активного роста костей лица, в 12-16 лет – с формированием гормонального статуса (Ермуханова Г.Т., 2012) [3].

Материалы и методы исследования. По данным детского челюстно-лицевого отделения ГКБ №5 за 5 лет (2016-2020г.г) из общего числа 2440 плановых операций 1351 (55%) произведено по поводу различных опухолей и опухолевидных образований.



Как следует из диаграммы, 357 детей, оперированных по поводу различных образований в полости рта и 178 ребенка, которым произведена френуло-и вестибулопластика, что в общей сложности составляет 535 (39,6%) - это пациенты, которым плановая оперативная помощь могла быть оказана в поликлинических условиях [5].

В 2010 году в Республике была внедрена Единая система здравоохранения (ЕНСЗ), основным принципом которой было обеспечение свободного выбора пациентом врача и медицинской организации, формирование конкурентной среды оказания медицинских услуг. Городская клиническая больница № 5 г. Алма-Аты является специализированным лечебным учреждением для оказания экстренной и плановой помощи больным с патологией челюстно-лицевой области и ЛОР органов. Именно поэтому, перераспределение амбулаторной группы больных, а это более трети оперированных в стационарных условиях, освободило бы нагрузку на стационар и родителей от части лабораторного обследования.

Все эти дети, госпитализированные в плановом порядке, были полностью обследованы. Кроме традиционного набора исследований (ОАК.ОАМ., биохимический анализ крови, ЭКГ, микрореакции, ВИЧ) детям по показаниям назначались эхографическое и лучевые методы (КТ.МСКТ.МРТ) исследование. При локализации образования в области носоглотки детям проводили эндоскопическое исследование на аппарате Medstar и АТmos.

Диагностику и лечение детей с обширными сосудистыми мальформациями обсуждали с ангиохирургами Научного центра педиатрии и детской хирургии.

План обследования, лечения детей раннего послеродового периода проводилось совместно с детскими хирургами. И чаще оперативное вмешательство проводилось в специализированных отделениях детской больницы.

Результаты и обсуждение

Опухоли, происходящие из эпителиальной ткани

Это десневые (кератиновые кисты)- эпителиальные жемчужины Эпштейна и узелки Бона(рис.1,2) Под нашим наблюдением находились дети, направленные участковыми педиатрами.



Рис.1. Мальчик 10 дней от рождения
Диагноз: Узелки Бона

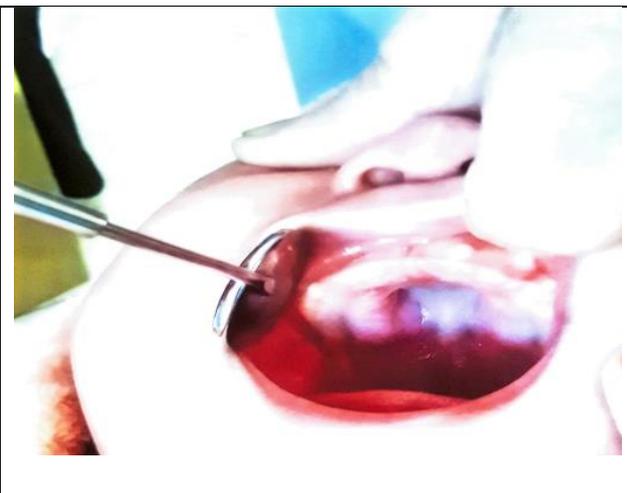


Рис.2. Ребенок 3 месяца. Диагноз:
Жемчужины Эпштейна

Это относительно редко встречающиеся образования, вызывают тревогу родителей и сложности диагностики у врачей поликлинического звена. Лечение не требует, достаточно провести беседу с родителями (А.Камерон, Р.Уидмер, 2010) [5]. К опухолеподобным образованиям относятся эпюлиды новорожденных (рис.3,4). За последние 5 лет нами прооперированы 4 новорожденных.

Образования локализовались на альвеолярном отростке верхней и нижней челюсти. Неправильной формы, опухолевидные образования плотноэластической консистенции на широкой ножке. На поверхности отмечены телеангиэктазии. Размеры 0,7 на 1-1,2 см. Дети оперированы на 2-4 сутки от рождения в отделении детской хирургии.

