

Лечение «гемангиом»: вчера и сегодня

Интервью с научным руководителем Клиники детской челюстно-лицевой хирургии и стоматологии, заслуженным деятелем науки РФ, доктором медицинских наук, профессором **Виталием Владиславовичем Рогинским**.



– Виталий Владиславович, пожалуйста, расскажите немного о Вашей клинике. Каким образом строится в ней работа?

– Новое здание клиники открылось в 2011 г. Собственное новое здание стало домом для Московского центра детской челюстно-лицевой хирургии, который был основан еще в 1991 г.

Здание строилось 8 лет. Теперь это одна из крупнейших клиник европейского уровня с разными отделениями, в которых можно лечить все виды патологии у детей в челюстно-лицевой области. Мы хорошо оснащены, в том числе уникальными приборами. Мы сами все здесь планировали, у нас даже есть музей. С сотрудниками клиники работает очень хорошо, у нас очень хороший коллектив, очень хорошая команда.

В нашей клинике работа идет по двум взаимосвязанным направлениям – научному и лечебному. Мы занимаемся серьезной наукой и стараемся, чтобы у нас научная работа была в приоритете. Раньше мы работали на чужих базах и не могли в полной мере планировать свою работу, в том числе лечебную. Бывало, нашим сотрудникам вменялось в вину то, что мы брали на лечение тяжелых больных. Теперь такого, конечно, нет.

– У Вас в центре могут лечить дети из всех регионов?

– Наш центр – федеральный, мы лечим детей со всей страны. Сейчас в клинике осуществляют три вида медицинской помощи: бюджетная – высокотехнологичная и специали-

зированная – и хозрасчет. Если больному не положены высокотехнологичная или специализированная медицинская помощь, он может лечиться на собственные средства. Так лечатся у нас пациенты из стран ближнего зарубежья – Белоруссии, Украины и т.д.

– Есть ли еще в Москве отделения, в которых детям оказывают помощь по челюстно-лицевому направлению?

– Есть примерно такое же отделение в МГМСУ им. А.И.Евдокимова. Там также на хорошем уровне проводится хирургическое лечение, есть терапевтическая служба. Основное отличие в том, что в МГМСУ на первом месте стоит учебный процесс, а у нас только лечебный и научный.

Есть детские челюстно-лицевые отделения в Российской детской клинической больнице (РДКБ), в Московском областном научно-исследовательском клиническом институте им. М.Ф.Владимирского (МОНИКИ).

– Какая из тем, разрабатываемых в клинике, кажется Вам наиболее интересной?

– Последние годы мы разрабатывали концепцию сосудистых поражений, создавали научную базу и лечили больных в соответствии с этой новой концепцией. Я думаю, мы на базе клиники со временем откроем сосудистый центр. Сейчас предпринимаем шаги в этом направлении.

– В чем заключается новизна концепции сосудистых поражений?

– Мы вышли на принципиально новые понятия. Согласно классификации ISSVA (1996 г.), все сосудистые аномалии делятся на сосудистые опухоли и сосудистые мальформации. Так называемые инфантильные гемангиомы и врожденные поражения, согласно этой классификации, относятся к группе опухолей. Мы с группой исследователей выделили в группе сосудистых поражений нозологическую форму «гиперплазия». Это форма заболевания, которая наблюдается только у детей, является самой многочисленной по сравнению с мальформациями и опухолями. Мы вы-

сказали мнение, что детские и врожденные гемангиомы есть гиперплазии кровеносных сосудов. Предположительно, возникновение гиперплазий связано с гипоксией тканей плода. Лечение детей с сосудистыми гиперплазиями должно проводиться дифференцированно и наиболее щадящими методами. Этим мы и занимаемся.

– Много ли детей с сосудистыми гиперплазиями?

