

На клиническом этапе, когда больной ребенок с неспецифическим паротитом поступает в специализированный стационар, определяются три задачи диагностики:

1. Подтвердить наличие неспецифического воспаления слюнных желез
2. Определить предрасполагающие факторы воспаления слюнных желез
3. Установить возбудителя заболевания
4. Определить состояние местного иммунитета и общей резистентности организма

Использование УЗИ диагностики позволило нам разработать новый метод получения материала – секрета или ткани слюнной железы.

Методика: под контролем УЗИ инъекционная игла продвигается к максимально расширенному ацинусу, который пунктируется, после чего проводится аспирация секрета. Для получения секрета используется игла с мандреном, для получения ткани железы – без мандрена. Полученный секрет слюнной железы в количестве 0,1 – 0,4 мл отправляется на исследование методом молекулярной гибридизации (полимерная цепная реакция – ПЦР) Материал ткани железы исследуется иммуно-гисто-химическим методом. Эти методики позволяют достоверно определить этиологию воспаления.

Правильный выбор и усовершенствование современных методов диагностики позволяет своевременно установить характер воспаления слюнных желез у детей и назначить адекватное лечение.

И.А. Замятина, В.Н. Вольхина

АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ БОЛЬНЫХ С ГЕАНГИОМАМИ В ОБЛАСТИ ГОЛОВЫ И ШЕИ

Введение

Гемангиомы - это доброкачественные опухоли, представленные очаговым разрастанием эндотелиальных клеток (ангиобластов), встречающиеся в различных органах тканей человека. Она обладает деструктивным ростом, не всегда имеет четкие границы, строма ее изъязвляется, а это может привести к профузным кровотечениям, которые могут часто повторяться и угрожать жизни больного. На долю гемангиом приходится 50% опухолей мягких тканей у детей. Наиболее часто гемангиомы локализуются в челюстно-лицевой области – от 60 до 80 % общего числа[1]. У девочек гемангиомы встречаются в 3 раза чаще [3:1], чем у мальчиков[1].

Все имеющиеся гемангиомы нами разделены на 5 групп:

1. Капиллярная (простая) – имеют красный (при развитии мелких артериальных сосудов) или сине-багровый цвет (при размножении мелких вен), располагаются поверхностно.
2. Кавернозная (пещеристая) – эти образования прорастают не только кожу, но и слизистую оболочку, клетчатку, мышцы и кости, дают картину увеличения объема органа или участка тела, который они занимают.
3. Комбинированная – это сочетание поверхностной и кавернозной форм.
4. Ветвистая – состоят из клубков извитых артериальных и венозных сосудов, которые разбросаны среди тканей пораженного органа и не имеют четко очерченных узлов.
5. Смешанная - состоят из кровеносных и лимфатических сосудов (гемлимфангиомы) или из различных комбинаций сосудистых элементов с другими тканями (ангиофиброма, ангионевринома). [2]

В настоящее время о гемангиомах написано достаточно много как в нашей стране, так и за рубежом, но нельзя считать, что все вопросы диагностики и лечения гемангиом решены. Несмотря на широкие возможности рентгено-контрастных методов исследования точное определение локализации опухоли, ее границ представляется иногда весьма затруднительным, так как эти методы, особенно у детей первого года жизни, связаны с наркозом и непредсказуемой реакцией на введение контрастного вещества. Поэтому практический врач сталкивается с трудностями диагностики на амбулаторном приеме, а следовательно не всегда рационально выбирает метод лечения и методику наблюдения больного. Все это приводит к несвоевременному оказанию специализированной помощи. Поэтому с 2007 года для ранней диагностики гемангиом лица и шеи у детей в качестве базового, первичного метода диагностики используется УЗИ с УЗДГ. Несомненными достоинствами УЗИ являются простота, безвредность, доступностью, оперативность проводимого обследования, маленькие пациенты его легко переносят и возможность неоднократного повторения исследования.

