



– истинные сосудистые опухоли [1].

У детей, особенно первого года жизни, в большей степени преобладают сосудистые гиперплазии. Именно к сосудистым гиперплазиям относятся наиболее часто встречающиеся у детей первого года жизни образования из кровеносных сосудов, локализующиеся в гортани [3].

Стремление выделить сосудистые гиперплазии в отдельную группу связано с уникальной особенностью этих образований к самопроизвольной инволюции [4].

Инфантильная гемангиома характеризуется быстрым ростом, за которым следует медленная инволюция. Стадия пролиферации характеризуется увеличением уровня фактора роста фибробластов и фактора роста сосудистого эндотелия. Наибольший рост происходит у детей в возрасте от 4 до 6 месяцев. Проплиферация значительно замедляется в темпе с 6-го по 12-й месяц. Стадия инволюции характеризуется апоптозом эндотелия и подавлением ангиогенеза и коррелирует с накоплением тучных клеток и увеличением тканевого ингибитора металлопротеиназы 5. Полная инволюция в 50% случаев завершается в возрасте 5 лет, в 70% – в возрасте 7 лет [5, 6].

Возможными маркерами пролиферации и дифференциации гемангиомы являются: фактор роста сосудистого эндотелия (VEGF), фактор роста фибробластов (FGFs), матриксная металлопротеиназа (MMPs) [6].

Инфантильные гемангиомы гортани встречаются у девочек в два раза чаще, чем у мальчиков. В 93,5% гемангиома располагается в нижнем отделе гортани, в 6,5% наблюдений она занимает и средний отдел [7]. Наиболее часто встречающаяся локализация подскладочной гемангиомы – на левой стороне гортани. Она также может быть представлена круговой, двусторонней или односторонней локализацией с (без) распространением на задние отделы [5].

Симптомы обычно проявляются у детей в возрасте до 6 месяцев. Суть процесса характеризуется прогрессирующей обструкцией дыхательных путей в течение пролиферативной фазы, за которой следует разрешение симптомов в течение фазы инволюции. Чаще всего первыми симптомами является двухфазный стрidor, который усугубляется плачем и инфекцией верхних дыхательных путей. Стридор обычно появляется на 2–3 месяце жизни. Инспираторная одышка наблюдается в 3–4 месяца у 85–90% больных. Первые симптомы заболевания зачастую ошибочно диагностируют как круп [5, 7–9]. По данным зарубежной литературы, средняя летальность от этого заболевания составляет 8,5% [10].

Диагностика подскладочной гемангиомы основывается на сборе анамнеза и данных клинического исследования. Диагноз подтверждается

эндоскопическим исследованием. Цвет варьирует от красного до синюшного, в зависимости от толщины слизистой оболочки и уровня васкуляризации. Биопсия допустима только в случаях, если находки эндоскопического исследования не однозначны [5].

За несколько последних десятилетий лечение гемангиом подголосового отдела гортани активно развивалось. Оно включало в себя как медикаментозные, так и хирургические способы: системные и местные кортикостероиды, альфа-интерферон, винкристин, лазерную деструкцию, трахеостомию и открытую хирургическую резекцию. До сих пор оральные кортикостероиды считались препаратом выбора. Их эффективность доказана, но их длительное использование может привести к нарушению роста, желудочно-кишечным расстройствам, раздражительности, синдрому Кушинга, снижению иммунитета. Местное введение кортикостероидов эффективно в 82%, но требует как минимум 6 процедур и длительной интубации для достижения успеха. Другие консервативные способы лечения, такие как альфа-интерферон, винкристин, использовались редко (только в тяжелых случаях при неэффективности стероидной терапии) в связи с их токсичностью. Лечение лазером успешно в 89%, но с большой вероятностью развития такого грозного осложнения, как рубцовый стеноз подголосового отдела гортани. Наложение трахеостомы также может быть оправдано в ожидании спонтанной инволюции гемангиомы и исчезновения признаков обструкции верхних дыхательных путей, но она может привести к стенозу трахеи или наличию трахеокутанного свища после деканюляции. Открытое хирургическое вмешательство успешно в 94% случаев [11–13].

12 июня 2008 г. статья в «The New England Journal of Medicine» изменила взгляд всего мира на лечение ИГ: ранее неизвестный эффект пропранолола был обнаружен случайно. У ребенка с ИГ лица на фоне лечения кортикостероидами развилось характерное осложнение на сердце – обструктивная гипертрофическая кардиомиопатия. Для коррекции данного состояния ребенку был назначен неселективный β -адреноблокатор пропранолол. На следующий день после начала терапии гемангиома изменила цвет от интенсивного красного до фиолетового и стала более мягкой на ощупь. За 10 месяцев лечения пропранололом ИГ почти полностью исчезла. После отмены кортикостероидов рецидива не наблюдалось. Полная инволюция ИГ была достигнута к 14 месяцам [11].

Пропранолол – это неселективный β -блокатор, обладающий антиаритмическим, гипотензивным и антиангинальным эффектами.

По данным Государственного реестра лекарственных средств по состоянию на 16.09.2016 г. на