

Анализ структуры гемангиом челюстно-лицевой области у детей по данным консультативно-диагностической поликлиники ДГКБ № 9 г. Екатеринбурга

Замятина И.А.

ассистент кафедры стоматологии детского возраста и ортодонтии

Вольхина В.Н.

доцент кафедры стоматологии детского возраста и ортодонтии

Резюме

В данной статье проведен анализ детей с гемангиомами в челюстно-лицевой области, которые обращались в консультативно-диагностическую поликлинику ДЕТСКОЙ БОЛЬНИЦЫ № 9 в период 2007-2009 гг. Выявлен неуклонный рост детей с данным диагнозом. У 60% детей гемангиомы имеют врожденный характер. Из диаграммы видно, что 66% гемангиом относятся к раннему детскому возрасту, половина из них приходится на первые 6 месяцев жизни. А на основании клинико-морфологических данных преобладают простые или капиллярные формы гемангиом. Все опухоли были разделены в зависимости от площади поражения и выявлено, что группа детей с мелкими и средними формами преобладает. По течению патологического процесса дети были распределены на 3 группы: с быстрым ростом опухоли, медленным ростом опухоли, с отсутствием роста и регрессом опухоли. Было отмечено, что характер течения заболевания может меняться, что зависит от вида сосудистой опухоли, площади поражения и локализации, а также возраста больного.

Не смотря на обширную литературу проблема гемангиом остается актуальной и требует дальнейшего изучения.

Summary

In this article, an analysis of children with hemangiomas in the jaw-facial area, which appealed to the clinic in the Children's Hospital number 9 in the period 2007-2009g.g. Revealed a steady increase of children with this diagnosis. In 60% of children hemangiomas are congenital in nature. The diagram shows that 66% of hemangiomas are early childhood, half of them in the first 6 months of life. And on the basis of morphological data is dominated by simple forms or capillary hemangiomas. All tumors were divided depending on the area affected, and found that a group of children with small and medium-sized forms predominates. In course of the pathological process of the children were divided into 3 groups: the rapid growth of tumors, slow tumor growth, the lack of growth and regression of tumors. It was noted that the nature of the disease can vary, depending on the type of vascular tumor, area affected, and localization, as well as the age of the patient.

Despite the extensive literature on the problem of hemangiomas remains relevant and requires further study.

На долю гемангиом челюстно-лицевой области приходится 60–80% общего числа гемангиом у детей (1). Актуальность данной патологии определяется большой распространенностью гемангиом среди доброкачественных новообразований мягких тканей челюстно-лицевой области. К настоящему времени о гемангиомах написано достаточно много как в нашей стране, так и за рубежом, но нельзя считать, что все вопросы диагностики и лечения решены. Кроме того, не существует единой статистики и унифицированной классификации для гемангиом. Практическим врачам часто трудно разобраться в симптоматике и правильно решить вопрос о выборе тактики ведения таких больных.

Цель исследования

Изучить структуру гемангиом лица и шеи у детей.

Материалы и методы исследования

За период с декабря 2007 по октябрь 2009 года на базе консультативно-диагностической поликлиники ДГКБ № 9 нами обследовано 266 детей с гемангиомами головы и шеи,

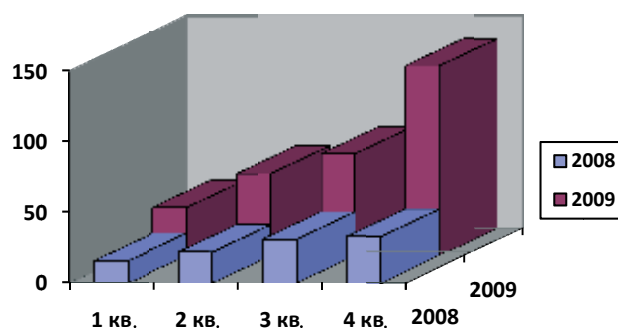
что составляет 21% от общего числа обратившихся на консультативный прием. При обращении больных проводилось всестороннее обследование: сбор анамнеза, осмотр, определение площади гемангиомы, лабораторная диагностика (ОАК, время свертывания крови, время кровотечения, количество тромбоцитов). Для уточнения объема гемангиомы, ее синтопии, морфологического варианта строения и выявления магистральных питающих сосудов в 200 случаях проведено ультразвуковое исследование опухоли (УЗИ) с цветовым доплеровским картированием кровотока (УЗДГ). Несомненными достоинствами УЗИ являются простота, безвредность (возможность неоднократного повторения исследования), хорошая переносимость исследования детьми младшего возраста. В 15 случаях детям с кавернозными и смешанными гемангиомами проведена магнито-резонансная томография (МРТ) с магнито-резонансной ангиографией (МРА). Эта неинвазивная методика позволяет более детально изучить источники кровоснабжения гемангиомы, объем поражения.

Результаты исследования

На диаграмме 1 представлены данные, отражающие динамику обращений детей с гемангиомами. Отмечается неуклонный рост числа детей с сосудистыми опухолями.

