

УДК616-006.311.03-053.2-08-039.77

*В.В. Шапкин, А.В. Мельников, А.П. Пилипенко,
Н.И. Марухно, С.Ю. Лысенко*

ТАКТИКА ПРИ ГЕАНГИОМАХ У ДЕТЕЙ: ЭСТЕТИЧЕСКИЕ И ПРАКТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ

Владивостокский государственный медицинский университет,

Детская городская клиническая больница
(г. Владивосток),

Владивостокская косметологическая лечебница

Ключевые слова: гемангиомы, результаты лечения, косметическая коррекция.

За прошедшие десятилетия достижения медицины в лечении детей с сосудистыми опухолями стали весьма значительными. В то же время следует отметить, что лечебная тактика в различных регионах Российской Федерации и даже в пределах одного города, но в разных клиниках остается неодинаковой. Учитывая большую частоту гемангиом, а это около половины всех детских опухолей [1], становится ясной проблема не только эффективного лечения, но и достижения его оптимальных эстетических результатов.

За 10 лет (1991-2001 гг.) количество первичных больных с гемангиомами в нашей клинике составило 756 человек. Причем обращаемость возросла на 28,2%, несмотря на уменьшение численности детского населения региона и открытие новых лечебно-профилактических учреждений педиатрического профиля. Капиллярные гемангиомы были диагностированы в 91,9% случаев (695 чел.), кавернозные — в 5,4% (41 чел.), комбинированные — в 1,5% (11 чел.), смешанные — в 1,2% (9 чел.). Подавляющее большинство пациентов — дети первого года жизни.

Не касаясь вопросов этиологии, патогенеза и классификации, следует отметить варианты «поведения» данных опухолей, то есть изменение их характеристик и размеров с течением времени. Таких вариантов можно выделить три. Первый — «стационарный» вариант. Сюда мы относим гемангиомы, которые имеются с момента рождения и растут пропорционально росту ребенка, оставаясь в пределах одной и той же анатомической области и локализации.

Второй вариант — спонтанный регресс опухоли. Вопреки имеющемуся мнению о большой частоте обратного развития гемангиом [2, 6], по нашим данным, такой вариант встречается не более чем в 8-10% случаев, что совпадает с данными других авторов [4, 5]. При этом варианте опухоль может «запустевать» с появлением белесых участков склероза на поверхности, уплощаться и, редко, полностью исчезать.

Третий вариант поведения гемангиом — рост опухоли (причем иногда очень агрессивный). В подоб-

ных случаях гемангиома увеличивается как в площади, так и в объеме, опережая рост ребенка. Зачастую это увеличение происходит настолько быстро, что малейшее промедление с началом лечения может привести к весьма печальным последствиям. Так, мы наблюдали ребенка, у которого при рождении имелось небольшое красное пятно на верхней конечности, а к моменту поступления в клинику (в возрасте 7 месяцев) кожа всей руки и надплечья за исключением участков в области локтевого сгиба и кисти была поражена опухолью в виде темно-красной губки.

Относительная редкость благоприятного течения гемангиом, по данным литературы [3] и собственному опыту, позволяет сделать вывод о целесообразности раннего начала их лечения. Эту необходимость в нашем материале подтверждает также развитие синдрома Казабаха-Мерритта у двух детей. Одно из них спасти не удалось. Первичные размеры гемангиомы на шее у этого ребенка были 2х2,5 см. В клинику он поступил с массивными кровоизлияниями и имбицией кровью мягких тканей шеи, лица и груди. После очередной волны кровоизлияний ребенок погиб, интенсивная терапия успеха не принесла.

В нашей клинике используется комплекс лечебных мероприятий. В наиболее простых случаях можно ограничиться одномоментным иссечением опухоли или однократными сеансами криотерапии, электрокоагуляции и лазерного воздействия. В других ситуациях приходится комбинировать все указанные процедуры и использовать их совместно одномоментно или поочередно от 2 до 5-10 раз, редко — более.

Большое разнообразие мнений о выборе способа лечения возникает при гемангиомах «сложной» локализации, а также при опухолях больших и гигантских размеров. Причем особенно часто — это опухоли, располагающиеся на лице. В подобных случаях следует отдавать предпочтение максимально раннему началу лечения. Если пациент с достаточно большой опухолью обращается к нам в возрасте до 4,5 месяца (реже до 6-7 месяцев), лечение зачастую начинается с парентеральной гормонотерапии (преднизолон — 4-16 мг/кг массы тела) в течение 7-10 дней (от 1 до 4 курсов) с одномоментной отменой. Причем одно или несколько введений преднизолона выполняется интратуморально. Затем поэтапно проводятся крио- и электрокоагуляция, прошивание опухоли, перевязка питающих ее сосудов, частичное удаление гемангиомы и т.д. В каждом конкретном случае тактика избирается индивидуально после коллегиального осмотра.

