

МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ЛИМФАТИЧЕСКИХ МАЛЬФОРМАЦИИ У ДЕТЕЙ

Денис А.Г.¹, Абушкин И.А.², Лапин В.О.², Галиулин М.Я.², Базина И.Г.¹

¹ Морозовская детская городская клиническая больница, Москва

² Центр медицинских лазерных технологий, Челябинск

Актуальность. Лимфатические мальформации (ЛМ) — редкие, доброкачественные, врожденные пороки развития лимфатических сосудов. Чаще всего локализуются в области головы и шеи. По данным разных авторов частота данной патологии коррелирует от 1,2 до 2,8 % на 100 000 новорожденных. Различают: макрокистозную, микрокистозную и смешанную форму.

Цель: выбор индивидуального метода лечения, в зависимости от формы ЛМ.

Методы. В период с 2015 по 2020 годы было пролечено 115 детей. Возраст детей при первом обращении составлял от 3 дней до 18 лет. У всех пациентов было выполнено ультразвуковое исследование с ЦДК и при необходимости МСКТ или МРТ с контрастированием. Тем самым было выделено по международной классификации сосудистых аномалий (ISSVA), три группы больных. 1 группа 47 % — смешанная форма, 2 группа 41 % — макрокистозная форма и 3 группу 12 % составила микрокистозная форма ЛМ. Лечение состояло из активного наблюдения, особенно в новорожденный период, склеротерапия препаратом Блеомицин и Пицибанил, лазерная интерстициальная коагуляция излучением 0,97 нм, хирургический метод и их комбинация. Пациенты 1 группы: 25,2 % — склеротерапия, 15,6 % выполнено склеротерапия и лазерная интерстициальная коагуляция, у 6,8 % склеротерапия в комбинации с иссечением. Пациенты 2 группы: 23,3 % было выполнена склеротерапия, 11,7 % — выполнено иссечение ЛМ и 3 % комбинация этих двух методов. 3 группа: всем пациентам была выполнена лазерная интерстициальная коагуляция микрокистозной ЛМ. Склерозирование в целом проведено у 69 (24,8 %) пациентов, из них у 23 Пицибанилом, а у 46 — Блеомицином.

Результаты. Отличный клинический результат мы получили при микрокистозной ЛМ с использованием лазерной деструкции. Отличный функциональный и хороший эстетический результат (постоперационный рубец) мы получили у макрокистозных и смешанных форм ЛМ у 92,8 % больных. У 1,8 % больных с обширными и сочетанными анатомическими областями шеи и средостения мы отмечали значительные улучшения и данная группа детей предстоит следующий этап лечения.

Выводы: 1) Для выбора тактики лечения, обязательно нужна функциональная и лучевая диагностика — УЗИ с ЦДК, МСКТ или МРТ с контрастированием, для выявления формы лимфатической мальформации; 2) На фоне выработанных нами тактик лечения, можно сделать вывод, что при микрокистозной форме ЛМ — которая чаще всего встречается в области языка и дна полости рта — показано лазерная деструкция. При макро и смешанной форме ЛМ рекомендовано начать с малоинвазивным методом лечения — склеротерапией.