

ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГЕАНГИОМ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ У ДЕТЕЙ

Д.О. АТАКУЛОВ, Х.Д. ЖАНИЕВ, Б.Л. ДАВРАНОВ, Б.П. АЛИЕВ, А.И. МУТАЛИБОВ

Самаркандский Государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Самарканд

БОЛАЛАРДА ЮЗ-ЖАҒ СОҲАСИ ГЕАНГИОМАСИДА ХИРУРГИК ДАВОЛАШНИ МУКАММАЛЛАШТИРИШ

Д.О. АТАКУЛОВ, Х.Д. ЖАНИЕВ, Б.Л. ДАВРАНОВ, Б.П. АЛИЕВ, А.И. МУТАЛИБОВ

Самарканд Давлат тиббиёт институти, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд

OPTIMIZATION OF SURGICAL TREATMENT OF HEMANGIOMA OF THE MAXILLOFACIAL REGION IN CHILDREN

D.J. ATAULOV, X.D. JANIEV, B.L. DAVRANOV, B.P. ALIEV, A.I. MUTALIBOV

Samarkand State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Samarkand

Гемангиома болаларда учрайдиган яхши сифатли ўсмаларнинг 80% ни ташкил этади. Гемангиома билан 80% дан кўп ҳолларда тери қопламанинг очик соҳалари (бош, юз ва бўйин) зарарланади. РИПИАТМ Самарканд Болалар хирургияси филиалида 2005-2014 йиллар давомида юз-жағ соҳасининг гемангиомаси диагнози билан даволанган 76 та чақалоқлик ёшидан 17 ёшгача бўлган бемор болалар илмий татқиқот учун олинди. Беморларни 48 нафарида гемангиома оператив йўл билан гемангиома олиб ташланди. 28 нафар бемор эса анаприлин билан даволанди. Улардан 4 нафар беморда гемангиома тўлиқ сўрилди. 22 та беморда гемангиома ўсишдан тўхтади ва ўлчамлари кичиклашди. Болаларда юз-жағ соҳасининг гемангиомасини даволашда β -блокаторларни қўллаш яхши косметик натижалар беради.

Калит сўзлар: гемангиома, юз-жағ соҳаси, болалар, β -блокаторлар.

Hemangioma in children make up 80% of all benign neoplasms. Exposed areas of the skin (head, face, neck) affected in more than 80% of cases. In the center of Samarkand Pediatric Surgery PSRSPMCP for the period 2005-2014 76 children with hemangioma of maxillofacial region from neonatal period to 17 years, were hospitalized. 48 children with hemangioma were treated surgically in the form of excision, 28 children received conservative treatment in the form of oral administration of propranolol. From 28 children in 4 was noted complete resolution of tumor, in 22 was noted the cessation of growing and shrinkage of tumor. Thus the use of β -blockers in the treatment of hemangioma of the maxillofacial region in children significantly improves the cosmetic result.

Key words: hemangioma, maxillofacial area, children, β -blockers.

Актуальность проблемы. Гемангиомы у детей составляют до 80% от числа всех доброкачественных новообразований [1, 2, 4, 9]. Их излюбленной локализацией является область головы [3, 4, 7, 8]. Гемангиомы имеют тенденцию к быстрому росту и поражают значительные участки лица, что приводит к косметическим, функциональным нарушениям, снижают качество жизни, приносят психологические страдания детям и их родителям [1, 8, 10]. Открытые участки кожного покрова (голова, лицо, шея) поражаются более чем в 80% случаев. При этом девочки болеют в 2 раза чаще, чем мальчики.

Методы лечения гемангиом, используемые в настоящее время, многочисленны. Наиболее актуальными являются криогенное лечение, скле-розирующая, лучевая, гормональная терапия, хирургическое иссечение. Большинство методов лечения гемангиом челюстно-лицевой области требуют длительного времени, кратного повто-

рения курсов лечения, исход которых трудно прогнозировать. Нередко последовательно используются несколько методов. При этом, применение каждого последующего метода, как правило, связано с неэффективностью предыдущего. В результате формируются дефекты деформации мягких тканей неэстетичные рубцы. В толще тканей часто остаются участки гемангиом, что требует последующего дополнительного консервативного или хирургического вмешательства. От правильного выбора тактики ведения больного зависит результат лечения заболевания. Несмотря на накопленный опыт лечения гемангиом единая тактика до сих пор не выбрана. Многообразие их форм, локализаций и распространенности диктуют необходимость постоянного поиска эффективных методов лечения. Таким образом, даже используя весь арсенал предложенных методов лечения гемангиом одновременно достичь онкологического и кос-

метического результата не всегда возможно. Вышеизложенное послужило целью данного исследования.

