

ВЫБОР ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ГЕАНГИОМ У ДЕТЕЙ

Дементьева Наталья Анатольевна

главный врач, Днепропетровская областная детская клиническая больница»,

Украина, г. Днепропетровск

E-mail: dementievana@ukr.net

CHOICE OF HAEMANGIOMAS TREATMENT TACTICS IN CHILDREN

Nataliia Dementieva

head physician, Regional Children Hospital of Dnipropetrovsk, Ukraine

Dnipropetrovsk

АННОТАЦИЯ

Автором проанализирован ход естественной трансформации гемангиом у 58 детей; проведена оценка эффективности комбинированного лечения проблемных гемангиом в зависимости от фаз их развития у 112 детей с использованием пропранолол-терапии в комбинации с диодным лазером 940 нм. Проведена стратификация пациентов по группам риска; предложен дифференцированный алгоритм выбора лечебной тактики.

ABSTRACT

The author analyzed the course of natural history of hemangiomas in 58 children; assessed the effectiveness of the combined treatment of problematic haemangiomas depending on the phase of their development in 112 children using propranolol therapy in combination with diode laser 940 nm. Held stratification of patients into risk groups, proposed the differentiated treatment strategy algorithm.

Ключевые слова: гемангиома; дети; лечение; стратификация; алгоритм.

Keywords: haemangioma; children; treatment; stratification; algorithm.

Гемангиома — один из наиболее распространенных видов патологии детского возраста, диагностируется у 0,3—2,6 % новорожденных и 10—12 % детей, достигших возраста 1 года [1, с. 34; 2, с. 676; 3, с. 129; 4, с. 424]. Несмотря на детерминированность жизненного цикла и высокую способность к спонтанной инволюции, 10—20 % из них представляют серьезные

функциональные и/или косметические риски, вплоть до инвалидизации и социальной дезадаптации человека [1, с. 37; 3, с.129].

Цель: разработать дифференцированный алгоритм выбора лечебной тактики классических гемангиом у детей для получения наилучшего функционального и косметического результата.

Материал и методы. Оценена эффективность (2010—2013 гг.) пропранолол — терапии (2—2,5 мг/кг массы тела/сутки внутрь) 11 сосудистых мальформаций у 11 детей и 164 гемангиом у 112 детей в разных возрастных группах в зависимости от фазы их трансформации, дополненной лазерным фототермолизом остаточных элементов в 61 случае с использованием диодного лазера с сосудистой приставкой: диаметр пятна 0,5 мм, 1 мм, 1,5 мм; длина волны 940 нм; плотность энергии 300—450 Дж/см²; продолжительность импульсов 30—100 мс, интервал между ними до 500 мс; интервал между сеансами 5—6 недель. Распределение детей с гемангиомами, получавшими пропранолол — терапию, на группы в зависимости от возраста и фазы развития гемангиомы на начало лечения: 0—6 мес (фаза пролиферации, n=85); 7—11 мес. (фаза стабилизации, n=17); 12—36 мес. (фаза инволюции, n=4); 3—16 лет (фаза завершившейся инволюции, или резидуальных проявлений, n=6). Проведено сравнение динамики объема 71 локуса 58 детей, наблюдавшихся в 2006—2012 гг. без лечения (небольшие размеры, некритические локализации), и 73 «проблемных» гемангиом 47 детей, пропранолол-терапия которым начата в возрасте 1—11 месяцев. Объем гемангиом измерялся ежемесячно с момента их выявления до достижения ребенком возраста 2 лет, а также через 1, 2—3, 7, 14, 30 дней от начала терапии пропранололом, далее — ежемесячно до отмены.

