

чали перорально в дозе 1 мг на 1 кг массы тела в сутки с переходом на 2 мг/кг в сутки в 3 приема.

Результаты исследования. Клинический эффект (уменьшение степени стеноза) был достигнут у всех пациентов на фоне приема глюкокортикоидов и пропранолола в течение 7 дней от начала приема пропранолола. На 8-е сутки приема пропранолола всем пациентам проводили отмену преднизолона по стандартной схеме. У 6 пациентов отмена преднизолона не сопровождалась нарастанием клинических признаков стеноза гортани. У одной девочки на 2-е сутки после отмены стероидов выросли явления стеноза гортани, в связи с чем был продолжен прием преднизолона в меньшей дозировке (1 мг на 1 кг массы тела в сутки перорально). Постепенная отмена препарата была произведена через 14 дней на фоне терапии пропранололом из расчета 2 мг на 1 кг массы тела в сутки перорально. Дети были выписаны из стационара в удовлетворительном состоянии под наблюдением оториноларинголога, педиатра и кардиолога по месту жительства, с рекомендациями продолжить прием пропранолола в индивидуальной дозировке. Средний срок госпитализации составил 14 суток (мин. 10 суток, макс. 21).

В дальнейшем осмотр пациентов проводили 1 раз в месяц с контролем клинической картины, данных фиброларингоскопии, артериального давления и электрокардиограммы. У всех пациентов был зафиксирован стойкий регресс гемангиомы и отсутствовали признаки стеноза гортани (рис. 4, 5).

Срок наблюдения составил от 6 мес. до 4 лет.

Длительность лечения пропранололом определялась индивидуально: от 1 года до 2 лет.

Осложнений от применения пропранолола у пациентов не было. Одна девочка была деканюлирована.

Обсуждение. Пропранолол обладает выраженным эффектом при лечении сосудистых гиперплазий у детей любой локализации. Комплексное предварительное обследование ребенка врачами нескольких специальностей (оториноларинголог, кардиолог, сосудистый хирург) позволяет подобрать оптимальную дозу препарата, минимизировав или полностью исключив нежелательные эффекты от использования неселективных В-блокаторов и одновременно получить стойкий клинический эффект.

При использовании в лечении гемангиом подголосового отдела гортани у детей пропранолол обладает хорошей эффективностью и незначительными побочными эффектами (в нашем исследовании они отсутствовали). Однако наступление клинического эффекта от пропранолола на 3–7-е сутки нельзя считать достаточным для использования его в качестве стартовой терапии у детей с гемангиомой подголосового отдела гортани и клиникой стеноза гортани 1–2-й степени. В этом случае предпочтение следует отдавать системным глюкокортикоидам, эффект от которых ожидаем в течение нескольких часов. Раннее же или одномоментное присоединение к терапии пропранолола позволяет отказаться от стероидов уже в течение 1-й недели терапии. Такая тактика, на наш взгляд, оптимизирует лечение детей с гемангиомой подголосового отдела гортани, быстро уменьшая клинику стеноза гортани и сводя к минимуму побочное действие от системной терапии глюкокортикоидами.

Выводы

Таким образом, мы можем рекомендовать использование пропранолола в качестве базовой терапии гемангиом подголосового отдела гортани у детей в сочетании с коротким курсом глюкокортикоидов как стартовой терапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Солдатский Ю. Л. Эффективность пропранолола при лечении подскладковой гемангиомы у детей первого года жизни // Вестн. оториноларингологии. 2014. № 1. С. 44–48.
2. Кузьменкова Л. О. Диагностика и клинико-морфологическая характеристика гиперплазии кровеносных сосудов у детей в челюстно-лицевой области и шеи. Тема диссертации и автореферата по ВАК 14.01.14.
3. Солдатский Ю. Л., Рогинский В. В., Надточий А. Г., Близиюков О. П. О классификации образований из кровеносных сосудов в детском возрасте // Вестн. оториноларингологии. 2012. № 2. С. 36–39.
4. Котлукова Н. П., Рогинский В. В., Тимофеева М. Ю., Репина Э. А., Кисленко О. А. Новый взгляд на лечение инфантильных гемангиом (сосудистых гиперплазий) // Педиатрия. 2012. Т. 91, № 6. С. 60–64.
5. Reza Rahbar, Richard Nicollas, Gilles Roger, Jean-Michel Triglia, Erea-Noel Garabedian, Trevor J. McGill, Gerald B. Healy. The Biology and Management of Subglottic Hemangioma: Past, Present, Future.
6. Richard J. A. Infantile Hemangioma. 2010. N 29: <http://emedicine.medscape.com/article/1083849-overview>
7. Павлов П. В. Оптимизация хирургической тактики при хронических стенозах гортани у детей: автореф. дис. ... докт. мед. наук. СПб., 2010.
8. Healy G. B., McGill T., Friedman E. M. Carbon Dioxide Laser in Subglottic Hemangioma. An update // Ann. Otol. Rhinol. Laryngol. 1984. Vol. 93. P. 370–373.
9. Holinger L. D. Etiology of stridor in the neonatale, infant and child // Ann. Otol. Rhinol. Laryngol. 1980. Vol. 89. P. 397–400.
10. Shikhani A. H., Marsh B. R., Jones M. M., Holliday M. J. Infantile subglottic hemangiomas. An update // Ann. Otol. Rhinol. Laryngol. 1986. Vol. 95. P. 336–347.
11. Захарова М. Л., Павлов П. В., Саулина А. В. Трахеостомия у детей: 17-летний опыт Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета // Рос. оториноларингология. 2015. № 4. С. 54–60.