Цель исследования: Оптимизация хирургического лечения детей с гемангиомами челюстно-лицевой области.

Материал и методы исследования: В клинике Самаркандского филиала детской хирургии РСНПМЦ педиатрии за период с 2005 по 2014 года получили стационарное лечение 76 детей в возрасте от периода новорожденности до 17 лет с гемангиомами челюстно-лицевой области. Из них мальчиков было 28 (36,8%), девочек 48 (63,2%). Наиболее частой локализацией гемангиом были лобная область – 19 (25%), щека – 10 (13,2%) и околоушная область – 9 (11,8%).

Таблица 1.

Распределение по форме гемангиом

<i>Форма гемангиомы</i>	<i>Количество n=76</i>
<i>Капиллярная</i>	13 (17,1%)
<i>Кавернозная</i>	49 (64,47%)
<i>Смешанная</i>	3 (3,95%)
<i>Комбинированная</i>	11 (14,47%)

По форме преобладали кавернозные – 49 (64,5%) и капиллярные гемангиомы – 13 (17,1%). Подавляющее количество больных – 66 (86,9%) было в возрасте до 3-х лет: 54 (71,05%) в возрасте от периода новорожденности до 1 года и 12 (15,8%) в возрасте от 1 до 3 лет. В возрасте от 3 до 7 лет было 6 (7,9%), от 7 до 14 лет – 4 (5,3%).

Все дети (n=76) были обследованы согласно стандартному протоколу для больных с гемангиомами. Сюда входят традиционные методы исследования (сбор анамнеза, осмотр, пальпация), лабораторные (развёрнутый клинический анализ крови с гемосиндромом, биохимический анализ крови, коагулограмма) и инструментальные методы исследования (УЗИ гемангиом с доплерографией, МСКТ с контрастированием, ЭКГ и диагностическая ангиография). После оперативного вмешательства гемангиомы были направлены на морфо-гистологическое исследование.

При выборе оптимального метода лечения мы руководствовались как возрастом ребенка и особенностями проявления гемангиомы (локализация, объем, морфологический тип, темпы роста), так и механизмом действия того или иного метода и характером заживления тканей после его применения. Все эти параметры имеют важное значение для функционального и косметического результата лечения. Лечебное воздействие должно вызывать гибель опухоли, разрушение пролиферирующих клеток и порочно развитых

сосудов, замещение ее атрофическим рубцом в максимально короткие сжатые сроки. В последнее время в зарубежной литературе все чаще встречаются сообщения о применении β -блокаторов [11, 12]. Капиллярные гемангиомы состоят из сложной смеси клональных эндотелиальных клеток, связанных с перicyтами, дендритными клетками и тучными клетками. В развитии гемангиом выделяют две фазы: фазу пролиферации и фазу апоптоза. Регуляторы роста гемангиомы и инволюции на сегодняшний день мало изучены. Во время фазы пролиферации имеют значение два основных проангиогенных фактора: основной фактор роста фибробластов (bFGF) и фактор роста эндотелия сосудов (VEGF). Данная фаза развития гемангиом гистологически характеризуется активным делением эндотелиальных и интерстициальных клеток. Во время фазы инволюции происходит апоптоз. Потенциальное объяснение терапевтического эффекта пропранолола – неселективного β -блокатора на капиллярные младенческие гемангиомы включают в себя вазоконстрикцию, которая проявляется изменением цвета и значительным уменьшением плотности гемангиом, снижением экспрессии. Исходя из вышеуказанного все больные были распределены на две группы в зависимости от методики лечения: контрольная 48 (63,2%), которым проводилось хирургическое иссечение гемангиомы и основная 28 (36,8%), где после установления диагноза вначале проводилась консервативная терапия неселективным β -блокатором анаприлином в дозировке 2 мг/кг в течение года под постоянным контролем ЭКГ, затем при необходимости проводилась хирургическая коррекция врожденной патологии.