– Это одна из самых больших групп патологии. Гиперплазия встречается чаще других сосудистых поражений. У детей они встречаются у 1 на 100, а у недоношенных даже у 1 на 10. Мальформации встречаются примерно у 1 на 7 тыс. Опухоли же крайне редки, истинных, так называемых сосудистых опухолей, гемангиом, у детей практически не бывает, процент их ничтожный. То, что раньше широко называлось гемангиомами, является сосудистыми гиперплазиями и представляет собой реактивные, развивающиеся, а затем часто самопроизвольно инволютирующие образования. Это важно понимать, поскольку терминология определяет подходы к лечению. Когда ставится диагноз опухоли, врачи имеют право лечить ребенка любыми, в том числе варварскими, методами. В нашей стране это – криодеструкция, рентгенотерапия, электролизис,

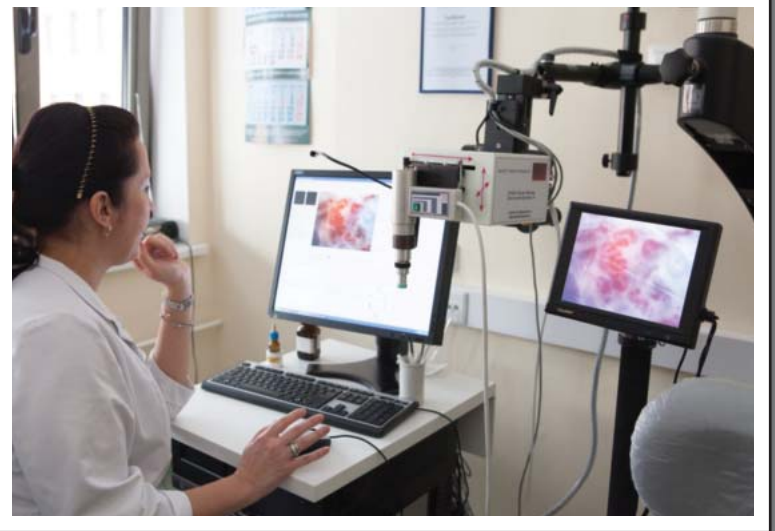
гормоны и т.д. Иногда ужас охватывает, когда на консульгации приносят детей после этих видов лечения «гемангиом».

Недавно шведский врач, одна из ведущих специалистов по сосудистой патологии в этой стране Ангелина Троллинг давала мастер-класс в России, узнала о наших разработках и приехала к нам в клинику. Ей у нас очень понравилось, она с пониманием восприняла нашу концепцию. Мы вместе смотрели больных, я специально пригласил ее на день консульгаций. Мы ей показали двух больных: одного после рентгенотерапии, а другого после криотерапии, проведенных в Москве в других лечебных учреждениях. Она была крайне удивлена, ведь так уже давно никто не лечит. В прошлом году я был в Мальме на XIX Всемирном конгрессе ассоциации сосудистых аномалий, там было сделано 95 докладов. Мы с сотрудниками провели их анализ, ни одного доклада по криодеструкции, по рентгенотерапии не было. Весь мир уже оставил эти методы в прошлом.

– Что принципиально отличает диагностику и терапию сосудистых гиперплазий?

– Сейчас, например, в нашей клинике внедрен новый метод под названием «компьютерная капилляроскопия», этот метод не применяется еще нигде в мире для диагностики и

Аппаратура для проведения компьютерной капилляроскопии.



В продолжение темы лечения гиперплазии кровеносных сосудов

Интервью с доктором медицинских наук, профессором, руководителем оториноларингологической службы Морозовской детской городской клинической больницы **Юрием Львовичем Солдатским**.



– Юрий Львович, Вы – один из создателей новой классификации патологических образований из кровеносных сосудов. Проф. Рогинский в своем интервью рассказал о том, что эта классификация опубликована, в настоящее время она обсуждается специалистами, возможно, эта классификация будет принята на международном уровне. Основное новшество – выделение новой группы образований из кровеносных сосудов, – сосуди-

стые гиперплазии. На эту группу сосудистых образований, по словам проф. Рогинского, хорошо действует кардиологический препарат пропранолол. Что было первично, выделена такая группа образований, на которые действует пропранолол, или сначала выделена группа, и оказалось, что ее можно лечить этим препаратом?

– Эффективность пропранолола была выявлена совершенно случайно у детей с сосудистыми гиперпла-

зиями, которым он назначался по поводу кардиологических проблем. Французскими врачами было замечено, что на фоне начатой терапии пропранололом гемангиомы очень быстро бледнели и уменьшались в размерах. Первая научная работа – это даже не статья, а письмо в журнал, в котором авторы написали об этом наблюдении. Было это примерно 4 года назад. С этого времени пропранолол очень активно начали использовать для лечения детей с сосудистыми гиперплазиями, есть

Пациент Н., 2 мес. Диагноз: сегментарная гиперплазия. Больной после криовоздействия.



