

## СТРУКТУРНЫЙ АНАЛИЗ ГЕАНГИОМ В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

По данным консультативно-диагностической поликлиники ДГКБ № 9

*Замятина И.А., ассистент кафедры стоматологии  
детского возраста и ортодонтии ГОУ ВПО УГМА Росздрава,  
г. Екатеринбург*

Диагностика и лечение сосудистых опухолей челюстно-лицевой области является одной из сложнейших и далеко не решенных задач челюстно-лицевой хирургии и медицины в целом. На долю гемангиом челюстно-лицевой области (ЧЛО) приходится 60–80% от общего числа гемангиом у детей [2, 4]. Большинство опухолей (более 80%) диагностируются при рождении или в первый месяц жизни ребенка [3]. Гемангиомы – это доброкачественные опухоли, которые характеризуются непредсказуемым течением, а именно быстрым ростом, особенно в первые месяцы жизни ребенка. Порой небольшая, точечная гемангиома в течение 2–3 недель может превратиться в обширную и глубокую ангиому сложной анатомической формы [1]. Расчет на спонтанную регрессию в этих случаях оказывается неоправданным и составляет лишь 2–8%, а потеря времени идет не на пользу больному. В 65% случаев гемангиомы ЧЛО локализуются на лице, что увеличивает актуальность нашей работы. Ни один из существующих методов лечения не может считаться универсальным в связи с большим разнообразием клинических проявлений.

На сегодняшний день система охраны здоровья ребенка включает в себя три звена: детская поликлиника, стационар и санаторий. Амбулаторное звено осуществляет профилактические мероприятия, выявление и диагностику опухолевых заболеваний. Согласно приказу № 620 от 30.12.03 «Об утверждении протоколов «Ведение детей, страдающих стоматологическими заболеваниями», регламентируются осмотры в поликлинике 1–4 раза в год в зависимости от формы, течения сосудистого новообразования.

Установлено, что 90% больных с гемангиомами ЧЛО наблюдаются участковыми педиатрами, общими хирургами и т.д., но не челюстно-лицевыми хирургами. Поэтому нередко врачи откладывают лечение на более поздние сроки. Некомпетентность врачей, особенно первичного звена, ухудшает результаты лечения. Даже в тех случаях, когда врачи детских поликлиник не советуют лечить сосудистую опухоль, дальнейший рост гемангиомы беспокоит родителей, что заставляет их самостоятельно обращаться в специализированные лечебные учреждения.

К настоящему времени нет единой схемы диспансеризации детей с сосудистыми новообразованиями головы и шеи. Специалисты первичного звена не подготовлены по данному вопросу. Поэтому лечение детей с этой патологией возможно лишь в условиях диспансеризации в Центрах реабилитации детей с врожденными пороками развития или организации специализированного приема в условиях многопрофильных больниц, где будет обеспечен многоэтапный и длительный процесс лечения и своевременная медицинская, психологическая помощь в необходимой последовательности.

На базе консультативно-диагностической поликлиники МУ ДГКБ № 9 нами были обследованы 266 детей с гемангиомами ЧЛО, родившихся с 2008 по 2010 годы, что составляет 21% от общего числа обратившихся на консультативный прием. Из числа обследованных детей практически все находились под наблюдением у хирурга или педиатра по месту жительства, лечение по поводу опухоли не проводилось. В связи с отсутствием положительной динамики в развитии заболевания дети обратились в консультативно-диагностическую поликлинику ДГКБ № 9, где было проведено всестороннее обследование:

1. Сбор анамнеза, осмотр, пальпация, аускультация.
2. Определение площади гемангиомы.
3. Лабораторная диагностика: общий анализ крови, время свертывания крови, длительность кровотечения, количество тромбоцитов.
4. Ультразвуковое исследование с цветовым доплеровским картированием кровотока (УЗДГ) было проведено 200 пациентам для уточнения объема образования, его симптоматики и морфологического варианта строения, выявления магистральных питающих сосудов.
5. Магнито-резонансная томография с ангиографией (МРА) и компьютерная томография (КТ) с контрастированием была проведена 15 детям с кавернозными, смешанными гемангиомами. Эти исследования позволяют детально изучить источники кровоснабжения сосудистой опухоли, ее расположение относительно жизненно важных органов, исключить поражение кости.