Диаграмма 1

Динамика роста гемангиом у детей



Одним из признаков истинной гемангиомы является ее врожденный характер. По нашим данным, в 69,5% случаев гемангиомы имелись уже при рождении (см. табл. 1), 25,6% случаев установлены на 1 месяце жизни ребенка, в более поздних сроках – у 4,9% пациентов.

Из анамнеза выявлено, что наиболее быстрый, прогрессирующий рост опухоли отмечался в первые 6 месяцев. При обширных и глубоких гемангиомах рост наблюдался и в более старшем возрасте. У недоношенных детей эта особен-

Таблица 1.

Период обнаружения гемангиом

Период обнаружения	Число детей	%
В момент рождения	185	69,5
1 месяц жизни	68	25,6
2 – 4 месяца жизни	8	2,8
Время неизвестно	5	1,9

ность выражена более ярко: гемангиомы у них растут в 2–3 раза быстрее, чем у доношенных (1).

Из 266 детей с гемангиомами головы и шеи 115 (43,2%) человек находились под наблюдением у хирурга по месту жительства, лечение по поводу опухоли им не проводилось. В связи с отсутствием положительной динамики в течение заболевания они были направлены в консультативно-диагностическую поликлинику ДГКБ №9. А остальные 151 человек (57%) до обращения в медицинских учреждениях не наблюдались.

При осмотре установлено, что у 107 (40,2%) детей гемангиомы имели множественный характер и располагались на закрытых участках тела, имея односторонность поражения (см. таб. 2). Это были плоские формы, многие из них подвергались спонтанной регрессии, т.к. множественные опухоли, как правило, бывают небольшими.

Таблица 2.

Количество гемангиом на одного больного

Количество гемангиом на одного больного	Число детей	%
1	159	59,8
2	64	24
3	30	11,2
4	7	2,7
5	3	1,1
Более 5	3	1,1

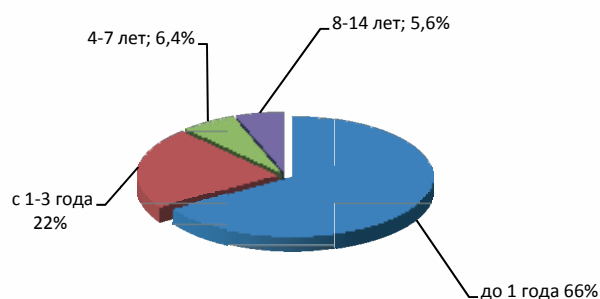
Как видно из таблицы 2, наиболее часто, в 59,8% случаев, наблюдалась одна гемангиома, а наибольшее количество гемангиом у одного ребенка, зафиксированное нами, – 6.

Сочетание гемангиом в челюстно-лицевой области с гемангиомами головного мозга и на сосудистой оболочке глаза были в 4 случаях и расценивались как болезнь Штурге-Вебера (энцефало-тригеминальный ангиоматоз). Эти дети были комплексно обследованы и направлены в медико-генетический центр, где и был подтвержден этот диагноз.

Большинство детей с гемангиомами – дети младшего возраста: 0–3 мес. – 38 чел. (14,3%); 4–6 мес. – 65 (24,4%); 6 мес. – 1 год – 72 (27,1%); 1–3 года – 59 (22,2%); 4–7 лет – 17 (6,4%); 8–14 лет – 15 (5,6%). В возрасте от 7 до 14 лет дети обращались, в основном, с рецидивами гемангиом.

Диаграмма 2.

Распределение детей с гемангиомами по возрасту



Из диаграммы видно, что 66% гемангиом относятся к раннему детскому возрасту, половина из них приходится на первые 6 месяцев жизни.

На основании клинко-морфологических данных у наблюдаемых детей были различные виды гемангиом, данные представлены в табл. 3.

Таблица 3.

Виды гемангиом, диагностируемых у наблюдаемых детей

Вид гемангиомы	Кол-во больных	%
простая	134	50,3
ветвистая	–	–
кавернозная	97	36,5
смешанная	4	1,5
комбинированная	31	11,6
ВСЕГО:	266	

Из таблицы видно, что из сосудистых опухолей челюстно-лицевой области наиболее часто встречаются простые (капиллярные) гемангиомы (50,3%).

Большое разнообразие в очертаниях гемангиом, а также невозможность установить точные границы опухоли затрудняют правильное определение их площади, что в свою очередь делает приблизительным их деление на группы в зависимости от размеров. Однако мы придерживались классификации Г.А. Федореева и в зависимости от величины площади поражения разделили гемангиомы на 4 группы. Данные представлены в таблице 4.

Таблица 4.

Мелкие до 1 см ²	Средние 1 – 5 см ²	Крупные 5 – 10 см ²	Обширные Свыше 10 см ²
142 чел. (53,4%)	119 чел. (44,7%)	4 чел. (1,5%)	1 чел. (0,4%)

Как видно из таблицы, группа детей с мелкими и средними гемангиомами превосходит группу с крупными и обширными гемангиомами.

