

Краткая информация по инфантильным гемангиомам

Актуальность проблемы

Инфантильные (младенческие) гемангиомы (ИГ) — доброкачественные сосудистые образования младенческого и раннего детского возраста, обладающие уникальными клиническими и гистопатологическими характеристиками, которые отличают их от других сосудистых образований (например, врожденных гемангиом) или пороков развития. К числу таких особенностей относятся: развитие в течение первых недель или месяцев жизни, типичное течение, характеризующееся быстрым ростом с последующей постепенной инволюцией, положительное иммуногистохимическое окрашивание биопсийных образцов на белок-транспортёр глюкозы эритроцитарного типа и иные уникальные маркеры, которые отсутствуют в других доброкачественных сосудистых образованиях. Гемангиомы могут располагаться на любых участках кожи, слизистых, внутренних органах, костях. Сосудистые поражения, особенно челюстно-лицевой области, могут приводить не только к косметическим дефектам, но и вызывают функциональные нарушения дыхания, глотания, жевания, зрения, слуха, что ведет к инвалидизации пациентов. Гемангиомами называют и многие другие образования. Некоторые из них являются истинными сосудистыми опухолями, в то время как другие представляют собой сосудистые мальформации. Важно использовать прилагательные «младенческий/инфантильный» для обозначения истинных ИГ.

Статистика

ИГ выявляют примерно у 4,5–6,4 % младенцев.

Чаще всего они имеют небольшой размер, не опасны, спонтанно регрессируют без какого-либо вмешательства. В 12 % случаев ИГ могут представлять серьезную опасность из-за своего расположения или величины. К основным факторам риска развития ИГ относят следующие: женский пол, низкая масса тела при рождении и недоношенность. У девочек встречаемость ИГ отмечается в 2–3 раза чаще, чем у мальчиков. Низкий вес новорожденных — один из предикторов развития ИГ: каждые 500 г снижения веса при рождении повышают риска возникновения ИГ на 40 %. Высокий темп роста ИГ наблюдается в возрасте 1–3 месяцев. Большинство гемангиом имеют склонность к спонтанной инволюции.

Диагностика

Ранний и частый мониторинг в первые несколько недель и месяцев жизни имеет решающее значение для выявления потенциально опасных ИГ, которые требуют вмешательства, поскольку на этом этапе развития ребенка они могут быстро эволюционировать. Ранняя консультация специалиста (желательно в возрасте 1 месяца) позволяет своевременно выявить потенциально опасные ИГ. Существует определенное

«окно возможностей», т. е. период времени, в течение которого можно добиться оптимальных результатов в лечении ИГ высокого риска.

В целях повышения выявляемости ИГ врачами первичного звена рекомендуется использовать Шкалу для оценки необходимости направления к специалисту при младенческой гемангиоме в бумажной или электронной версии, расположенной на сайте www.ihscore.com. IHReS — валидированный инструмент для оценки ИГ, разработанный группой экспертов и проверенный врачами-педиатрами и врачами общей практики. Его цель — улучшить процесс принятия решений медицинскими специалистами относительно направления пациентов с ИГ к профильным специалистам.



- С компьютера, смартфона или планшета
- Введете www.ihscore.com в своем интернет-браузере или отсканируете QR-код



Скачать шкалу в формате PDF

Infantile Hemangioma Referral Score

ШКАЛА

IHReS – валидированный инструмент для оценки младенческой гемангиомы, разработанный экспертными комитетами и проверенный педиатрами и врачами общей практики. Его цель – улучшить процесс принятия решений специалистами здравоохранения касательно направления больных с инфантильной гемангиомой к соответствующим специалистам.

Предназначена только для специалистов здравоохранения.

6 ОБУЧАЮЩИХ СЛУЧАЕВ

При поддержке компании Pierre Fabre Dermatologie

* Léauté-Labrèze C, Baselga Torres E, Weibel L, et al. The Infantile Hemangioma Referral Score: A Validated Tool for Physicians. Pediatrics. 2020;145(4):e20191628

Правовые условия - Политика конфиденциальности данных

Терапевтические подходы

Примерно в 12 % случаев требуется терапия ИГ в целях предотвращения их патологического развития или появления осложнений, связанных с их локализацией и типом. К факторам, влияющим на выбор терапевтической тактики, относятся: возраст ребенка, нарушение функций органов, связанное с развитием ИГ, неуспешная предыдущая терапия, риск изъязвлений, рубцов, деформации. В России в настоящее время для системной терапии ИГ применяют аденоблокаторы пропранолол и атенолол. Однако зарегистрированное показание к назначению в России при ИГ имеет только пропранолол в форме раствора для приема внутрь, атенолол применяется вне зарегистрированных показаний к медицинскому применению (off-label). В некоторых случаях для лечения тонких и/или поверхностных ИГ может быть рекомендовано местное применение тимолола.

В американских и европейских клинических рекомендациях по лечению ИГ при наличии показаний к системной терапии предпочтительным методом лечения потенциально опасных ИГ является назначение перорального пропранолола. Для коррекции остаточных проявлений гемангиомы после ее инволюции может применяться хирургическое и/или лазерное лечение. В отдельных случаях инвазивные методы терапии могут выполняться в раннем детском возрасте. Помимо этого, в ограниченных случаях рассматривают использование глюкокортикоидов, местное применение аденоблокаторов.