Пациент А., 1 год 2 мес. Диагноз: сегментарная гиперплазия кровеносных сосудов: а – до лечения; б – тот же пациент через 6 мес после лечения.



а



б

мониторирования больных с сосудистой патологией. Из последних наших научных разработок эта самая интересная. Прибор капилляроскоп создан отечественными разработчиками, а насадки для решения конкретных целей мы уже дорабатывали совместно. Капилляроскопия – это та же микроскопия, только по всей поверхности очага поражения, при этом абсолютно безвредная, безболезненная. Пациент несколько раз за время лечения контролируется с помощью капилляроскопа. По сути метод помогает ставить диагноз и оценивать эффективность лечения. Разрешение 200 и 400, как и у микроскопа. Но капилляроскоп гораздо интереснее микроскопа, он позволяет на мониторе, например, хорошо видеть кровоток, даже отдельные эритроциты. При инволюции можно отследить разрастание интерстиция и исчезновение капилляров. Есть возможность количественного обсчета плотности капиллярной сети, при инволюции она снижается, что является доказательством эффективности терапии. Мы можем осматривать интересующую нас область и в режиме видеосъемки, и в режиме фотографии, имеем возможность сравнивать предыдущие изображения и текущий статус. Благодаря этому прибору мы приближаемся к раскрытию звеньев патогенеза сосудистых поражений. Мы с сотрудниками начали готовить атлас сосудистых поражений, который мы планируем издать и на английском языке.

Что касается подходов к лечению, то самый интересный новый метод, который появился в последние несколько лет – это лечение сосудистых гиперплазий кардиологическим препаратом пропранололом. Открытие его дополнительных свойств принадлежит французам. Делу помог случай, когда у ребенка, лечившегося преднизоло-

ном по поводу сосудистого поражения, началась аритмия. Был назначен пропранолол, а на следующий день увидели, что область сосудистого поражения побледнела, через несколько дней эффект стал еще более заметным. Страшно заинтересовались, организовали исследование – собрали группу пациентов из 9 человек, которым стали давать пропранолол. Увидели, что он хорошо работает. Этот опыт был проанализирован и опубликован. Буквально за 4 года весь мир взял пропранолол на вооружение. Наша команда также активно его применяет. С помощью капилляроскопии мы можем отслеживать эффективность лечения пропранололом: в течение ближайших нескольких месяцев капилляров становится меньше, появляется фиб-

розная интерстициальная ткань, а на заключительном этапе измененные капилляры практически исчезают, также значительно уменьшаются и местные проявления гиперплазии. Излечение на фоне терапии пропранололом происходит за 6–7 мес.

– А при кавернозных поражениях пропранолол применяется?

– На кавернозные поражения пропранолол не влияет, хотя многие пытались. Кавернозные изменения бывают только при мальформации. При гиперплазии каверн нет, и хотя многие их называют кавернозными гемангиомами, это не так. При гиперплазии есть только клубки капилляров. Мы просмотрели сотни гиперплазий и каверн не нашли, поэтому гипер-

плазии можно спокойно оперировать, не опасаясь кровотечений. Мальформации – другое дело, поэтому их обязательно надо дифференцировать. Те действительно бывают с полостями, фистулами, прямым перетоком от вен к артериям и т.д. Они бывают и капиллярные, и кавернозные. Гиперплазии – совсем другой тип поражения, который ничего общего с пороком развития, с мальформацией не имеет. При гиперплазии имеет место пролиферация эндотелия, близкая к опухолевому типу, а при мальформации – изменение строения сосудистой стенки и гемодинамические нарушения.

– Всегда ли происходит полная инволюция?

– Не всегда, очень часто бывает неполная инволюция. Или у одного пациента инволютирует сосудистая гиперплазия одной локализации, и это не происходит в другом месте. Если не происходит инволюция или она произошла частично, мы этих детей оперируем. Чаще всего полная инволюция не происходит, если кто-то вмешивается с местным лечением. Когда происходит самопроизвольная инволюция, там все, как правило, заканчивается благополучно.

Пропранолол, хирургическое лечение и лазеротерапия – основные методы лечения сосудистой гиперплазии у детей.

→ ул с. 4

Алгоритм лечения пациентов с гиперплазиями кровеносных сосудов в челюстно-лицевой области.

