

УДК: 616.716.8+617.52]-006.31-08/089

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ГЕАНГИОМ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ У ДЕТЕЙ



**Акбаров А.А.,
Дусмухамедов М.З.,
Болтаходжаева Л.М.**

**Ташкентский
государственный
стоматологический
институт**

Гемангиомы челюстно-лицевой области (ЧЛО) являются распространенными доброкачественными новообразованиями, которые составляют 78,8% среди прочих опухолей мягких тканей. Распространенность их у детей колеблется от 27,6 до 85,6%. 87,3-92,7% гемангиом носят врожденный характер [1,2-4,6].

У подавляющего большинства пациентов гемангиомы локализируются в мягких тканях, лишь изредка прорастают в кости лицевого скелета (Панасюк О.О., 2001). Примерно 90% больных с гемангиомами ЧЛО наблюдаются участковыми педиатрами, общими хирургами, но не хирургами-стоматологами или челюстно-лицевыми хирургами. Большинство педиатров и детских хирургов придерживаются выжидательной тактики по отношению к гемангиомам ЧЛО без учета их особенностей. Среднее время от появления первых симптомов до начала лечения детей с сосудистыми опухолями составляет 23 недели [5,8]. Анализ литературы показывает, что самостоятельное излечение или исчезновение наблюдается при простых гемангиомах небольших размеров на закрытых участках тела, только у доношенных детей в возрасте старше одного года и составляют всего 6,5% случаев (Панасюк О.О., 2001). Но надеяться на спонтанную регрессию гемангиомы в области лица у ребенка в возрасте до 6 месяцев является ошибкой. Некомпетентность врачей ухудшает результаты лечения [3,8].

Диагностика гемангиом в большинстве случаев не представляет для врачей трудностей. Для практической работы удобна клиническая классификация гемангиом, предложенная Н.И. Кондрашиным (1963) [3]:

1. Простые капиллярные гемангиомы.
2. Кавернозные, или пещеристые гемангиомы.
3. Ветвистые, или рацемозные гемангиомы.
4. Смешанные гемангиомы.

Методы лечения гемангиом, используемые в настоящее время, многочисленны, но эффект лечения неоднозначен. К наиболее эффективным относят криогенное лечение, склерозирующую, лучевую, гормональную терапию и хирургическое иссечение. Большинство используемых методов

воздействия на гемангиому требует длительного времени и кратного повторения курсов, исход которых прогнозировать трудно. Нередко последовательно используют несколько методов, и применение каждого последующего связано с неэффективностью предыдущего [4-7]. Обилие методов лечения (более 60) создает трудности при их выборе для конкретного больного, поэтому лечение гемангиом остается актуальной проблемой. Нами проведен анализ лечебно-диагностической тактики у детей с гемангиомами ЧЛО по материалам отделения детской хирургической стоматологии 3-й клиники ТМА за 2002- 2006 гг.

Цель исследования

Изучение частоты распространенности, результаты обследования и лечения детей с гемангиомами ЧЛО по материалам клиники детской хирургической стоматологии.

Материал и методы

За анализируемый период в нашей клинике после обследования были прооперированы 183 пациента с гемангиомами и ангиодисплазиями в возрасте от 3-х месяцев до 15 лет (таб.).

Таблица Распределение больных по годам в зависимости от возраста, абс. (%)

| Год | Возраст, лет | | | | Всего |
|-------|--------------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| | до 1-го | 1-3 | 3-7 | 7-14 | |
| 2002 | 12 (6,56) | 13 (7,1) | 8 (4,37) | 3 (1,64) | 36 (19,7) |
| 2003 | 6 (3,28) | 11 (6,01) | 10 (5,46) | 4 (2,19) | 31 (16,9) |
| 2004 | 6 (3,28) | 6 (3,28) | 9 (4,92) | 5 (2,73) | 26 (14,2) |
| 2005 | 10 (5,46) | 13 (7,1) | 12 (6,56) | 4 (2,19) | 39 (21,3) |
| 2006 | 16 (8,74) | 18 (9,83) | 10 (5,46) | 7 (3,83) | 51 (27,9) |
| Итого | 50 (27,3) | 61 (33,3) | 49 (26,8) | 23 (12,5) | 183 (100) |

Всем детям до операции было проведено комплексное обследование по общепринятой в клинике методике: определяли общий анализ крови, мочи, кала, время свертывания, уровень общего белка, содержание АЛТ и АСТ в крови. 175 детей были госпитализированы в плановом порядке, только 8 поступили по экстренным показаниям. Послеоперационный материал подвергался патогистологическому обследованию.

Результаты и обсуждение

За изученный период из 386 госпитализированных с опухолями ЧЛО гемангиомы имели место у 47%. У 87,3% пациентов гемангиомы были врожденными, лишь у 12,7% детей опухоль появилась через какое-то время после рождения.

Дети первого года жизни составляли 27,3%, в возрасте от 1-го года до 3-х лет – 33,3%, от 3-7 лет – 26,8, 7-14 лет – 12,5%. Независимо от возраста опухоль почти в два раза чаще встречалась у девочек.