За несколько лет тактика частично изменилась. Если ранее мы стремились максимально отложить хирургические вмешательства, то сейчас частичное иссечение опухоли зачастую выполняется на 2-4-м этапе лечения. Особенно это относится к гемангиомам в области верхних век и при параорбитальных опухолях.

В отдаленном периоде после многоэтапного лечения, направленного непосредственно на удаление



Рис. 1. Капиллярная гемангиома верхнего века.
а — возраст 1 г. 2мес., состояние после преднизолонотерапии (с интратуморальным введением), проведенной в 9-месячном возрасте; б — возраст 1 г. 9мес., через 3 месяца после частичного иссечения гемангиомы (планируется пластика верхнего века).

или склерозирование гемангиомы, и после достижения ребенком по крайней мере 5-6 лет рассматривается вопрос о необходимости пластической коррекции имеющихся рубцов, деформаций и других косметических дефектов. В этих случаях используется хирургическая пластика, дермабразия, криотерапия. Иногда пациенты обращаются к нам лишь после достижения совершеннолетия. Наибольший возраст больного, которому потребовалась такая коррекция, — 26 лет. Именно такой подход с планированием многоэтапного лечения позволил добиться хороших результатов практически во всех случаях (рис. 1,2).

В заключение следует еще раз отметить, что только раннее начало лечения и комплексный подход к нему позволяют достичь не только излечения, но и обеспечить благоприятный косметический результат.

Литература

1. Буторина А.В., Шафранов В.В.// *Лечащий врач*. — 1999.-№5.-С. 1-7.
2. Кудрявцев В.А. *Детская хирургия в лекциях*. — Архангельск, 2000.



Рис. 2. Кавернозная гемангиома лица.
а — возраст 8мес., перед проведением преднизолонотерапии, электрокоагуляции, криотерапии и склеротерапии спиртом; б — возраст 2 г. 4мес., через 4 месяца после иссечения гемангиомы (планируются пластика и дермабразия).

3. Кучеров Ю.И., Красовская Т.В., Шафранов В.В. и др.//*Детская хирургия*. — 2002. — № 1. —С. 45-47.
4. Ствингел Ж.// Ашкрафт К.У., Холдер Т.М. *Детская хирургия*. - Т. III. - СПб.: Раритет-М, 1999. - С. 145-167.
5. *Хирургические болезни у детей*/Исаков Ю.Ф. и др. — 2-е изд. — М.: Медицина, 1998.
6. Mulliken J.B., Fishman S.J.//*Pediatric surgery*. — Vol. 2/ ed. by J.A. O'Neill et al. - 1998. - P. 1939-1952.

Поступила в редакцию 09.12.02.

MEDICAL APPROACHES UNDER CHILDREN'S HEMANGIOMA: AESTHETIC AND PRACTICAL PROBLEMS

V. V. Shapkin, A. V. Melnikov, A.P. Pilipenko, N.I. Marukhno, V. Yu. Lysenko

Vladivostok State Medical University, Children's Municipal Clinical Hospital (Vladivostok), Vladivostok Cosmetology Clinic Summary — Based on the medical observation of 756 children suffering from hemangioma, the authors propose a staged treatment regimen of these tumors. They provide the grounds for early surgical procedure believing that both early initiation of the treatment and integrated approach to it allow to achieve more than just a recovery but also to ensure favourable cosmetic result.

Pacific Medical Journal, 2004, No. 2, p. 35-36.

УДК616.9-078.73:612.017.1

В.А. Иванис, Е.В. Маркелова, Л.Ф. Складар,
А.И. Симакова, Н.В. Мандракова

ЗНАЧЕНИЕ ЦИТОКИНОВОГО СТАТУСА В ИЗУЧЕНИИ ИММУНОПАТОГЕНЕЗА ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ

Владивостокский государственный медицинский университет

Ключевые слова: инфекционные болезни, цитокины.

В клинике инфекционных болезней динамика цитокинового статуса имеет большое значение. Прежде всего это касается диагностической значимости уров-

ня цитокинов, связанного с динамикой заболевания и проводимым лечением. Диагностическая значимость оценки цитокинов очень тесно связана с их ролью в патогенезе заболеваний. Пальма первенства здесь принадлежит цитокинам, которые продуцируются Т_H1- и Т_H2-субпопуляциями лимфоцитов-хелперов, отвечающими за формирование клонов иммунокомпетентных клеток, различающихся по своей эффекторной функции: Т_H1 — за активность макрофагов, Т-киллеров, НК-клеток, Т_H2 — за антителообразующие клетки [1,7]. Надо принимать во внимание некую условность такого разделения, связанную с плеiotропностью эффектов большинства цитокинов.

В инфектологии накоплен определенный фактический материал о концентрации отдельных цитокинов, в частности интерлейкинов (ИЛ), при заболеваниях