Сосудистая гиперплазия	фокальная	Первичные проявления	→	Динамическое наблюдение в течение 2 нед, при активном росте – лечение
		Активный рост	→	Хирургическое или лазерное удаление, медикаментозная терапия
		Начало инволюции	→	Наблюдение. Хирургическое или лазерное удаление, медикаментозная терапия
		Выраженная инволюция	→	Хирургическое или лазерное удаление
		Резидуальные проявления	→	Хирургическое удаление, лазерная коррекция
	сегментарная	Первичные проявления	→	Динамическое наблюдение в течение 2 нед, при активном росте – медикаментозная терапия
		Активный рост	→	Медикаментозное лечение
		Начало инволюции	→	Динамическое наблюдение, медикаментозное лечение при наличии сосудистого компонента
		Выраженная инволюция	→	Динамическое наблюдение
		Резидуальные проявления	→	Хирургическая или лазерная коррекция

уже порядка 250 работ, посвященных этой теме. Пропранолол действует именно на те образования, которые в новой классификации мы пытаемся выделить в отдельную группу. Понятие «гемангиома», которое традиционно используется – очень собирательное, так обычно называют совершенно разные по своей сущности образования. Пропранолол действует на те сосудистые гиперплазии (их еще часто называют инфантильными гемангиомами), которые сами могут поддаваться спонтанной регрессии после первого года жизни ребенка. Но суть в том, что пропранолол, наверное, не нужно назначать всем больным с сосудистыми гиперплазиями. Если гиперплазия небольшая, если она не растет активно, если она не угрожает жизни или отсутствуют какие-то

большие косметические дефекты, то обычно можно ограничиться традиционными методами лечения, например, криохирургией, или оставить ребенка на какое-то время под наблюдением, чтобы определиться с дальнейшей тактикой. Пропранолол назначается детям с сосудистыми гиперплазиями критической локализации – это область орбиты, половые органы, большие образования на лице и шее, которые уродуют ребенка, в том числе образования, которые локализируются в дыхательных путях, потому что эта локализация, наверное, самая критическая. Если не заниматься ребенком с сосудистой гиперплазией, локализованной в дыхательных путях, в течение первых недель после начала роста этого образования, ребенок может задохнуться.

– Есть ли какие-то противопоказания к назначению пропранолола? Есть ли побочные эффекты?

– Конечно, побочные эффекты могут быть. Это могут быть нарушения ритма сердца, снижение уровня сахара в крови, например. Самая большая проблема в том, что этот препарат кардиологический, и в инструкции по применению пропранолола показаний к лечению сосудистых гиперплазий нет. Поэтому это лечение может проводиться в России только в специализированных клиниках, в клиниках, имеющих разрешение этического комитета на проведение исследований и этого лечения. Больной, естественно, должен находиться под наблюдением кардиолога, который должен подбирать дозу, следить за тем, насколько толерантен организм ребенка к препарату. Также необходимо

наблюдение хирурга для того, чтобы своевременно решать вопрос о необходимости каких-то хирургических вмешательств и т.д. Лечение можно проводить только при условии подписи об информированном согласии родителей ребенка. Поскольку инструкция – это основной документ, формально назначать пропранолол обычный врач не имеет права, несмотря на то, что в мире уже несколько тысяч больных, пролеченных этим препаратом, о которых сообщено в печати. С пропранололом основная проблема – это отсутствие показаний к терапии сосудистых образований при помощи этого препарата. Пока производители не проведут клинические исследования и не изменят инструкцию, это останется проблемой.

→ ул с. 4

– Распространяется ли этот подход на другие клиники?

– Да, но недостаточно быстро. Некоторое время назад мы искали педиатрическую кафедру или клинику, которая бы поддержала нашу концепцию лечения пропранололом. К тому времени весь мир уже не-

ствительности к ним, по разным данным, достигает от 30 до 80%. Побочные эффекты лечения – огромный минус данного вида терапии. По мнению некоторых исследователей, гормональная терапия является вспомогательным методом ввиду недостаточной эффективности и необходимости сочетания с другими методами.

“ Пропранолол, хирургическое лечение и лазеротерапия – основные методы лечения сосудистой гиперплазии у детей.

сколько лет применял этот метод. Я обошел пять кафедр, клиник, все под изящными предложениями отказывались. Заинтересовалась только профессор Н.П.Котлукова из РНИМУ им. Н.И.Пирогова. Она первая согласилась. Мы взяли разрешение в этическом комитете, и она начала лечить. Сейчас мы успешно сотрудничаем. Мы всех больных, кому показано лечение пропранололом, отправляем в РНИМУ, а хирургическими методами лечим у нас в детской клинике.

