

релаксационная его функции. Сохранение изменений в функционировании ССС указывало на необходимость продолжения реабилитационных мероприятий.

Результаты обследования в возрасте 6 мес жизни по данным ЭКГ — снижение значения ЧСС с  $143,42 \pm 3,46$  до  $134,06 \pm 3,73$  уд/мин ( $p < 0,05$ ). Частота регистрации нарушений процессов реполяризации в миокарде (с 85,3 до 83,4%) и процент нарушений ритма сердца (с 94,6 до 92,6%) существенно не менялись. В структуре регистрируемых только номотопных нарушений ритма сердца на фоне преобладания синусовых аритмий (36,8%) в 2 раза возросла частота миграции водителя ритма. При ЭхоКГ-обследовании чаще встречались гипокинезия межжелудочковой перегородки, ее асинхронное сокращение. Ударный ( $16,04 \pm 3,35$  мл) и минутный ( $2,15 \pm 0,4$  л/мин) объемы были повышены, сохранялась неоднородность миокарда.

К концу первого года жизни у детей при анализе ЭКГ выявлено снижение значения ЧСС со  $134 \pm 3,73$  до  $128,4 \pm 3,95$  уд/мин;  $p < 0,05$ . Частота нарушений про-

цессов реполяризации в миокарде существенно не менялась (с 83,4 до 89,1%). Средние цифровые значения интервала QT составили  $0,24 \pm 0,02$  с, интервала QT1 —  $0,13 \pm 0,01$  с, интервала T<sub>1</sub>T —  $0,11 \pm 0,01$  с, которые наряду с изменениями ST-T указывали на сохранение нарушений процессов реполяризации в миокарде. Нарушения ритма сердца по-прежнему были представлены номотопными нарушениями, а частота их выявления несколько увеличилась (с 92,6 до 97,1%). В их структуре стали преобладать синусовые тахикардии (с 14,7 до 41,4%), синусовые брадикардии (с 14,7 до 28,6%;  $p < 0,05$ ). При ЭхоКГ-обследовании детей сократительная функция была снижена ( $69,32 \pm 2,16\%$ ;  $p < 0,05$ ). Сохранялась неоднородность экоструктуры миокарда.

**Заключение.** Критическими периодами в функционировании ССС на первом году жизни детей, рожденных от матерей с анемиями, являются 1, 3, 12-й мес, когда и необходимо проводить углубленное обследование и рекомендовать лечебно-профилактические мероприятия.

**Э.А. Репина, В.В. Рогинский, Н.П. Котлукова (специальный приз)**

Центральный научно-исследовательский институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии, Москва, Российская Федерация

## Тактика лечения детей с гиперплазиями кровеносных сосудов челюстно-лицевой области и шеи

**Актуальность.** Патологические образования из кровеносных сосудов у детей выявляются с частотой от 2–3% у новорожденных до 10% у детей первого года жизни (Yan, Smolinski, 2005; Enjolras, 2007; Weibel, 2010), в связи с чем они представляют большой интерес для педиатров. До настоящего времени нет общепризнанных алгоритмов лечения, широко используются различные методы, эффективность которых не всегда доказана.

**Цель исследования:** разработка алгоритма лечения детей с гиперплазиями кровеносных сосудов (т.н. инфантильными гемангиомами) с учетом возможности самопроизвольной инволюции, консервативной терапии, обоснованности и необходимости использования хирургического метода.

**Пациенты и методы.** Проведен анализ наблюдений за 2010–2012 гг. (241 наблюдение). Методы исследования: клинический, лучевая диагностика (УЗИ, КТ с контрастированием, МРТ, МР-ангиография), морфологическое и иммуногистохимическое исследование, компьютерная капилляроскопия.

**Результаты.** Среди пациентов 191 (79,16%) человек женского и 50 (20,83%) мужского пола. С использованием вышеперечисленных методов верифицирован диагноз и установлена стадия гиперплазии: начальных проявлений — 12 (4,5%) пациентов, активного роста — 91 (42,3%), начала инволюции — 52 (21,6%), выраженной инволюции — 41 (16,8%), резидуальных проявлений — 47 (19,3%). У 178 (74%) детей поражение было фокальным, у 63 (26%) — сегментарным.

42 (17,5%) пациентам рекомендовано динамическое наблюдение, 89 (36,9%) — медикаментозное лечение

препаратом пропранолол, 110 (45,6%) — хирургическое лечение.

В стадии начальных проявлений рекомендовано динамическое наблюдение с интервалом 2 нед.

На стадии активного роста при медленном увеличении патологического очага пациентам рекомендовано динамическое наблюдение с интервалом 2 нед (12 пациентов, 28,6%). При быстром увеличении патологического очага, критической локализации, сегментарном поражении рекомендована консервативная терапия препаратом пропранолол курсом в течение 6–12 мес (35 пациентов, 14,5%). При фокальных поражениях и некритической локализации рекомендовано хирургическое лечение (54 пациента, 22,4%).

На стадии начала инволюции использована тактика ведения пациентов: динамическое наблюдение — у 13 (5,3%), медикаментозная терапия — у 28 (11,6%), хирургическое удаление — у 11 (4,5%) пациентов.

При выраженной инволюции: динамическое наблюдение — у 7 (2,9%) пациентов, хирургическая коррекция — у 34 (14,1%).

На стадии резидуальных проявлений: динамическое наблюдение — у 10 (4,1%) и хирургическая коррекция — у 11 (4,5%) пациентов.

**Заключение.** В последние годы использована тактика ведения пациентов, включающая динамическое наблюдение, медикаментозную терапию, хирургическое лечение; тактика основана на особенностях клинических проявлений гиперплазии кровеносных сосудов и возможности ее самопроизвольной инволюции, что позволило значительно повысить качество лечения данной патологии.