Сосудистые образования. Патология кровеносных сосудов головы и шеи относится к наиболее распространенным поражениям мягких тканей и костей указанной области. В среднем частота составляет 1:500- 1:1200 новорожденных. По нашим наблюдениям 72,7% сосудистых образований выявлены у детей при рождении или в первые месяцы жизни. У 17,3% пациентов, среди которых были и взрослые, в анамнезе отмечались травмы.

В 2010 году группой специалистов ЦНИИС под руководством проф. Рогинского В.В. предложена новая «Классификация патологических образований из кровеносных сосудов челюстно-лицевой области и шеи у детей» [4]. Авторы классификации предложили выделить поражения кровеносных сосудов, названные гиперплазией сосудов, из группы опухолей, в отдельную нозологию – гиперплазия кровеносных сосудов (ГКС) (Рогинский В.В. 2020). В качестве дополнительного диагностического критерия авторы предлагают исследование иммуногистохимических маркеров.

Представляем результаты лечения детей разными методами: склерозирующая терапия, консервативное лечение с применением бета-блокаторов. инфантильная гемангиома подглазничной после окончания курса лечения области слева этоксисклерол.



Рис.3,4. Ребенок 4-е сутки после рождения. Диагноз: врожденный эпюлис. Оперирован в детском челюстно-лицевом отделении Алматинской региональной детской клинической больницы.



Рис.5 Ребенок 7 мес. Диагноз: детская



Рис.6, Тот же ребенок через 9 мес.



Рис.7. Ребенок 4 мес. Диагноз: Детская инфантильная гемангиома наружного носа.



Рис.8. Тот же ребенок через 10 мес. после лечение пропранололом.

С 2015 года в нашей клинике для лечения младенческих гемангиом (ГКС – по классификации В.В. Рогинского с соавт.) широко применяются бета-блокаторы (действующее вещество – пропранолол, торговые названия: «Анаприлин», «Атенолол» - в последние годы). Эффект пропранолола основан на способности вызывать периферическую вазоконстрикцию, в том числе и в сосудах очага гиперплазии (Lronardi-Bee J., Batta K., O'Brien C., Bath-Nextall F.J., 2011) [7, 9]. В результате вазоконстрикции уменьшается скорость кровотока и

пропранолол ингибирует процессы ангиогенеза. Также установлено, что препарат запускает процессы апоптоза эндотелиальных клеток (Рогинский В.В. и соавт., 2020). В наших наблюдениях данный препарат был более эффективен у детей грудничкового возраста (Рис.7,8).

О положительном клиническом результате применения рентгеноэндоваскулярной окклюзии сосудов и бета-блокатора-пропранолол при лечении сосудистой мальформации, как синдром Казабаха- Меррита имеются данные Токарева П.В., Плаксиной, Черезовой И.Н. (2013), С.Schiest, K. Neuhaus, S. Zoller et al (2011), А., Zvulunov, С. McCuaig, I. J. Frieden et al (2011) [8].

У детей с обширными и смешанными формами сосудистых мальформаций в области головы и шеи способы диагностики и лечения обсуждались с ангиохирургами Научного центра педиатрии и детской хирургии. В условиях указанного лечебного учреждения планировалась и проводилась рентгеноэндоваскулярная окклюзия (эмболизация).

Одной из форм сосудистых мальформаций является синдром Казабаха – Меррита, описанный впервые в 1940 году американскими педиатрами Н.Н.Kasabach и К.К.Merritt. Синдром является редким, но потенциально фатальным осложнением быстро разрастающихся сосудистых образований у детей раннего детского возраста.

Под нашим наблюдением в течение последних двух лет находились двое детей периода новорожденности. В качестве иллюстрации приводим выписку из истории болезни одного из этих пациентов.

