

основной группы визуально выглядели отечными. Гистологически отмечен субамниальный отек, уплощение и участки десквамации амниотического эпителия. структура компактного слоя характеризовалась чередованием зон истончения компактного вещества и гиалиноза. Частота встречаемости адаптивных и компенсаторных процессов в плацентах основной группы меньше таковой группы контроля. Преобладали в основной группе гиперплазия синцитиальных почек (54,4%) и полнокровие капилляров терминальных и промежуточных ворсин (45,6% $p < 0,05$).

Вывод. Таким образом, результаты морфологического и клинического обследования пациенток с дисплазией соединительной ткани подтверждают высокий риск плацентарной недостаточности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Акушерство: Национальное руководство / под редакцией Г. М. Савельевой, Г. Т. Сухих, В. Н. Серова, В. Е. Радзинского. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 1080 с.
2. Кузьмин, В. Н. Фетоплацентарная недостаточность: проблема современного акушерства / В. Н. Кузьмин // Лечащий врач. – 2011.– № 3. – С. 50–54.
3. Диагностика и лечение наследственных и многофакторных нарушений соединительной ткани: национальные клинические рекомендации / Е. Л. Трисветова [и др.]. – Минск: ДокторДизайн, 2015. – 59 с.
4. Роль недифференцированной дисплазии соединительной ткани в развитии акушерских осложнений / И. В. Игнатко [и др.] // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2016. – Т. 15, № 5. – С. 44-52. – doi: 10.20953/1726-1678-2016-5-44-52.
5. Дисплазия соединительной ткани и ее влияние на женское здоровье / И. Ю. Ильина [и др.] // Opinion Leader. – 2020. – № 2. – С. 76-79.
6. Фадеева, Т. С. Влияние степени тяжести недифференцированной дисплазии соединительной ткани на течение беременности / Т. С. Фадеева, М. В. Молоканова, О. Г. Павлов // Вестник новых медицинских технологий. – 2019. – Т. 13, № 3. – С. 12-13. – doi: 10.24411/2075-4094-2019-16395.

В ПРОДОЛЖЕНИЕ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ МЛАДЕНЧЕСКИХ ГЕМАНГИОМ

Новосад В.В.¹, Ковальчук В.И.¹, Новосад Е.А.², Салкевич Я.Ф.³

¹Гродненский государственный медицинский университет,

²Гродненский областной клинический перинатальный центр,

³Гродненская областная детская клиническая больница

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 [4].

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% инфантильных гемангиом, не подвергавшихся лечению, полностью завершают инволюцию к 5-ти годам, а 70% - к 7-ми [5].

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 [2, 3].

Методы исследования. На базе УЗ «Гродненская областная детская клиническая больница» с 2016 года проводится лечение пациентов с гемангиомами с применением β -блокатора (анаприлин). Группу наблюдения в нашем исследовании составили 57 детей в возрасте до 18 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. 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 трех суток после приема препарата проводился мониторинг частоты сердечных сокращений и артериального давления при помощи кардиомонитора. После выписки из стационара контроль за состоянием детей осуществляли амбулаторно ежемесячно (показатели ЧСС, АД, ЭКГ), проводилась коррекция дозы

препарата, в связи с прибавкой массы тела ребенка. 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 57 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 33 детей отмечен практически полный регресс гемангиомы. У 9 детей с локализацией гемангиомы в области носа терапия продолжалась до 1 года 4 месяцев, у 1 ребенка (гемангиома ротоглотки) – 18 месяцев. У 36 пациентов отмена анаприлина выполнена через 8-10 месяцев от начала назначения препарата. У одного ребенка после самостоятельного отмена курса терапии анаприлином матерью отмечен рост гемангиомы, что потребовало повторного назначения фармпрепарата. Побочный эффект препарата в ходе лечения выявлен у 1 ребенка (снижение аппетита, плохая прибавка в массе тела) [1].

Выводы.

1. Наличие гемангиомы у детей раннего возраста является показанием к проведению системного лечения.
2. Оценка эффективности лечения анаприлином указывает на его высокую результативность с одновременной хорошей толерантностью.
3. Как можно более раннее начало лечения анаприлином позволяет предотвращать развитие расстройств функций или значительных косметических дефектов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лечение младенческих гемангиом неселективными β -адреноблокаторами / В. В. Новосад, В. И. Ковальчук, Е. А. Новосад, Е. О. Романова. // Актуальные проблемы медицины: сборник материалов итоговой научно-практической конференции. – Гродно, 2021. – С. 632-634.
2. Новые возможности в лечении инфантильных гемангиом с помощью пропранолола / Ю. А. Поляев [и др.] // Международный медицинский журнал. – 2012. – № 2. – С. 94-102.
3. Новый взгляд на лечение инфантильных гемангиом (сосудистых гиперплазий) / Н. П. Котлукова [и др.] // Педиатрия. – 2012. – Т. 91. № 6. – С. 60-64.
4. Hemangiomas and vascular malformations. An atlas of diagnosis and treatment / R. Mattassi [et al.]. – Springer, Milan. – 2009. – 331p.
5. Storch, C. H., Hoeger, P. N. Propranolol for infantile haemangiomas: insights into the molecular mechanisms of action / C. H. Storch, P. N. Hoeger // Br J Dermatol. – 2010. – Т. 163 (2). – P. 269-74.