Результаты. При проведении пропранолол-терапии детям младшего возраста (0—36 мес.) в целом отмечалась мгновенная остановка роста всех гемангиом с лавинообразным началом регрессии во всех трех подгруппах. Закономерности инволюции для группы общие: быстрая регрессия в первые 2 месяца с последующим замедлением ее темпа, что совпадает с данными литературы [2, с. 679; 4, с. 428]. В конце 2-й недели лечения объем гемангиом

уменьшился вдвое ($48 \% \pm 1 \%$, $p \leq 0,05$), через 1 месяц составил $34 \% \pm 2 \%$, $p \leq 0,05$, через 3 мес. — $14 \% \pm 1 \%$, $p \leq 0,05$, через 6 месяцев — $6 \pm 1 \%$, $p \leq 0,05$, через 12 месяцев — $3 \% \pm 0,5 \%$, $p \leq 0,05$ от исходного. Вместе с тем, зафиксировано достоверное различие остаточных объемов гемангиом в подгруппах ($p \leq 0,05$) через 7, 14 дней, 1 месяц и 9—14 месяцев терапии (наиболее выраженная инволюция имела место в группе 0—6 мес., наименее выраженная — в группе 12—36 мес.). У детей старшего (3—16 лет) возраста размеры гемангиом изменились незначительно (до 3 %). В группе сосудистых мальформаций отмечено полное отсутствие эффекта.

По окончании пропранолол — терапии около 85 % гемангиом, полностью утративших объем, сохраняли заметную окраску кожи в месте первичной локализации за счет телеангиэктазий, которые во многих случаях продолжали инволютировать, а у 61 ребенка были обработаны лазером, в результате чего получена кожа, практически не отличающаяся от окружающей.

В группе динамического наблюдения трансформацию претерпели все гемангиомы. Выраженный инволютивный процесс, как правило, имел место после 1—1,5 лет. У всех детей в 2—2,5 года объемный компонент отсутствовал, остаточные телеангиэктазии в коже не влияли на качество жизни ребенка, продолжали регрессировать.

Нами разработан дифференцированный алгоритм выбора лечебной тактики гемангиом (Рисунок 1), предварительно проведена стратификация пациентов по группам риска:

1. гемангиомы, которые не несут функциональных и/или косметических рисков с учетом размеров и локализации: туловище, волосистая часть головы, верхние и нижние конечности (за исключением пальцев, кистей и стоп) независимо от темпов роста;

2. угрожаемые по развитию функциональных и/или косметических нарушений с учетом размеров и/или локализации: фокальные челюстно-лицевой области головы, шеи (при вероятной заинтересованности дыхательных путей), сегментарные любой локализации, множественные, распространенный

гемангиоматоз; осложненные гемангиомы любой локализации (изъязвление ± воспаление ± кровотечение, кроме синдрома Kasabach-Merritt);

