

№4. – С. 42-46.

4. Дорошенко, Е.М. Структура пула свободных аминокислот и их производных плазмы крови у пациентов с ишемической болезнью сердца и проявлениями хронической сердечной недостаточности / Е.М. Дорошенко, В.А. Снежицкий, В.В. Лелевич // Журнал Гродненского государственного медицинского университета. – 2017. – Т. 15, № 5. – С. 552–553.

НАШ ОПЫТ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ МЛАДЕНЧЕСКИХ ГЕАНГИОМ

***Новосад В.В.¹, Бондарева О.И.², Бондарева П.В.³, Ковальчук В.И.⁴,
Салкевич Я.Ф.³, Телятицкий В.В.⁴***

*Гродненский государственный медицинский университет¹,
ГУЗ " Детская поликлиника №1 г.Гродно"²,
УЗ "Гродненская областная детская клиническая больница"³,
Гродненский государственный медицинский университет⁴*

Актуальность. Младенческая гемангиома – самое распространенное доброкачественное сосудистое образование у детей младшего возраста, встречается у 5-10% детей. По данным литературы соотношение мальчики: девочки 1:7. В 80% случаев на теле имеется один очаг, в 20% – проявляются в нескольких местах. Открытые участки кожного покрова (голова, лицо, шея) поражаются более чем в 80% случаев.

Отличительной характеристикой именно этого вида гемангиом является уникальный жизненный цикл. В своем развитии любая младенческая гемангиома проходит несколько периодов, или фаз.

При рождении гемангиома кожи может быть незаметна или выглядеть как плоское пятно розоватого или синюшного цвета (скрытая, или продромальная фаза). На 3-4 неделе жизни в гемангиоме развивается активное кровоснабжение и образование начинает выбухать над уровнем кожи, наполняться кровью и напоминает зрелый помидор (фаза начальных проявлений). В последующие месяцы происходит интенсивное развитие микрососудов гемангиомы, что проявляется быстрым ростом образования (фаза активного роста). После активного роста – примерно с 4-х-6-ти месячного возраста до года – рост образования прекращается, кровоснабжение становится не таким интенсивным, поверхностный слой сморщивается, изменяется цвет. В таком стабильном виде гемангиома может находиться около 6-12 месяцев (фаза зрелости, или стабилизации). Процесс «рассасывания» гемангиомы может начинаться в период от нескольких месяцев после рождения до возраста 2-3 года (фаза обратного развития, или инволюции).

По некоторым данным, 50% младенческих гемангиом, не подвергавшихся лечению, полностью завершают инволюцию к 5-ти годам, а 70% - к 7-ми.

Актуальность гемангиом в практической работе детского хирурга связана в первую очередь с косметическими и, в некоторых случаях с функциональными результатами лечения.

Цель. Показать эффективность использования для медикаментозной терапии младенческих гемангиом лекарственного средства анаприлин.

Методы исследования. На базе УЗ «ГОДКБ» с 2016 года проводилось лечение пациентов с гемангиомами с применением β -блокатора (анаприлин). Группу наблюдения в нашем исследовании составили 19 детей в возрасте до 12 месяцев. Данным пациентам в схему медикаментозной терапии включался препарат анаприлин в дозировке 1-2 мг/кг/сут (с этапным увеличением в течение 3 суток), разделенный на три приема, курсом от 4 месяцев. Отмена анаприлина также проводилась этапно со снижением дозы на 0,5 мг/кг/сут в течение 1 месяца.

У всех пациентов до назначения препарата проводилась фотофиксация гемангиомы, а также общеклиническое обследование (анализы крови и мочи, биохимический анализ крови с определением показателей трансаминаз, уровня глюкозы, мочевины и креатинина крови), выполнялась электрокардиография, каждый ребенок был осмотрен кардиологом. В течение первых суток после приема препарата проводился мониторинг частоты сердечных сокращений и артериального давления при помощи кардиоманитора, в последующие трое суток выполнялась электрокардиография. После выписки из стационара контроль за состоянием детей осуществляли амбулаторно ежемесячно (показатели ЧСС, АД, ЭКГ), проводилась коррекция дозы препарата, в виду прибавки ребенком веса. А также оценивались размеры, плотность гемангиомы, проводилось ее фотографирование.

Для оценки эффективности терапии учитывались следующие параметры: прекращение роста и/или уменьшение размеров гемангиомы, уменьшение ее плотности и яркости окраски.

Результаты и их обсуждение. У всех 19 пациентов уже на следующие сутки после назначения анаприлина имела место положительная динамика: плотность гемангиомы уменьшалась, цвет становился более бледным. Наиболее выраженный эффект отмечался на фоне дальнейшего применения препарата, при чем уже в первый месяц от начала приема

Через 4 месяца лечения у 4 детей отмечен практически полный регресс гемангиомы. У 2 детей с локализацией гемангиомы в области носа терапия продолжалась до 1 года 1 месяца. У 8 пациентов отмена анаприлина выполнена через 8-9 месяцев от начала назначения препарата. Остальные дети из группы наблюдения продолжают терапию анаприлином с выраженным клиническим эффектом. У одного ребенка после самостоятельного отмена курса терапии анаприлином матерью отмечено рецидивирование гемангиомы, что потребовало повторного назначения фармпрепарата. Побочный эффект препарата в ходе

лечения выявлен у 1 ребенка (снижение аппетита, плохая прибавка в массе тела).

Выводы.

1. Применение анаприлина является альтернативным методом лечения пациентов с гемангиомами сложной анатомической локализации, быстро растущими гемангиомами и носящими множественный характер с отличным и удовлетворительным косметическим эффектом.

2. Полученные результаты наблюдения и лечения пациентов с младенческими гемангиомами свидетельствуют об эффективности и достаточной безопасности применения анаприлина.

ЛИТЕРАТУРА

1. Новые возможности в лечении инфантильных гемангиом с помощью пропранолола / Ю.А. Поляев [и др.] // Международный медицинский журнал. – 2012. – № 2. – С. 94 – 102.

2. Новый взгляд на лечение инфантильных гемангиом (сосудистых гиперплазий) / Н.П. Котлукова [и др.] // Педиатрия. – 2012. – Т. 91. № 6. – С. 60 – 64.

3. Hemangiomas and vascular malformations. An atlas of diagnosis and treatment / R. Mattassi, D.A. Loose, M. Vaghi. – Springer, Milan. – 2009. – 331p.

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ С ЭКЗЕМОЙ

Новоселецкая А.И.

Гродненский государственный медицинский университет

Актуальность. Известно, что экзема составляет от 15 до 40% случаев в структуре дерматологической заболеваемости [2, 3, 4], являясь при этом одной из самых частых причин нетрудоспособности [4], что и определяет не только медицинскую, но и социальную значимость данной проблемы. Актуальность изучаемой проблемы обусловлена не только ростом заболеваемости, но и особенностями течения экземы в современных условиях, которое имеет стойкую тенденцию к утяжелению, сопровождается частыми продолжительными рецидивами, значительным распространением патологического процесса на коже, характеризуясь при этом резистентностью к общепринятым методам лечения, увеличением периода нетрудоспособности.

Цель. Клиническая характеристика больных экземой, встречающихся в реальной клинической практике.

Методы исследования. Сбор жалоб и анамнеза, общий осмотр, объективное обследование всех органов и систем, обследование локального статуса, определение клинической формы, стадии, распространённости и степени тяжести заболевания. Для оценки площади и тяжести патологического процесса у обследуемых пациентов с экземой, а также и для анализа эффективности