Используемая литература:

1. Hoeger P.H., Harper J.I., Baselga E., Bonnet D., Boon L.M., Ciofi Degli Atti M., El Hachem M., Oranje A.P., Rubin A.T., Weibel L., Léauté-Labrèze C. Treatment of infantile haemangiomas: recommendations of a European expert group. *Eur J Pediatr* 2015;174(7):855–65. doi: 10.1007/s00431-015-2570-0.
2. Dickison P., Christou E., Wargon O. A prospective study of infantile hemangiomas with a focus on incidence and risk factors. *Pediatr Dermatol* 2011;28(6):663–9. doi: 10.1111/j.1525-1470.2011.01568.x.
3. Luu M., Frieden I.J. Haemangioma: clinical course, complications and management. *Brit J Dermatol* 2013;169(1):20–30. doi: 10.1111/bjd.12436.
4. Metry D., Frieden I.J., Hess C., Siegel D., Maheshwari M., Baselga E., Chamlin S., Garzon M., Mancini A.J., Powell J., Drolet B.A. Propranolol use in PHACE syndrome with cervical and intracranial arterial anomalies: collective experience in 32 infants. *Pediatr Dermatol* 2013;30(1):71–89. doi: 10.1111/j.1525-1470.2012.01879.x.
5. Munden A., Butschek R., Tom W.L., Marshall J.S., Poeltler D.M., Krohne S.E., Alió A.B., Ritter M., Friedlander D.F., Catanzarite V., Mendoza A., Smith L., Friedlander M., Friedlander S.F. Prospective study of infantile hemangiomas: incidence, clinical characteristics and association with placental anomalies. *Brit J Dermatol* 2014;170(4):907–13. doi: 10.1111/bjd.12804.
6. Krowchuk D.P., Frieden I.J., Mancini A.J., Darrow D.H., Blei F., Greene A.K., Annam A., Baker C.N., Frommelt P.C., Hodak A., Pate B.M., Pelletier J.L., Sandrock D., Weinberg S.T., Whelan M.A.; Subcommittee on the management of infantile hemangiomas. Clinical Practice Guideline for the Management of Infantile Hemangiomas. *Pediatrics* 2019;143(1):e20183475. doi: 10.1542/peds.2018-3475.
7. Drolet B.A., Frommelt P.C., Chamlin S.L., Haggstrom A., Bauman N.M., Chiu Y.E., Chun R.H., Garzon M.C., Holland K.E., Liberman L., MacLellan-Tobert S., Mancini A.J., Metry D., Puttgen K.B., Seefeldt M., Sidbury R., Ward K.M., Blei F., Baselga E., Cassidy L., Darrow D.H., Joachim S., Kwon E.-K.M., Martin K., Perkins J., Siegel D.H., Boucek R.J., Frieden I.J. Initiation and use of propranolol for infantile hemangioma: report of a consensus conference. *Pediatrics* 2013;131(1):128–40. doi: 10.1542/peds.2012-1691.
8. Filippi L., Cavallaro G., Bagnoli P., DalMonte M., Fiorini P., Donzelli G., Tinelli F., Araimo G., Cristofori G., la Marca G., Della Bona M.L., La Torre A., Fortunato P., Furlanetto S., Osnaghi S., Mosca F. Oral propranolol for retinopathy of prematurity: risks, safety concerns, and perspectives. *J Pediatr* 2013;163(6):1570–7. doi: 10.1016/j.jpeds.2013.07.049.
9. Haggstrom A.N., Drolet B.A., Baselga E., Chamlin S.L., Garzon M.C., Horii K.A., Lucky A.W., Mancini A.J., Metry D.W., Newell B., Nopper A.J., Frieden I.J.; Hemangioma Investigator Group. Prospective study of infantile hemangiomas: demographic, prenatal, and perinatal characteristics. *J Pediatr* 2007;150(3):291–4. doi: 10.1016/j.jpeds.2006.12.003.
10. Drolet B.A., Swanson E.A., Frieden I.J.; Hemangioma Investigator Group. Infantile hemangiomas: an emerging health issue linked to an increased rate of low birth weight infants. *J Pediatr* 2008;153(5):712–5. doi: 10.1016/j.jpeds.2008.05.043.
11. Smithson S.L., Rademaker M., Adams S., Bade S., Bekhor P., Davidson S., Dore A., Drummond C., Fischer G., Gin A., Grills C., Halbert A., Lokmic Z., McCahon E., Morgan V.A., Murrell D.F., Orchard D., Penington A., Purvis D., Relic J., Robertson S., Robinson A.J., Scardamaglia L., Su J., Tan S., Wargon O., Warren L., Wong L.-C., Zappala T., Phillips R. Consensus statement for the treatment of infantile haemangiomas with propranolol. *Australas J Dermatol* 2017;58(2):155–9. doi: 10.1111/ajd.12600.
12. <https://www.ihscore.com/>.
13. <https://grls.rosminzdrav.ru/Default.aspx>.