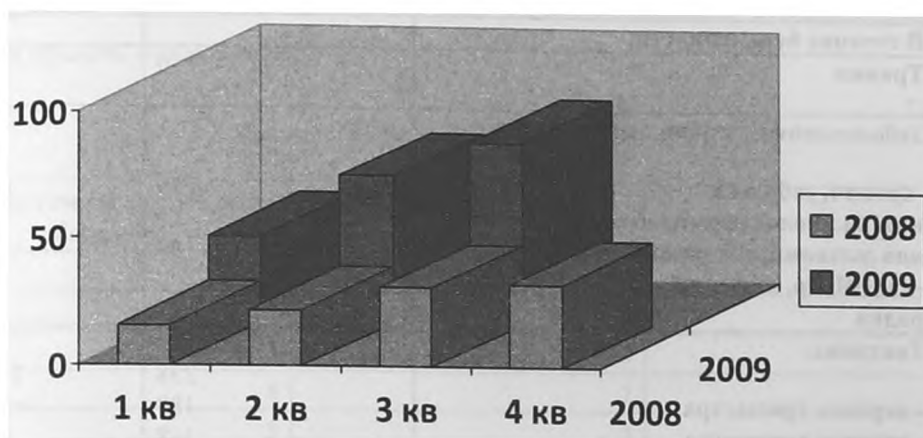
Цель исследования

Создание общего алгоритма наблюдений, диагностики и лечения гемангиом лица и шеи у детей на амбулаторном приеме.

Материалы и методы исследования

С декабря 2007 по октябрь 2009 года нами было обследовано 266 человека на базе консультативно – диагностической поликлиники ДГКБ № 9 с гемангиомами головы и шеи, что составляет 21 % общего числа больных, обратившихся в данный срок на консультативный прием.

Динамика роста обращений детей с гемангиомами



По данным диаграммы видно неуклонный рост детей с гемангиомами.

При обращении больных в клинику нами проводилось всестороннее обследование:

1. Сбор анамнеза, осмотр, пальпация и аускультация.
2. Определение площади гемангиомы.
3. Лабораторная диагностика: ОАК, время свертывания крови, время кровотечения, количество тромбоцитов.
4. УЗИ с цветовым доплеровским картированием кровотока (УЗДГ) было проведено 200 пациентам для уточнения объема образования, его синтопии и морфологического варианта строения и выявления магистральных питающих сосудов.
5. МРТ с МР-ангиографией (МРА), которая является не инвазивным методом проводилось 15 детям с кавернозными, смешанными гемангиомами. Оно дает возможность более детально изучить источники кровоснабжения гемангиомы, объем поражения.

Из анамнеза выявлено, что 201 мама (75,5 % от общего числа) в период вынашивания в первом триместре беременности имела неблагоприятное течение в виде токсикоза, гестоза или угрозы выкидыша. Из них - 63 мамы подверглись госпитализации, в течение которой проводилась вазоактивная терапия с использованием препаратов, улучшающих фетоплацентарное кровоснабжение. Для клинициста наибольшую диагностическую трудность представляет выделение основной этиологической причины, поскольку отдельный неблагоприятный фактор запускает каскад патологических реакций, и это нередко ведет к тяжелой патологии.

Таблица 1

Факторы риска в течение беременности и хода родов

Вид осложнений	Кол-во наблюдаемых	%
В течение беременности:		
1. Травма	6	2,3
2. Заболевания во время беременности:		
-хронич. заболевания(хр.пиелонефрит, заб. системы органов дыхания, эндокринные заб-я и др.)	179	67,3
- ОРВИ, др. инфекционные заб-я, лихорадка	189	71
3. Токсикоз:		
- первого триместра	238	116,1
- второго триместра	180	67,6
- третьего триместра	168	63,1
4. Угроза прерывания беременности	256	96,2
5. Гестоз	123	46,2
6. Прием лекарственных препаратов(а/б, сосудистые, гормональные)	240	90
Нарушение хода родов:		
Использование акушерских пособий(кесарево, акуш.щипцы)	56	21
Патологическое течение родов	15	5,6

Вышеперечисленные факторы неравнозначны по степени риска развития гемангиом. Большинство исследователей указывает на особую роль отягощенного акушерско-гинекологического анамнеза матери и особенности течения настоящей беременности.

