

## МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С НИЗКОПОТОКОВЫМИ СОСУДИСТЫМИ МАЛЬФОРМАЦИЯМИ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Алимов С.В.<sup>1</sup>, Сомсиков Г.А.<sup>1</sup>, Жигулин А.Е.<sup>1</sup>, Ольхова Е.Б.<sup>3</sup>,  
Соколов Ю.Ю.<sup>2</sup>, Шахин А.В.<sup>1</sup>, Шолохова Н.А.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Детская городская клиническая больница святого Владимира, Москва, Россия;

<sup>2</sup> Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования, Москва, Россия;

<sup>3</sup> Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова, Москва, Россия

**Актуальность.** Несмотря на множество методов лечения, нет единого алгоритма диагностики и лечения пациентов с сосудистыми мальформациями.

**Цель:** разработать лечебно-диагностический алгоритм при различных формах сосудистых мальформаций.

**Материал и методы.** С капиллярными мальформациями (КМ) пролечено 213 детей; с венозными и лимфатико-венозными мальформациями — 89 детей; с лимфатическими 61 ребенок. В диагностике капиллярных мальформаций в большинстве случаев диагноз выставлялся на основании осмотра и сбора анамнеза, редко требовалось УЗИ мягких тканей с доплеровским исследованием (до 10 %) и очень редко МРТ и КТ с контрастированием для дифференциальной диагностики с сочетанными сосудистыми мальформациями и гемангиомами (менее 15 %).

Лечение КМ в нашем отделении проводится на лазерных аппаратах с короткой длиной волны (595 нм). Данная длина волны позволяет хорошо поглощать лазерное излучение кровью (преимущественно оксигемоглобином) и слабо поглощать эпидермисом. За счет этого избирательно разрушаются сосуды без разрушения прилегающих тканей.

**Результаты.** Эффективность метода 50–80 %. Эффективность лазерного лечения выше пропорционально возрасту. Диагноз «венозная лимфатико-венозная и лимфатическая (крупно-, мелкокистозной и смешанной форм) мальформация» выставляли на основании осмотра, сбора анамнеза, УЗИ с доплеровским исследованием (100 %), при глубоко расположенных мальформациях для оценки глубины поражения и дифференциальной диагностики выполнялась магнитно-резонансная томография с контрастным усилением (60 %), ангиография и КТ-ангиография.

В очень редких случаях для подтверждения диагноза требовалась открытая биопсия с гистологическим и иммуногистохимическим исследованием менее (5 %). Лечение венозных мальформаций начиналось с использования лазерного аппарата с короткой длиной волны (595 нм), а также длинноволнового Yag-неодимового лазерного аппарата с длиной волны 1060 нм, а также комбинированное их использование. Эффективность метода — до 90 % при поверхностно расположенных мальформациях.

При глубжележащих венозных мальформациях проводилось инъекционное склерозирование патологических сосудов склерозантами (Этоксисклерол, Фибровейн, блеомицин) под контролем УЗ-навигации и электронно-оптического преобразователя с йодсодержащим контрастным препаратом. Эффективность от 40 до 70 %. Также использовалось хирургическое иссечение патологического сосудистого образования.

Лечение крупнокистозных форм лимфатических мальформаций проводилось методом инъекционного склерозирования (блеомицин, доксициклин). Лечение мелкокистозных форм лимфатических мальформаций — методом инъекционного склерозирования, хирургического и лазерного лечения и в комбинации этих методов.

**Выводы.** Диагноз различных сосудистых мальформаций ставится на основании осмотра, тщательно собранного анамнеза, УЗИ, МРТ, КТ. В некоторых случаях для дифференциальной диагностики

дополнительно проводится ангиография и биопсия с иммуногистохимическим исследованием и медико-генетическим анализом. Лечение следует проводить с момента установления диагноза в раннем детском возрасте. Начинать лечение следует с наименее инвазивных методов, направленных на достижение не только хорошего функционального, но и косметического результата.

**Ключевые слова:** сосудистая мальформация; венозная мальформация; лимфатическая мальформация; капиллярная мальформация; склеротерапия; лазерное лечение; УЗИ сосудов; магнитно-резонансная томография-ангиография; детская хирургия.