

В.В. Рогинский, А.Г. Надточий, И.А. Овчинников, Е.Ю. Гавеля, Г.А. Павелко,
И.И. Бабиченко, М.А. Ломака, Р.В. Рыжов

Центральный научно-исследовательский институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии
Министерства здравоохранения Российской Федерации, Москва, Российская Федерация



Мальформации лимфатической системы головы и шеи у детей: диагностика и методы лечения

Актуальность. Так называемая лимфангиома является пороком развития лимфатической системы. По данным международной классификации ISSVA (2007), лимфатические мальформации относятся к сосудистым аномалиям. Однако большинство российских авторов продолжают трактовать так называемую лимфангиому опухолью. Некорректная номенклатура и отсутствие единой классификации ведут к неправильной интерпретации, ошибочной диагностике и неадекватному лечению сосудистых аномалий.

Среди мальформации лимфатической системы (МЛС) выделяется макрокистозная, микрокистозная, смешанная, комбинированная, костная формы, что подтверждает гипотезу этиопатогенеза МЛС из лимфатических узлов (макрокистозная) или лимфатических сосудов (микрокистозная).

Методы лечения детей с МЛС, используемые в практике, многообразны (хирургический, лазерное воздействие, склеротерапия, криотерапия, медикаментозный, радиочастотная термоабляция, рентгенотерапия, СВЧ-гипертермия), но далеко не всегда эффективны, поскольку дают временный результат. Хирургический метод остается ведущим в лечении детей с МЛС. Достаточно активно используется склеротерапия различными препаратами, но вопрос о ее использовании остается дискуссионным.

Цель: совершенствование методов диагностики и повышение эффективности лечения детей с МЛС головы и шеи.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 228 пациентов с МЛС головы и шеи; детальный анализ проведен у 168 детей за последние 16 лет. Возраст пациентов — от 1 мес до 18 лет. Всем пациентам на этапе первичной диагностики проводили УЗИ, которое повторяли на 10–14-е сут после операции и в динамике через 3, 6, 12 мес. Наиболее информативным методом лучевой диагностики в настоящее время является магнитно-резонансная томография. Метод МРТ проводился всем пациентам до и через 6 мес после лечения. В случаях поражения костей МЛС проводилась компьютерная томография с 3D-реконструкцией. Всем оперированным детям проводилось морфологическое исследование материалов операции, 14 — иммуногистохимическое исследование.

Результаты. Прооперированные пациенты ($n = 119$) были разделены на несколько групп. Пролечены хирургическим методом 86 детей, из них 5 — в комбинации с лазерным воздействием. Совмещение хирургического метода и ультразвуковой деструкции с аспирацией аппаратом CUSA Excel (США) применялось 27 пациентам. У 8 детей после операции на завершающем этапе выполнялось склерозирование остаточных кистозных полостей 70% р-ром этанола с добавлением 5% р-ра йода. Показанием служило истечение лимфы после операции из операционной раны в течение > 2–3 дней. Склеротерапия как самостоятельный метод использовалась в 6 наблюдениях, из них у 3 пациентов применялся препарат доксициклин, с хорошим результатом.

Осложнения (расхождение швов, некрозы лоскутов, парезы и параличи мимической мускулатуры, рубцовые деформации, скопление лимфы) наблюдались у 39 пациентов. Трем пациентам была наложена трахеостома по жизненным показаниям. В зависимости от распространенности и локализации МЛС для излечения и достижения хорошего эстетического результата пациентам проведено от 1 до 12 оперативных вмешательств, но в среднем — от 2 до 5.