Результат. У 4 детей с гемангиомами в периорбитальной, околоушной области, нижней губе отмечен отличный результат в виде практически полного исчезновения гемангиомы, не требующего хирургической коррекции, следовательно, лечение закончено. У 2 детей с локализацией патологического процесса в лобной области и левой ушной раковине прекращение терапии было обусловлено в первом случае отсутствием эффективности проводимой терапии, во втором – адекватного контроля за ЧСС и АД, при этом произошло изъязвление гемангиомы и ребенку требуется хирургическое вмешательство. В остальных 22 случаях продолжается терапия β -блокатором под динамическим наблюдением с положительной динамикой в виде стабилизации опухолевого процесса, уменьшения размеров, побледнения гемангиомы.

Выводы. Таким образом, диагностированные врожденные гемангиомы челюстно-лицевой области у детей, вне зависимости от формы, тре-

буют полного клинико-лабораторного обследования с целью проведения консервативного лечения неселективным β - блокатором для улучшения косметического результата.

Литература:

1. Буторина А.В. Лечение сосудистых новообразований у детей: метод, рек. / А.В. Буторина, Д.И. Цыганов, В.В. Шафранов и др. - М., 2000. - 42с.
2. Буторина А.В. Современное лечение гемангиом у детей /А.В.Буторина, В.В. Шафранов, Ю.А. Поляев и др. //Передовые технологии медицины на стыке веков: сб. ст. - М., 2000. - С. 355-361.
3. Голдобенко Г.В. Детская онкологическая радиология /Г.В. Голдобенко, Л.А. Дурнов, Ж. Абдрахманов. - Алма-Ата, 1991. - 194с.
4. Давыдов Б.Н. Принципы лечения и диспансеризации детей с гемангиомами челюстно-лицевой области / Б.Н.Давыдов, В.В.Петруничев, В.К.Чемарин //Стоматологические заболевания у детей: эпидемиол., профил., лечение. - Тверь: РИЦ ТГМА, 2000. - С. 156-160.
5. Малинникова Г.М. Гемангиомы лица и их лечение у детей раннего возраста: дис....канд. мед.наук / Г.М. Малинникова. - Пермь, 1997. - 108с.
6. Никитин А. А. Анализ результатов некоторых методов лечения гемангиом у детей /А.А.Никитин, Н.З.Спиридонова // Пробл. стоматол. и нейростоматол. - 1999. - №3. - С. 18-21
7. Федореев Г.А. Гемангиомы кожи у детей / Г.А. Федореев. - Д.: Медицина, 1971. - 92с.; Хитров Ф.М. Склерозирующая терапия кавернозных гемангиом лица / Ф.М. Хитров, В.С. Агапов //Научно-практическая конференция Московского научно-исследовательского института косметологии Минздрава РСФСР: тез. - М., 1969. -30с.
8. Чкадуа Т.З. Реабилитация больных с рубцовой деформацией приротовой области: автореф. дис. ...канд. мед.наук / Т. З. Чкадуа. -М., 2003.- 24с.
9. Enjolras, O. Vascular tumors and vascular malformations (new issues) / O. Enjolras, J.B. Mulliken // Adv. Dermatol. - 1997. - Vol. 13. - P. 375-422.
10. Zimmermann A.P., Wiegand S., Werner J.A, Eivazi B. // International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology. - 2010. - Vol. 74. - P. 338-342.
11. Propranolol for severe hemangiomas of infancy / C. Léauté-Labrèze, E.Dumas de la Roque, T. Hubiche et al. // The New England Journal of Medicine. - 2008. - Vol. 358. - P. 2649-2651.

ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГЕМАНГИОМ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ У ДЕТЕЙ

Д.О. АТАКУЛОВ, Х.Д. ЖАНИЕВ,
Б.Л. ДАВРАНОВ, Б.П. АЛИЕВ,
А.И. МУТАЛИБОВ

Самаркандский Государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Самарканд

Гемангиомы у детей составляют до 80% от числа всех доброкачественных новообразований. Открытые участки кожного покрова (голова, лицо, шея) поражаются более чем в 80% случаев. В Самаркандском центре детской хирургии РСНПМЦП за период 2005-2014 гг. находились на стационарном лечении 76 детей с гемангиомами челюстно-лицевой области с периода новорожденности до 17 лет. 48 детей с гемангиомами получили хирургическое лечение в виде иссечения, 28 детей получали консервативное лечение в виде перорального введения анаприлина. Из 28 детей у 4 отмечалось полное рассасывание опухоли, у 22 отмечалось остановка роста и уменьшение размеров опухоли. Таким образом применение β -блокаторов в лечении гемангиом челюстно-лицевой области у детей значительно улучшает косметический результат.

Ключевые слова: гемангиома, челюстно-лицевая область, дети, β -блокаторы.