– Виталий Владиславович, могли бы Вы кратко охарактеризовать наиболее распространенные методы терапии сосудистых гиперплазий, помимо β-адреноблокатора пропранолола и криотерапии?

– Основными направлениями лечения являются, с одной стороны, системное воздействие на ангиогенез и, с другой стороны, локальное воздействие на патологическую ткань. Системная фармакологическая терапия осуществляется кортикостероидами, рекомбинантным интерфероном, цитостатиками, β-адреноблокаторами. К локальным методам относятся оперативное удаление, криотерапия, электрокоагуляция, склерозирующая терапия, лазерная деструкция, рентгенотерапия, сверхвысокочастотная деструкция и так далее. Необходимо отметить, что большинство методов агрессивны, не учитывают возможность самопроизвольной инволюции, далеко не всегда останавливают рост гиперплазии.

Первым рядом препаратов системной терапии долгое время являлись **кортикостероиды**. Уровень чув-

ствительных к стероидам, альтернативой могут быть **цитостатики**. Однако эти препараты не нашли широкого применения в связи с выраженной нейротоксичностью.

Криотерапия – воздействие на патологический очаг низкими температурами. Метод агрессивный, болезненный, требует многократных повторений, чреват частыми осложнениями. Остающиеся после крио-воздействий рубцы и резидуальные патологические ткани, как правило, необходимо удалить в дальнейшем хирургическим путем, что может быть даже сложнее, чем хирургическое удаление первичного очага. На международных форумах по сосудистым аномалиям последних нескольких лет метод не рассматривается.

Методика **склеротерапии** заключается во введении в ткань сосудистого образования раствора, который вызывает раздражение тканей, приводящее к фиброзу и облитерации. Метод агрессивный, требует неоднократного проведения, однако эффективность его невелика, так как в тканях сосудистой гиперплазии нет субстрата сосудистых полостей, на который направлено действие склерозантов.

Лучевое лечение, как правило, используется при сосудистых образованиях сложных анатомических локализаций, например, орбиты. Лучевая терапия до сих пор применяется также при большой площади поражения. Среди возможных нежелательных явлений этого метода атрофия и дисколоризация кожного покрова, нарушение зрения, дефекты тканей, изменения скелета. Метод давно отторгнут мировым сообществом специалистов.

Использование **лазеротерапии** в настоящее время в большинстве случаев считается неоправданным ввиду низкой проникающей способности лазерных лучей и риска развития достаточно тяжелых осложнений. С другой стороны, воздействие лазером на небольшие поверхностные образования и его совместное применение с медикаментозными методами позволяет достичь хороших эстетических результатов. Наиболее оправданным является применение лазерной терапии в стадии активного роста и при коррекции резидуальных проявлений.

Хирургический метод – один из наиболее широко распространенных. Чаще всего он применяется в стадии инволюции и резидуальных проявлений, когда остаются дефекты кожи. На стадии активного роста хирургическое лечение целесообразно применять при небольших поражениях некритической локализации. Хирургическое удаление очага гиперплазии в активной стадии потенциально опасно, но его преимуществами являются предупреждение осложнений при критической локализации, уменьшение негативного психологического эффекта и некоторые другие.

Важно, чтобы лечение детей проводилось дифференцированно, с учетом возможности самопроизвольной инволюции! При лечении должны использоваться наиболее щадящие методы. В настоящее время лечение пропранололом является терапией первой линии при сосудистых гиперплазиях кровеносных сосудов.

“ Важно, чтобы лечение детей проводилось дифференцированно, с учетом возможности самопроизвольной инволюции!

– В чем, на Ваш взгляд, причина недостаточно быстро распространения инновационных методов терапии сосудистых поражений?

– Таких причин, на мой взгляд, три. Первая – консерватизм. Врачам проще мыслить так, как учат в институте, применять заученные схемы лечения. Вторая – определяется оборудованием, имеющим-

ся в распоряжении у врачей. Есть рентгенотерапевтическая установка – будут проводить только рентгенотерапию, есть ангиограф – будут делать эмболизацию, есть аппарат электролитического лизиса – будут делать его. Третья составляющая, на мой взгляд, – коррупционная, поскольку старые методы – это гарантированный приток денег. Важно понимать, что гиперплазии всегда инволютируют. Поэтому, например, вы проводите 3–4 курса рентгенотерапии в течение 1 года, и патологическое образование уменьшается в объеме. «Ваш» успех! Вот поэтому на рентгенотерапию никогда не берут пациентов после 2 лет. К этому времени инволюция, как правило, заканчивается, и рассчитывать уже не на что. Стати, при активном местном лечении обратного развития не происходит, поскольку нарушается естественный процесс инволюции. Очевиден вред для пациентов при применении устаревших местных методов лечения.