По течению патологического процесса дети были распределены на 3 группы: с быстрым ростом опухоли, медленным ростом опухоли, с отсутствием роста и регрессом опухоли.

К первой группе – 173 человека (65,4%) мы отнесли гемангиомы, у которых наблюдался бурный рост, как по площади, так и в высоту и глубину. Такое течение патологического процесса наблюдалось у подавляющего большинства больных до 6-месячного возраста. При обширных и глубоких гемангиомах сложной анатомической локализации бурный рост наблюдался и в более старшем возрасте.

Вторая группа – медленное увеличение гемангиомы по площади в соответствии с ростом ребенка или несколько быстрее, а также умеренным возвышением над уровнем кожи или распространением на подкожную клетчатку наблюдался у 74 детей (27,9% случаев). Нами замечено, что после первого полугодия жизни ребенка рост гемангиом в большинстве случаев замедляется, кроме обширных и глубоких гемангиом сложной анатомической локализации.

В третьей группе детей – 18 (6,7%) случаев, не было заметных изменений ни в сторону их увеличения, ни в сторону уменьшения. Отсутствие роста и обратное развитие наблюдалось только у простых гемангиом небольших размеров.

Также было отмечено, что характер течения заболевания может меняться, что зависит от вида сосудистой опухоли, площади поражения и локализации, а также возраста больного.

Таблица 5.
Локализация гемангиом головы и шеи у детей

Локализация	Число детей	%
Волосистая часть головы	50	18,8
Лобная область	42	15,8
Щечная область	37	13,9
Височная область	33	12,4
Область губ	26	9,7
Глазничная область (в области век)	18	6,8
В области шеи	14	5,3
Слизистая полости рта	23	4,8
Скуловая область	12	4,5
В области носа	5	1,9
Ушные раковины	4	1,5
Околоушно-жевательная область	2	0,8

Площадь поражения гемангиом определялась визуально, при помощи планиметрической линейки и фотоконтроля. А глубина поражения – при помощи УЗИ.

Анализ локализации гемангиом в ЧЛЮ показал следующие особенности (см. табл. 5).

Проблема гемангиом в челюстно-лицевой области у детей, несмотря на имеющуюся обширную литературу, до сих пор остается мало разработанной и требует дальнейшего изучения клиники и совершенствования методов лечения.

Выводы

1. Гемангиомы чаще имеют врожденный характер или же появляются в первые 6 месяцев жизни ребенка.
2. В результате исследования был выявлен неуклонный рост обращений количества больных с гемангиомами в челюстно-лицевой области.
3. Гемангиомы в челюстно-лицевой области регрессируют очень редко, и, несмотря на остановку роста опухоли с последующей инволюцией, дальнейшее течение ее все же остается непредсказуемым. Ожидание спонтанной регрессии может оказаться несостоятельным, а потеря времени идет не на пользу больному.
4. Гемангиомы, особенно множественные с локализацией на голове в области 5 пары черепных нервов, могут послужить первым симптомом в диагностике болезни Штурге-Вебера (энцефало-тригеминальный ангиоматоз), поэтому требуется комплексный подход при обследовании таких детей. Так как это несет риск для следующих поколений.

ЛИТЕРАТУРА

1. «Детская хирургия. Национальное руководство» Москва, ГОЭТАР-Медиа, – 2009.
2. Нгуен Гуй Фан «Хирургическое лечение гемангиом челюстно-лицевой области». Москва, – 1962.
3. «Избранные лекции по детской неврологии». – 2009.
4. Федорев Г.А. «Гемангиомы кожи у детей». Издательство «Медицина», – 1971.

ДРАЙ ТИПС
СЛЮНООТДЕЛЕНИЕ ПОД КОНТРОЛЕМ!

dry tips

kraftway medical
Поставщик Dry Tips в России:
ООО «Крафтвэй Медикал»
129626, Москва, 3-я Мытищинская ул., 16.
Тел. 232-69-33. www.kraftwaydental.ru

**ВПИТЫВАЕТ
В 30 РАЗ
БОЛЬШЕ
СВОЕГО ВЕСА**

DRY TIPS. ПРЕИМУЩЕСТВА «ПАМПЕРСА» ДЛЯ ПОЛОСТИ РТА.

- Не выделяет накопленную влагу при надавливании.
- В некоторых случаях может заменить Rubber Dam.
- Уменьшает риск воспаления слюнных желез, который может быть вызван контаминацией.
- Легко прилипает к слизистой, эластичен, повторяет движения щек, легко удаляется.
- Более комфортен для пациента, не оставляет волокон в полости рта.
- Прицельно изолирует протоку околоушной железы, при любом ее топографическом положении.
- Сохраняет стабильное положение на месте прикрепления даже во время активной работы.
- В отличие от ватного валика, занимает меньше пространства, оставляя большее рабочее поле.