Сведения о диспансеризации детей с гемангиомами ЧЛО разноречивы. Известно, что при наличии безусловных показаний лечение гемангиом необходимо начинать сразу же после постановки диагноза. Изучение анамнеза больных показывает, что примерно 81% детей с гемангиомами ЧЛО наблюдались участковыми педиатрами, общими хирургами, но не стоматологами. Большинство педиатров и дет-

ских хирургов придерживаются выжидательной тактики, не учитывая особенностей гемангиом. Выжидательная тактика возможна лишь тогда, когда гемангиома не является причиной серьезного косметического дефекта и функциональных нарушений.

Несмотря на то, что диагностика гемангиом чаще всего не представляет трудностей, расхождение направительно-го и клинического диагноза наблюдалось в 6% случаев. Изучение записей истории болезни больных с гемангиомами показало отсутствие единого диагностического подхода к определению формы патологии. Так, у 86% больных указана локализация без уточнения формы патологии. Выявлено также, что у 5% больных не полностью раскрыта форма патологии, хотя в описании местного состояния указывается на комбинированное и смешанное происхождение опухоли. Трудности в диагностике возникают в тех случаях, когда гемангиомы изъязвляются, воспаляются.

Труднее поставить правильный диагноз при комбинированных формах и гемангиомах глубоких отделов лица. Глубоко расположенные кавернозные гемангиомы мягких тканей лица распознаются по положительному симптому «сжатия и наполнения», наличию в опухоли ангиолитов, которые четко определяются при пальпации опухоли, при рентгеновском исследовании. В постановке диагноза можно использовать также функциональные методы исследования (электротермометрию, реографию, тепловизиографию, доплерографию, УЗИ, МРТ). На основании анализа записей историй болезни больных с гемангиомами ЧЛО можно сказать, что на сегодняшний день недостаточно внимание уделяется клиническим и дополнительным методам исследования для диагностики гемангиом.

Результаты наших исследований показали, что наиболее частой локализацией являются губы (24,6%), щеки (9,83%) и язык (10,4%) (рис. 1а, б).

Как показывают наши исследования, за изученный период хирургическое лечение проведено у 40% больных, склерозирование выполнено – у 30,1%, диатермокоагуляция – у 12,6%, криодеструкция – у 2,16%, комбинированное (сочетание склерозирования опухоли с хирургическим иссечением) – у 16,9%.

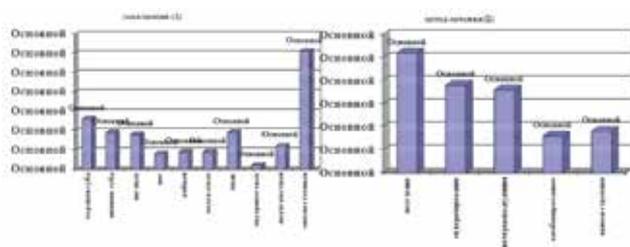


Рис. 1. Распределение больных в зависимости от локализации опухоли (а) и метода лечения (б).

Анализ полученных нами результатов показывает, что на сегодняшний день наиболее часто применяется иссечение опухоли, к которому специалисты прибегли у 74 (40,4%) больных. При этом у 36 пациентов осуществлено частичное иссечение опухоли вследствие невозможности одномоментного закрытия послеоперационного де-

фекта местными тканями (обширные гемангиомы), либо чрезмерным нарушением формы органа или анатомического образования (языка, губы, носа, ушной раковины). У 40 больных иссечение проводилось в различные сроки после неоднократного склерозирования. Выбор метода лечения гемангиом зависел от формы, локализации, состояния организма больного, технической оснащенности отделения.

У 55 (30,1%) больных проводилось склерозирование опухоли, причем у 38 (20,7%) – неоднократно. Показанием к склерозированию опухоли являлась большая ее площадь, невозможность одномоментного закрытия образующегося при иссечении опухоли дефекта, наличие выраженных сопутствующих соматических отклонений (анемия, гипотрофия, ОРВИ и др.). Склерозирование проводилось путем введения в опухоль с одной или нескольких точек (в зависимости от размера опухоли) 2% раствора салициловой кислоты в 70° спирте. Количество вводимого раствора зависело от объема опухоли из расчета 1 мл на 1 см³ площадь опухоли.

У 31 (16,9%) больного осуществлен комбинированный метод лечения, который заключался в одномоментном иссечении и склерозировании опухоли. Такие манипуляции выполнялись при обширных формах опухоли с глубоким прорастанием в подлежащие ткани.

23 (12,6%) больным проведена диатермокоагуляция опухоли. Этот способ лечения применялся в основном при небольших капиллярных формах гемангиом. У 4-х пациентов с этой формой гемангиомы проводилась также криодеструкция опухоли.



За изученный период в отделении были прооперированы 2 больных с внутрикостной формой гемангиомы, у которых опухоль располагалась на нижней челюсти. Этим больным после тщательного обследования и подготовки была проведена операция по методу Ю.И. Бернадского. После операции осложнений не наблюдалось.