– Каким образом Вы планируете популяризировать свой подход?

– Мы с сотрудниками наметили 29 докладов по стране в этом году. Мы активно выступаем на разных конференциях, конгрессах, в том числе международных. Так, в феврале я выступил с большим докладом на съезде педиатров. Чтобы донести свою концепцию до всех, мы издали специальный журнал наполовину на русском, наполовину на английском языке, и с ним поехали на международный кон-

гресс по челюстно-лицевой хирургии в Хорватию в сентябре прошлого года. Там его вручили всем участникам. Мы хотим добиться пересмотра международной классификации болезней в части сосудистых аномалий, по мере сил боремся за это.

– Виталий Владиславович, благодарим Вас за интервью.

– Сколько центров в России, имеющих право его применять при сосудистых гиперплазиях?

– Насколько я знаю, только одна больница – это перинатальный кардиологический центр, который находится на базе ГКБ №67 г. Москвы. Челюстно-лицевые хирурги, отоларингологи, например, сами пропранолол не назначают. Они этих больных направляют в 67-ю больницу к кардиологам, которые подбирают дозу пропранолола и отслеживают ее переносимость. В связи с ремонтом педиатрического корпуса 67-й ГКБ перинатальный кардиологический центр во второй половине года, возможно, будет переведен на базу Тушинской детской больницы г. Москвы.

– А дети, которые старше 1 года?

– Дело в том, что лечение целесообразно проводить только у детей первого года жизни. После года, во-

первых, пропранолол уже не так эффективен, во-вторых, для сосудистых гиперплазий характерен рост именно на первом году жизни, а на втором, на третьем году они уже обычно не растут и часто подвергаются спонтанной регрессии.

– Как Вы относитесь к криохирургическому лечению?

– Криохирургия – это давно проверенный метод, который достаточно эффективен, в опытных руках обычно не дает каких-то осложнений. Но как и к каждому методу лечения, и к криохирургии есть показания и противопоказания. Есть сосудистые гиперплазии, которые можно вылечить одним криохирургическим вмешательством, после чего на коже сформируется очень нежный рубец. Но есть обширные образования, которые с помощью криохирургии можно и не удалить, а попытка удаления может привести к обезображивающим рубцам. Криохирургия однозначно имеет право на существование, но применяться должна строго по показаниям.

– Вы упомянули гемангиомы гортани. Вы специалист по лечению именно этой локализации. Каковы Ваши личные наблюдения по применению пропранолола?

– С тех пор, как мы начали применять пропранолол, сосудистые гиперплазии гортани мы больше не оперируем. Это редкая патология, но с кардиологами мы уже провели лечение у 13 больных. Это очень много для этой патологии.

– Как их диагностируют?

– При эндоскопии. На 2–3 мес жизни у ребенка возникает стеноз гортани. Обычно его госпитализируют в крупное отделение, там его лечат, выписывают, но пока не проведут эндоскопию, эффективность терапии остается низкой. Хорошо, если рано проведут эндоскопию, а если поздно, то очень часто дети попадают в отделение реанимации, в связи с асфиксией им часто накладывают трахеостому. Это тяжелая проблема. Для того,

чтобы снять стеноз, традиционно назначают большие дозы гормонов, поскольку они так же уменьшают размер образования, улучшают дыхание, но в то же время и дают большое количество побочных эффектов.

– И на фоне гормонов назначается пропранолол?

– Конечно, оптимально сразу назначить пропранолол, но для этого ребенок должен быстро попасть к кардиологам. Примерно у половины детей, которые поступают уже с выраженным стенозом гортани или уже получают гормоны, мы корректируем дозу гормонов, чтобы нормализовать дыхание, и затем, на фоне гормональной терапии переводим к кардиологам, они параллельно отменяют гормоны и назначают пропранолол. У больных, которые мы наблюдали, дальше все было хорошо.

– Юрий Львович, благодарим Вас за интервью.