Было установлено, что в 69,5% случаев гемангиомы имели врожденный характер. Из анамнеза выявлено, что 75,5% женщин в период вынашивания в первом триместре беременности имели неблагоприятное течение в виде токсикоза, гестоза или угрозы выкидыша (табл. 1). Из них 23% подверглись госпитализации, в течение которой проводилась вазоактивная терапия с использованием препаратов, улучшающих фетоплацентарное кровоснабжение. В числе соматических заболеваний матери были зарегистрированы: хронический холецистит, хронический пиелонефрит, сахарный диабет, нефропатия, ОРВИ, анемия, прием лекарственных препаратов и другие состояния, приводящие к хронической

Таблица 1

**Клиническая характеристика течения беременности у женщин, родивших детей с гемангиомами ЧЛО**

| Наименование признаков                                                                           | Виды гемангиом у детей |    |             |    |           |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|----|-------------|----|-----------|----|
|                                                                                                  | Капиллярная            |    | Кавернозная |    | Смешанная |    |
|                                                                                                  | Абс.                   | %  | Абс.        | %  | Абс.      | %  |
| 1. Анемия                                                                                        | 33                     | 25 | 48          | 49 | 5         | 14 |
| 2. Хронические заболевания (пиелонефрит, заболевания системы органов дыхания, эндокринные и др.) | 26                     | 19 | 72          | 74 | 12        | 34 |
| 3. Острые бактериальные и вирусные заболевания: ОРВИ, бронхит и др. инфекционные заболевания     | 21                     | 16 | 37          | 38 | 12        | 34 |
| 4. Токсикоз первого триместра                                                                    | 33                     | 25 | 47          | 48 | 9         | 26 |
| 5. Токсикоз второго триместра                                                                    | 16                     | 12 | 12          | 12 | 9         | 26 |
| 6. Токсикоз третьего триместра                                                                   | 5                      | 4  | 5           | 5  | 1         | 3  |
| 7. Угроза прерывания беременности                                                                | 67                     | 50 | 48          | 49 | 22        | 63 |
| 8. Гестоз                                                                                        | 63                     | 47 | 74          | 76 | 13        | 37 |
| 9. Фетоплацентарная недостаточность                                                              | 67                     | 50 | 44          | 45 | 17        | 48 |
| 10. Нарушение хода родов: использование акушерских пособий (кесарево, акушерские щипцы)          | 27                     | 20 | 24          | 25 | 4         | 11 |
| 11. Преждевременные роды                                                                         | 11                     | 8  | —           | —  | 8         | 23 |

внутриутробной гипоксии, инфицированию плода. А сочетание этих воздействий может вызывать преждевременные роды. Проведенный анализ течения беременности позволяет говорить об этих факторах как о возможной причине возникновения сосудистых новообразований.

Из числа наблюдаемых детей с достоверным диагнозом «гемангиома ЧЛО» было 59,8% девочек, а мальчиков – 40,2%, что согласуется с данными других исследователей о преобладании среди больных лиц женского пола.

Одним из признаков истинной гемангиомы является ее врожденный характер. По нашим данным, в 69,5% случаев гемангиомы были уже при рождении, 25,6% случаев установлены на 1 месяце жизни ребенка.

У наблюдаемых детей были различные формы гемангиом: капиллярная – 134 человека (50,3%), кавернозная – 97 (36,5%), смешанная – 35 человек (13,1%). Поскольку выбор метода лечения зависит не только от формы гемангиом, но и от размеров, мы классифицировали их в зависимости от величины площади поражения и выделили 3 группы гемангиом: мелкие – до 1 см<sup>2</sup> – у 142 чел. (53,4%); средние – 1-5 см<sup>2</sup> – у 119 чел. (44,7%); крупные – свыше 5 см<sup>2</sup> – у 5 чел. (1,9%).

