

Шамсиев Жамшид Азаматович

доктор медицинских наук

заведующий кафедрой детской хирургии, анестезиологии-реаниматологии

Самаркандский государственный медицинский институт, Узбекистан

Ибрагимов Отабек Абилович

ассистент кафедры детской хирургии

Самаркандского государственного медицинского института, Узбекистан

Зайниев Сухроб Сабилович

кандидат медицинских наук, доцент кафедры детской хирургии

Самаркандского государственного медицинского института, Узбекистан

**ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ МЛАДЕНЧЕСКИХ ГЕМАНГИОМ
С ПРИМЕНЕНИЕМ АНАПРИЛИНА**

Актуальность. Гемангиома - доброкачественная сосудистая опухоль, поражающая детей до 1-го года и имеющая характерное клиническое течение. Гемангиомы встречаются примерно у 10 из 100 малышей. У 80% детей эти опухоли появляются в период от первых 2-х недель до 2-х месяцев после рождения [2]. Многообразие их форм, локализаций и распространенности диктуют необходимость постоянного поиска эффективных методов лечения. Несмотря на многообразие существующих методов лечения, не всегда удается подобрать оптимальный, особенно если речь идет о гемангиомах, располагающихся в области лица, где требования к эстетичности остающегося следа наиболее высоки [1].

Цель работы: изучение влияния анаприлина на гемангиомы у детей, а также оценка безопасности данного метода лечения.

Материал и методы. В 2-клинике Самаркандского Государственного Медицинского института за период 2005-2017 гг проведён анализ лечения 470

пациентов с различными формами гемангиом. В возрасте до 1 года пролечено 255 (54,3%) ребенка, 1 - 3 лет - 98 (20,8%), 4 - 7 лет - 66 (14,0%), 8 - 15 лет - 51 (10,9%). Из них мальчиков было 198 (42,1%), девочек – 272 (57,9%). Наиболее часто встречались капиллярные гемангиомы – у 296 (62,9%) больных, кавернозные гемангиомы у 136 (29%) больных, комбинированная выявлена у 38 (8,1%). Доза анаприлина составляла из расчета 2 (± 0.5) мг/кг массы тела ребенка. Препарат назначался перорально. Перед началом консервативного лечения и в течение всего периода лечения проводилось ЭКГ, определение глюкозы в крови, доплерография, измерение артериального давления.

Результаты: После проведенного лечения среднее время наблюдения составило 17 (10-24) мес. У большинства пациентов после 9 месяцев наблюдалось значительное снижение интенсивности окраски гемангиомы. Общая переносимость препарата была хорошей, не было отмечено гемодинамических изменений. В связи с улучшением у 345 больных через 1 год лечение закончено. 32 больным потребовалось повышение дозы анаприлина (до 2,5 мг/кг на массы тела). У 12 пациентов, прошедших курс лечения, через 3 мес. после прекращения терапии были зафиксированы небольшой повторный рост и потемнение гиперплазии. Повторный рост гемангиом после остановки терапии наблюдался чаще у детей старше 1 года. Этим пациентам было повторно назначено лечение анаприлином. Обычно рецидивы гемангиом протекают легко, и пациенты хорошо реагируют на повторную терапию. 125 больным продолжается лечение анаприлином на разных стадиях регрессии, однако скорость регрессии различается.

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют об эффективности и достаточной безопасности терапии гемангиом у детей неселективным бета-адреноблокатором анаприлином. Терапию анаприлином целесообразно

начинать в возможно более ранние сроки для получения более выраженного и более быстрого эффекта.

Список литературы:

1. Диомидов И.А., Чернядьев С.А., Леонов А.Г., Ткаченко А.Е., Созонов А.В. Опыт лечения детей с гемангиомами в области лица и шеи с применением пропранолола // Современные проблемы науки и образования. – 2016. – № 4.; URL: <http://science-education.ru/ru/article/view?id=25046> (дата обращения: 30.04.2020).
2. Кучеров Ю.И., Жиркова Ю.В., Рехвиашвили М.Г., Михалев И.А., Москвитина Л.Н. Шипорев Д.Л. Использование пропранолола для лечения осложненных форм гемангиомы у детей. Педиатрическая фармакология /2014/ том 11/ № 4 с. 46-50.