Выводы. В настоящее время необходимо отказаться от собирательного термина «лимфангиома» и рассматривать данные поражения как мальформации лимфатической системы. Из методов диагностики при данной патологии наиболее информативными являются ультразвуковое исследование и магнитно-резонансная томография. Наиболее эффективный метод лечения — поэтапное хирургическое удаление. В случае локализации МЛС вблизи нервных стволов и ветвей целесообразно использовать ультразвуковую деструкцию с нейронавигацией. При этом разрушаются и аспирируются патологические ткани МЛС, и не повреждается нервная ткань. УЗ-деструктор высоко эффективен в лечении пациентов с МЛС языка, о чем свидетельствуют отсутствие отека в послеоперационный период, а также длительный положительный результат лечения. Склеротерапия — метод выбора в лечении остаточных кистозных полостей МЛС, также может использоваться в качестве самостоятельного метода при лечении пациентов с макро-

кистозной формой МЛС. Детям с данной патологией необходимо проводить контрольные осмотры после операции через 3, 6 мес, в последующем 1 раз в год. Диспансерное наблюдение проводится у

челюстно-лицевого хирурга до полного выздоровления. В то же время следует отметить, что продолженный рост может иметь место и через 10–20 лет (3 наблюдения).

**В.В. Рогинский, А.Г. Надточий, А.С. Григорян, Ю.Ю. Соколов,
Ю.Л. Солдатский, В.А. Ковязин**

Центральный научно-исследовательский институт стоматологии
и челюстно-лицевой хирургии Министерства здравоохранения Российской Федерации,
Москва, Российская Федерация

Гиперплазия кровеносных сосудов (так называемые врожденные и инфантильные гемангиомы): биологическая сущность и тактика лечения

Актуальность. Диагностика заболеваний, особенно дифференциальное распознавание внутри группы сосудистых поражений (гиперплазии, мальформации, опухоли), часто сложны. В то же время правильный диагноз предопределяет реальный прогноз, составление адекватного плана наблюдения и лечения для каждого пациента. В специальной литературе эти вопросы крайне запутаны, но тема постоянно обсуждается.

Цель: на основе мультидисциплинарного изучения поражений кровеносных сосудов разработать клинко-биологическую классификацию.

Материалы и методы. Проведен анализ данных (проспективный и ретроспективный) 2520 пациентов разных возрастов, находившихся под наблюдением и на лечении в институтских клиниках в период 1990–2015 гг. Использованы методы: клинко-лабораторный; радиологический (УЗИ, МРТ, КТ-ангиография), морфологический, иммуногистохимический, компьютерная капилляроскопия.

Результаты. Выявлено, что все виды поражений кровеносных сосудов челюстно-лицевой области и шеи состоят из трех больших, различных по клинко-биологическим характеристикам групп: гиперплазии (Г) (так называемые врожденные и инфантильные гемангиомы), мальформации (М), опухоли (О).

Гиперплазии возникают только в детском возрасте: с рождения или через 2–4 нед после. Основная морфологическая характеристика: пролиферация эндотелия сосудов и в меньшей мере разрастания других тканей, что определяет объем

поражения. Основная особенность: подвергаются инволюции (полной или неполной). В классификации ISSVA (ранее обозначались как Infantile Hemangioma и Congenital Hemangioma (RICH и NICH)). Самые частые поражения у детей первого года жизни. В популяции выявляются в 1–10% в зависимости от степени доношенности.

Мальформации (CM, VM, AVM, CVM и др.) возникают в детском возрасте. Проявляются сразу после рождения или выявляются через несколько месяцев и лет после. Характеризуются количественной дезорганизацией нормальных сосудов с различными типами нарушений гемодинамики. Медленно прогрессируют. Никогда не подвергаются инволюции. Составляют приблизительно 0,3–1% всех других поражений кровеносных сосудов среди новорожденных.

Опухоли возникают как в эмбриональном периоде, так и после рождения у детей и взрослых. Характеризуются локальным увеличением объема ткани и автономным, безграничным ростом. Гистологическая картина отличается разнообразием (десятки гистологических типов). Для клинической картины важна степень доброкачественности или злокачественности. Частота в популяции — 0,003%.

Вывод. Разработан алгоритм лечения больных с гиперплазией кровеносных сосудов головы и шеи с учетом разных стадий заболевания. Выявлен высокий процент неадекватного лечения, что связано с неправильной интерпретацией сути заболевания.

Разработана классификация образований из кровеносных сосудов (см. следующий тезис).