По локализации гемангиом в пределах ЧЛО доминировали группы с расположением: на волосистой части головы – 50 (18,8%) пациентов; в лобной области – 42 (15,8%); в щечной области – 37 (17,9%).

В 40,2% (107 чел.) случаев гемангиомы имели множественный характер и располагались не только в ЧЛО, но и на закрытых участках тела, имея односторонность поражения. В основном это были плоские формы.

На теле многие гемангиомы подвергались спонтанной регрессии, т.к. множественные опухоли, как правило, бывают небольшими. Очень часто, в 59,8% случаев, наблюдалась одна гемангиома, а наибольшее количество гемангиом у одного ребенка, зафиксированное нами, – 6.

Большинство родителей отмечали, что наиболее быстрый, прогрессирующий рост опухоли отмечался в первые 6 месяцев жизни ребенка. При обширных и глубоких гемангиомах рост наблюдался и в старшем возрасте. У недоношенных детей эта особенность выражена более ярко – гемангиомы у них растут в 2–3 раза быстрее, чем у доношенных.

Таким образом, по течению патологического процесса дети были распределены на 3 группы:

1. С быстрым ростом опухоли;
2. С медленным ростом опухоли;
3. 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 в первые 6 месяцев жизни. При обширных и глубоких гемангиомах сложной анатомической локализации бурный рост наблюдался и в более старшем возрасте.

Вторая группа с медленным увеличением гемангиомы по площади в соответствии с ростом ребенка или несколько быстрее, а также умеренным возвышением над уровнем кожи или распространением на подкожную клетчатку – 74 ребенка (27,9%). Нами замечено, что рост большинства гемангиом замедляется после 6 месяцев, кроме обширных и глубоких гемангиом сложной анатомической локализации.

В третьей группе детей – 18 (6,7%) случаев, не было замечено ни увеличения, ни уменьшения новообразования. Отсутствие роста и обратное развитие наблюдалось только у простых гемангиом небольших

размеров. Несмотря на остановку роста опухоли, дальнейшее течение заболевания все же остается непредсказуемым. Ожидание спонтанной регрессии, как показывает опыт, несостоятельно, а потеря времени идет во вред больному.

Также было отмечено, что течение заболевания может меняться в зависимости от вида сосудистой опухоли, площади поражения и локализации, возраста больного. По данным опроса родителей установлено, что усиление роста гемангиом происходит после проведения медицинских профилактических прививок, массажа воротниковой зоны, физиотерапевтического лечения, приема сосудистых препаратов (кавинтон, танакан, вазобрал, тринтал, цинаризин) и препаратов с выраженным сосудистым компонентом (инстенон, актовегин).

### **Выводы**

1. Для повышения эффективности оказания медицинской помощи детям с сосудистыми новообразованиями в ЧЛЮ необходимо создание специализированного центра, который будет придерживаться единой схемы диагностики, лечения и диспансеризации.

2. При первичном выявлении участковым педиатром и хирургом детей сосудистых образований необходимо своевременное направление к челюстно-лицевому хирургу. Требуется отказаться от выжидательной тактики наблюдения гемангиом, ввиду невозможности прогнозирования темпов их роста.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Федорев Г.А. Гемангиомы. – М., 1974.
2. Супиев Т.К., Ермуханова Г.Т., Есимов А.Ж. Сосудистые новообразования челюстно-лицевой области у детей. – Алматы, 1993. – 88 с.
3. Кондрашин Н.И. Клиника и лечение гемангиом у детей. – М., 1963. – 103 с.
4. Соловко А.Ю. К вопросу о генезе гемангиом // Врачебное дело. – 1983. – ЖЗ. – С. 71–73.
5. Приказ Минздрава РФ от 30 декабря 2003 г. № 620 «Об утверждении протоколов «Ведения детей, страдающих стоматологическими заболеваниями».