Девочка родилась 09.2015 г. При рождении отмечалась припухлость правой половины лица. Пальпаторно определялся умеренной плотности инфильтрат, занимающий околоушно-жевательную, затылочную и подчелюстную области. Кожа над инфильтратом вначале не отличалась от кожи других отделов лица и постепенно становилась багрового цвета. На 3-и сутки кпереди от козелка уха образовался участок размягчения и флюктуации. При рассечении кожи получен густой геморрагический экссудат. На 9-ые сутки ребенок санавиацией доставлен в АРДКБ. После клинико-лабораторного исследования диагностирован: Синдром Казабаха-Мерритта. Девочка находилась в отделении реанимации и интенсивной терапии. Инфильтрат правой половины лица увеличивался в размерах, распространился на волосистую часть головы справа, становился более плотным. В лабораторных анализах нарастали явления анемии, тромбоцитопении, коагулопатии. Ребенок переведен на ИВЛ; после зондирования желудка и катетеризации мочевого пузыря отмечались желудочные кровотечения, гематурия. При нарастании полиорганной недостаточности ребенок скончался на 30-ые сутки после рождения.



Рис.9,10. Ребенок С., 9 дней от рождения. Диагноз: Синдром Казабаха-Мерритта.

Заключение. Оперативные вмешательства по поводу опухолей и опухолеподобных заболеваний челюстно-лицевой области составляют более 50 % от общего числа плановых операций, проведенных в стационарных условиях. Из них, по статистическим данным часть

больных могла быть оперирована в поликлинических условиях. Это требует повышения квалификации детских челюстно-лицевых хирургов в областных специализированных отделениях и в детских стоматологических поликлиниках мегаполисов.

Диагностику и лечение опухолей и опухолеподобных образований, локализующихся в области носоглотки, параорбитальной клетчатке, в смежных с полостью черепа областях, необходимо обсуждать и использовать мультидисциплинарный подход.

Литература/References

1. Топольницкий О.З. «Атлас по детской хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии: учебное пособие /Топольницкий О.З., Васильев А.Ю.-М.:ГЭОТАР-МЕДИА, 2011.-264с.
2. Детская стоматология. Хирургия /Под ред. проф. Дьяковой С.В.-М.: Медицина,2009.-384с.
3. Ермуханова Г.Т. Врожденные опухолевидные и опухолеподобные образования челюстно-лицевой области у детей и подростков: Учебное пособие.-М.,2007.-110с.
4. Рогинский В.В. с соавт. «Прощай гемангиома-М.,Либри-плюс 2020.-16с.»
5. Справочник по детской стоматологии /Под ред. А.Камерона, Р.Уидмера.-М.: МЕДпресс-информ, 2010.-39с.
6. Шалабаева К.З., Нурмаганов С.Б.,Фазиллов Ж.А. и др. «Структура плановых оперативных вмешательств отделения ДЯЛХ ГКБ №5 за 5 лет». Материалы Международного конгресса стоматологов Казахстана.-Алматы,2019.
7. Efficacy and safety of propranolol at first-line treatment for infantile hemangiomas//C.Schiestl, K.Neuhaus, S.Zoller et al//Eur.J.Pediatr.-2011.-Vol.170 4.-P.493-501.
8. Н.Н.Kasabach, К.К. Merrit. Capillary hemangioma with extensive purpura: report of case. Amerikan journal of diseases of childer, 1940; 59: 1063-1070.
9. Oral propranolol therapy for infantile hemangiomas beyond the proliferation phase a multicenter retrospective studi //A.Zvulinov, С.McCuaig, I.J. Friden et al.//Pediatr.Dermatolog.-2011.-Vol.28, № 2.-P.94-98.

УДК 617-089.844 617.5-089.844 378.048.2 616.5-089-74 616.317-007.254-089.844 616.315-007.254-089.844

ПОДГОТОВКА РЕЗИДЕНТА НА ПРИМЕРЕ ЭЛЕКТИВА «ОСНОВЫ ПЛАСТИЧЕСКОЙ,РЕКОНСТРУКТИВНОЙ И ЭСТЕТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ ЛИЦА И ШЕИ»



Батыров Тулеубай Уралбаевич, профессор кафедры хирургии с курсами кардиоторакальной и челюстно-лицевой хирургии НАО «Медицинский университет Астана».100009 г. Нур-Султан, ул.К.Рыскулбекова 4.кв.63. tulbat@mail.ru моб.т. 87774715226; 87015880835.

Кожаметов Сакен Кайруллинович, профессор, зав. кафедрой хирургии с курсами кардиоторакальной и челюстно-лицевой хирургии НАО «Медицинский университет Астана».