Как видно из таблицы, нарушение нормального течения беременности наблюдается у 256 человек, а нарушение хода родов у 56 мам.

Также при сборе данных выявлено, что наиболее быстрый, прогрессирующий рост опухоли был отмечен впервые 6 месяцев. При обширных и глубоких гемангиомах рост наблюдался и в более старшем возрасте. У недоношенных детей эта особенность выражена более ярко: гемангиомы у них растут в 2-3 раза быстрее, чем у доношенных. [1]

У всех обратившихся детей ранее лечения не проводилось. До обращения в ДГКБ №9 – 115 человек находились на динамическом наблюдении у хирурга по месту жительства. В связи с отсутствием положительной динамики в течение заболевания были направлены в консультативно-диагностическую поликлинику ДГКБ №9.

При осмотре установлено, что у 107 детей гемангиомы имели множественный характер и располагались на закрытых участках тела, имея односторонность поражения. Практически всегда это были плоские формы, многие из них подвергались спонтанной регрессии. В большинстве своем гемангиомы больших размеров были единичные, множественные опухоли, как правило, бывают небольшими.

Таблица 2

Количество гемангиом у одного больного

Кол-во гемангиом у одного больного	Количество больных	%
1	159	59,8
2	64	24
3	30	11,2
4	7	2,7
5	3	1,1
Более 5	3	1,1

По нашим данным, наибольшее количество гемангиом у одного человека которого мы наблюдали – 6. При множественном характере поражений каких-либо особенностей в клинической картине гемангиом отметить не удалось.

При обнаружении гемангиом в области иннервации 5 пары черепных нервов требуется исключения болезни Штурге-Вебера (энцефало-тригеминальный ангиоматоз) при которой гемангиомы в челюстно-лицевой области сочетаются с гемангиомами на сосудистой оболочке глаза и в головном мозге. У 20 % данная болезнь может протекать моносимптомно, 65 % - бисимптомно, а у 15 % выражены все три симптома. Данный вид факотоза встречается у 7,4 % детей. (3) Подозрение на это заболевание нами было выявлено у 4 детей, такие дети направлялись к окулисту и невропатологу, а затем для подтверждения диагноза и дальнейшего обследования они были направлены в медико-генетический центр.

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. Но, несмотря на это факт, мы придерживались деления гемангиом по размерам согласно классификации Федорева Г.А.

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

Группа больных с мелкими и средними гемангиомами превосходит группу с крупными и обширными гемангиомами.

Возраст больных имеет большое значение. Одним из признаков истинной гемангиомы является ее врожденный характер. По нашим данным в 185 случаях гемангиомы имелись уже при рождении.

Таблица 3

Время обнаружения гемангиом

Время обнаружения	Кол-во человек	%
В момент рождения	185	69,5
Недели жизни:		
1	32	12
2	26	9,8
3	10	3,8
Месяцы жизни:		
2	6	2,25
3	1	0,3
4	1	0,3
5	-	-
6	-	-
7	-	-
8	-	-
9	-	-
10	-	-
11	-	-
Время неизвестно	5	1,9

Наибольшее количество гемангиом у детей имеет врожденный характер.