С целью оценки эффективности лечения был проведен опрос родителей наших пациентов. Результаты опроса показали, что 62% родителей остались недовольны результатами лечения, хотя с профессиональной точки зрения отмечались положительные изменения. 34% недовольных родителей указали на многоэтапность лечения, 22% – на эстетические недостатки, 11% – на нарушение функции.

Выводы

1. У 87,3% больных гемангиомы имеют врожденный характер, из них лишь 67% больных обратились к специали-

сту в первые месяцы жизни, что говорит о неправильно выбранной выжидательной тактике врачей и недостаточной информированности населения, что сказывается на результатах лечения.

2. Изучение истории болезни свидетельствует об отсутствии единого диагностического подхода с широким использованием современных методов обследования (УЗИ, МРТ, ангиография и др.).

3. Необходимо разработать и внедрить в практику новые методы лечения гемангиом ЧЛО у детей с целью улучшения их результатов и этапов лечения.

Литература

1. Исаков Ю.Ф. // Педиатрия. – 1995. – №4. – С. 18-21.
2. Исаков Ю.Ф. Педиатрия. – 1995. – №4. – С. 18-21.
3. Кондрашин Н.И. Клиника и лечение гемангиом у детей. – М., 1963. – 103 с.
4. Разуваев С.Н., Дьякова С.В., Шафранов В.В., Иванов А.В. Лечение гемангиом мягких тканей лица у детей методом СВЧ-криодеструкции. – СПб, 2002. – 125 с.
5. Ситковский Н.Б., Гераскин В.И., Шафранов В.В., Новак М.М., Лечение гемангиом у детей жидким азотом. – Киев, 1998. – 120 с.
6. Федорев Г.А. Гемангиомы. – М., 1984. – 262 с.
7. Щербак В.И., Косырева Т.М., Решетников Ю.Н. Особенности клинического проявления, диагностики и хирургического лечения сосудистых опухолей мягких тканей околоушно-жевательной области у детей. – Самара, 1992. – С. 164-166.
8. Pasyk K. Classification and clinical and histopathological features of hemangiomas and other vascular malformations // Vasc. Birthmarks. – 1987. – Vol. 132. – P. 1-54.

Резюме

Авторами изучены частота и медико-диагностическая тактика у детей с гемангиомой челюстно-лицевой области на основании материалов отделения детской челюстно-лицевой хирургии. Проведенные исследования позволяют сделать вывод о необходимости совершенствования диагностики и тактики лечения детей с гемангиомами челюстно-лицевой области.

Summary

The analysis of department frequency and medical – diagnostic tactics at children with hemangioma maxillofacial area on materials of branch of children's surgical stomatology of the Tashkent medical academy with 2002 for 2006 is lead. The analysis of our researches has revealed necessity of perfection of diagnostics and tactics of treatment children with the hemangioma maxillofacial.

УДК: 617.76-002.36:616/145/115-151.5

СЛУЧАЙ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ТРОМБОЗА КАВЕРНОЗНОГО СИНУСА ПРИ ФЛЕГМОНЕ ОРБИТЫ



Храмова Н.В.

**Ташкентский
государственный
стоматологический
институт**

Тромбоз кавернозного (пещеристого) синуса – закупорка тромбом пещеристой пазухи, расположенной в основании черепа по бокам от турецкого седла. В формировании первичных тромбозов основная роль отводится изменениям свертывающей и противосвертывающей системы крови. Главной причиной вторичных тромбозов являются различные инфекции. Проникновение инфекционного фактора в синусы происходит контактным, гематогенным или смешанным путями. Чаще наблюдается гематогенный путь внедрения инфекции в кавернозный синус через многочисленные венозные сосуды: орбитальные вены, крыловидное сплетение, нижний каменный синус, мелкие вены клиновидной кости. При тромбозе пещеристого синуса патологический процесс охватывает расположенные в верхней части синуса блоковый и глазодвигательный нерв, расположенную в наружной части синуса верхнюю ветвь тройничного нерва, расположенную в заднем отделе синуса внутреннюю сонную артерию, периаартериальное симпатическое сплетение, отводящий нерв (рис. 1).

По данным литературы, это довольно редкая цереброваскулярная патология (0,5% от числа всех воспалительных заболеваний), но при этом часто приводящая к летальному исходу или развитию осложнений таких как слепота, инсульт, нарушение функции эпифиза, в результате чего наступает инвалидизация больного. Развитие таких осложнений наблюдаются примерно у 30% больных. Чаще всего кавернозный синус тромбируется при воспалениях в лицевой области. Впервые характерные симптомы тромбоза кавернозного синуса были описаны Н.И. Пироговым.

Клиническая картина развивается достаточно бурно на фоне выраженных воспалительных явлений, гипертермии,



ИНФОРМАЦИЯ +

С другими материалами по теме стоматологии вы можете ознакомиться

НА САЙТЕ WWW.TSDI.UZ

обратившись к разделу «Наука»: «Научные доклады, семинары, статьи»