

возможно, из-за недостаточной концентрации препарата.

На фоне проведенной терапии ни у кого из пациентов не были отмечены побочные действия.

Таким образом, применение бета-блокаторов при местном применении в виде инстилляций тимолола 0,5% в течение 3-6 месяцев при младенческой гемангиоме безопасно и эффективно.

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. Maguiness, S. Infantile hemangiomas: a look back and future directions / S. Maguiness, J. Friede // Actas Dermosifilogr. – 2009. – 100. – P. 73-76.
3. Reduction in astigmatism using propranolol as first line therapy for periocular capillary hemangioma / I. Didi [et. all.]// Am. J. Ophthalmol. – 2011. – 151. – P. 53-58.
4. Guo, N. Ni Topical treatment for capillary hemangioma of the eyelid using beta-blocker solution / Ni. N. Guo // Arch. Ophthalmol. – 2010. – 128. – P. 255-256.
5. Malla, S. Tratamiento de hemangiomas infantiles con corticoides orales / S. Malla, A. Torrelo, A. Zambrano // Actas Dermosifilogr. – 2004. – 95. – P. 370-373.

TOPICAL APPLICATION OF A NON-SELECTIVE BETA-BLOCKER IN THE TREATMENT OF CHILDREN WITH SUPERFICIAL INFANTILE HEMANGIOMAS

Prikhodko A. A.

Grodno State Medical University, Grodno, Belarus

vass1980@mail.ru

Infant hemangioma is one of the most common benign tumors of childhood. The incidence rate is 8-10% of all newborns. The most effective treatment is at an early stage of the development of infant hemangioma – in the proliferation phase.

НАШ ОПЫТ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ МЛАДЕНЧЕСКИХ ГЕМАНГИОМ

Приходько А. А.

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

vass1980@mail.ru

Введение. 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 4-6-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 годам, 70% – к 7 [5].

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

Цель исследования. Показать эффективность использования для медикаментозной терапии младенческих гемангиом лекарственного средства анаприлин [2, 3].

Материалы и методы. На базе УЗ «ГОДКБ» с 2016 г. проводится лечение пациентов с гемангиомами с применением β -блокатора (анаприлин). Группу наблюдения в нашем исследовании составили 67 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 проводились 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 исследования. У всех 67 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, причем уже в первый месяц от начала приема.

Через 4 месяца лечения у 33 детей отмечен практически полный регресс гемангиомы. У 14 детей с локализацией гемангиомы в области носа терапия продолжалась до 1 года 4 месяцев, у 1 ребенка (гемангиома ротоглотки) – 18 месяцев. У 46 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. Наличие гемангиомы у детей раннего возраста – показание к проведению системного лечения.

Оценка эффективности лечения анаприлином указывает на его высокую результативность с одновременной хорошей толерантностью.

Как можно более раннее начало лечения анаприлином позволяет предотвращать развитие расстройств функций или значительных косметических дефектов.

Литература

1. Лечение младенческих гемангиом неселективными β -адреноблокаторами / Новосад В. В. [и др.] // 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. – P. 331.

5. Storch, C. H. 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.

OUR EXPERIENCE IN THE CONSERVATIVE TREATMENT OF INFANT HEMANGIOMAS

Prikhodko A. A.

Grodno State Medical University, Grodno, Belarus

vass1980@mail.ru

Infantile hemangioma is the most common benign vascular formation in young children, occurring in 5-10% of children. According to some data, 50% of infantile hemangiomas that have not been treated completely complete involution by the age of 5, and 70% by the age of 7.

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ КАК ФАКТОР ОСЛОЖНЕННОГО ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ И ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ

Прусакова А. А., Петрова Е. О.

Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь

prusakova.0303@list.ru

Введение. Артериальная гипертензия (АГ), диагностируемая при уровне САД >140 мм рт. ст. и (или) ДАД >90 мм рт. ст., – проявление включения основных звеньев патогенеза: увеличения сердечного выброса и повышения общего периферического сосудистого сопротивления [1, 3]. Продолжительное функционирование организма в подобных условиях влечет за собой ремоделирование эндотелиального слоя сосудистой стенки [2]. Для беременных женщин данная патология по праву считается особо значимой, поскольку чревата осложнениями как для матери в виде преэклампсии, преждевременных родов, преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты, так и для плода в виде ФПН (фетоплацентарной недостаточности), ХГП (хронической гипоксии плода), СЗРП (синдрома задержки развития плода) [4, 5].

Цель исследования. Оценить влияние АГ беременных какотягощающего фактора на состояние плода и течение беременности и родов.

Материалы и методы. На базе УЗ «Витебский городской клинический родильный дом № 2 г. Витебска» в период с 29.11.2023 по 13.03.2024 был проведен ретроспективный анализ 82 медицинских карт пациенток, 42 из которых были срочно госпитализированы на сроке с 28 по 40 неделю (третий триместр беременности) в связи с выявленным повышением АД, а остальные 40 не имели фактора риска в виде повышенного АД. Выборка была поделена на четыре группы в соответствии с возрастом: первая опытная – 22 человека (21-33 года), вторая опытная – 20 человек (34-44 года); первая контрольная – 20 человек (21-31 год), вторая контрольная – 20 человек (32-42 года). Для оценки значимости различий исходов в зависимости от воздействия фактора риска был применен критерий Хи-квадрат Пирсона (χ^2). В целях изучения направления