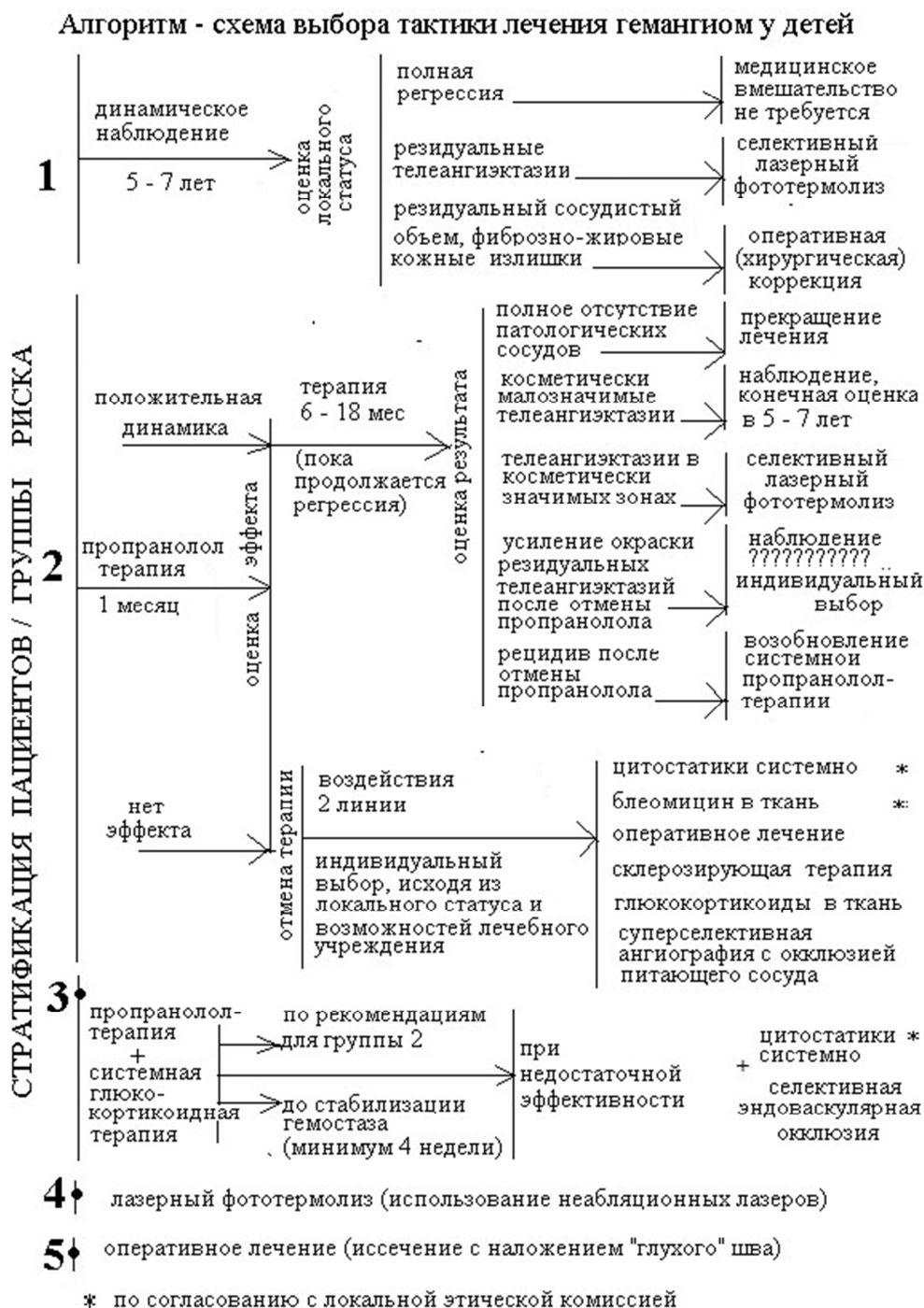


Рисунок 1. Схема индивидуального выбора тактики лечения в зависимости от группы риска

3. синдром Kasabach-Merritt;

4. поверхностные фокальные (до 1 мм толщиной) без быстрого роста в косметически значимых зонах; резидуальные телеангиэктазии после терапии пропранололом или в стадии завершённой инволюции (возраст 4—7 лет);

5. резидуальные изменения (возраст 4—7 лет), требующие хирургической коррекции; случаи психологического неприятия новообразования, выраженной канцерофобии в семье ребенка при наличии нерисковых гемангиом, удаление которых возможно путем иссечения в пределах здоровых тканей с наложением глухого шва без натяжения и применения пластических методик.

Вывод. Дифференцированный выбор индивидуальной лечебной стратегии ведения классических гемангиом у детей позволяет получить наилучший функциональный и косметический результат. В лечении проблемных гемангиом методом выбора является системная пропранолол-терапия, дополненная лазерным воздействием неабляционного типа.

Список литературы:

1. Рогинский В.В., Репина Э.Ф., Котлукова Н.П. и др. Тактика лечения детей с сосудистыми гиперплазиями (т. н. детскими и врожденными гемангиомами) в челюстно-лицевой области//Стоматология. Специальный выпуск. Февраль 2013. — с. 34—43.
2. Buckmiller L.M., Munson P.D., Dyamenahalli U. et al. Propranolol for infantile hemangiomas: early experience at a tertiary vascular anomalies center// Laryngoscope. — 2010. — № 120(4). — P. 676—681.
3. Drolet B.A., Frommelt P.C., Chamlin S.L. et al. Initiation and use of propranolol for infantile hemangioma: report of a consensus conference// Pediatrics. — 2013. — № 131(1). — P. 128—140.
4. Sans V., de la Roque E., Berge J. et al. Propranolol for severe infantile hemangiomas: follow-up report// Pediatrics. — 2009. — № 124(3). — P. 423—431.