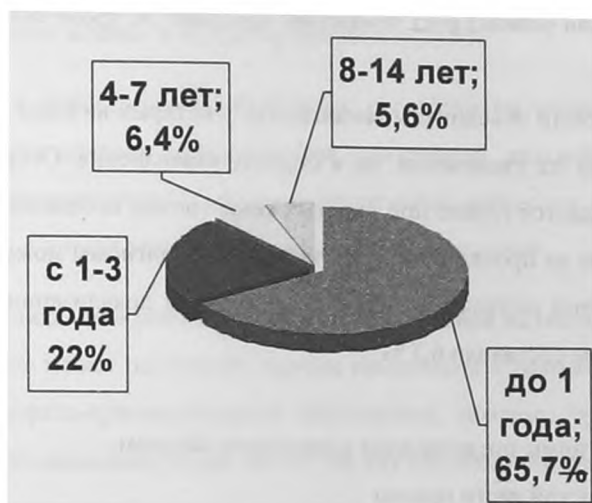
Возрастной состав больных гемангиомами находящихся не динамическом наблюдении:

- ❖ 0 - 3 месяца..... 38 человек (14,3 %)
- ❖ 4 – 6 месяцев..... 65 человек (24,4 %)
- ❖ С 6 мес. до года..... 72 человек (27,1%)
- ❖ С 1 года до 3 лет..... 59 человек (22,2%)
- ❖ С 4 лет до 7 лет 17 человек (6,4%)
- ❖ С 8 лет до 14 лет 15 человек (5,6%)

В возрасте от 7 до 14 лет в основном обращались дети с рецидивами гемангиом, ранее леченных или находившихся на стадии отсутствия роста.

При анализе полученных данных видно, что 78% гемангиом относятся к раннему детскому возрасту, а половина из них приходится на первые 6 месяцев жизни.

Распределение больных в зависимости от возраста



Согласно классификации, наблюдавшиеся нами гемангиомы распределились таким образом.

Таблица 4

Распределение детей с гемангиомами по виду и количеству последних

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

Из таблицы видно, что из сосудистых опухолей челюстно-лицевой области первое место по частоте занимают кавернозные гемангиомы.

Течение патологического процесса может быть распределено на 3 группы: быстрый рост, медленный рост, отсутствие роста и регресс.

К первой группе относим гемангиомы, у которых наблюдался бурный рост сосудистой опухоли как по площади, так и в высоту и глубину. Это было отмечено у подавляющего большинства больных до 6-месячного возраста (65,4%).

Вторая группа характеризуется медленным увеличением гемангиомы по площади соответственно росту ребенка или несколько быстрее, а также умеренным возвышением над уровнем кожи или распространением на подкожную клетчатку. Нами замечено, что после первого полугодия жизни ребенка рост гемангиом замедляется, кроме обширных и глубоких гемангиом.(27,9%)

В третью группу были объединены гемангиомы, у которых не было отмечено заметных изменений ни в сторону их увеличения, ни в сторону уменьшения. Отсутствие роста и обратное развитие наблюдается только при простых гемангиомах небольших размеров. Характер течения заболевания на протяжении существования гемангиомы может меняться, что зависит от вида сосудистой опухоли, площади поражения и локализации, а также возраста больного. Такие больные составили 6,7 %

По локализации гемангиомы представлены следующим образом:

- ❖ В области волосистой части головы
 - (лобно – теменно - затылочная)..... 50 человек (18,8%)
- ❖ Лобная область..... 42 человек (15,8%)
- ❖ Щечная область.....37 человек (13,9%)
- ❖ Височная область..... 33 человек (12,4%)
- ❖ В области губ.....26 человек (9,7%)
- ❖ Глазничная область (в области век).....18 человек (6,8%)
- ❖ В области шеи.....14 человек (5,3%)
- ❖ Слизистая полости рта..... 23 человек (4,8%)
- ❖ Скуловая область.....12 человек (4,5%)
- ❖ В области носа..... 5 человек (1,9%)
- ❖ Ушные раковины.....4 человека (1,5%)
- ❖ Околоушно - жевательная область.....2 человека (0,8%)

Все дети находятся на длительном динамическом наблюдении.

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 может 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.

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

Литература

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

С.Ю. Комарова, Н.А. Цап, А.Е. Пизарева