

ИНФАНТИЛЬНЫЕ ГЕАНГИОМЫ: ХАРАКТЕРИСТИКА КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ И ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИХ ФАКТОРОВ ВОЗНИКНОВЕНИЯ СОСУДИСТЫХ ОПУХОЛЕЙ

Трапезникова Т.В.¹, Писклакова Т.П.²

¹Южно-Уральский государственный медицинский университет, Челябинск, Россия, e-mail: tayana_tr@mail.ru

²Южно-Уральский государственный университет, Челябинск, Россия, e-mail: pisklakova@mail.ru

Анкетирование, визуальное исследование использованы как метод объективной оценки инфантильной гемангиомы и ее прогноза у 112 детей (95 девочек, 17 мальчиков), включенных в проведенное исследование. Каждый седьмой ребенок имел ближайшего родственника с данным заболеванием. Из 112 детей множественные инфантильные гемангиомы диагностированы у 8 пациентов. Сосудистые опухоли в 98% случаев появились на 1–6-й неделе жизни ребенка и продолжали расти в течение первого месяца появления новообразований (95,9%). Инфантильные гемангиомы преимущественно локализовались на туловище (41%), на голове (35,2%). Локализация опухолей в центральной лицевой, поясничной, аногенитальной областях требовала безотлагательного активного лечения с целью предотвращения осложнений и нарушения функций внутренних органов.

Ключевые слова: инфантильная гемангиома, клиническая оценка гемангиом, предрасполагающие факторы

INFANTILE CUTANEOUS HEMANGIOMAS: CHARACTERISTICS OF CLINICAL MANIFESTATIONS AND PREDISPOSING FACTORS OF VASCULAR TUMORS OCCURRENCE

Trapeznikova T. V.¹, Pisklakova T. P.²

¹ South Ural State Medical University, Chelyabinsk, Russia, e-mail: tayana_tr@mail.ru

² South Ural State University, Chelyabinsk, Russia, e-mail: pisklakova@mail.ru

The survey and visual examination were used as a method of objective evaluation of infantile hemangioma and its prognosis in 112 children (95 girls, 17 boys) enrolled in the study. Every seventh child had a close relative with the same disease. Of 112 children multiple infantile hemangiomas were diagnosed in 8 patients. Vascular tumors in 98% of cases appeared on the 1-6 weeks of life, and continued to grow during the first months of the tumors appearance (95.9%). Infantile hemangiomas were mostly located on the trunk (41%), the head (35.2%). Localization of tumors in the central facial, lumbar, anogenital regions demanded immediate treatment to prevent complications and dysfunction of internal organs.

Keywords: infantile hemangiomas, clinical evaluation of hemangiomas, predisposing factors

Инфантильные гемангиомы кожи являются наиболее распространенным видом врожденной сосудистой патологии кожи, которая встречается у 1–3% населения. Чаще опухоли обнаруживаются у недоношенных детей весом менее 1 кг (30%). У девочек данный вид сосудистых новообразований регистрируется в 2–5 раз чаще, чем у мальчиков. По данным литературы около одной трети гемангиом регистрируются сразу после рождения, иногда появлению инфантильных гемангиом на коже в первые недели жизни могут предшествовать пятна белого или красного цвета. Опухоли в 60% случаев локализуются на голове [6]. Гемангиомы кожи могут быть как единичными, так и множественными новообразованиями, часто сочетаясь с гемангиомами подкожно-жировой клетчатки, костей, мышц, сухожилий, висцеральных органов. Выделяют два типа врожденных гемангиом, имеющих разную клиническую картину и прогноз:

неинволютирующие и быстроинволютирующие. В англоязычной литературе они называются соответственно non-involutive congenital haemangioma (NICH) и rapidly involutive congenital haemangioma (RICH) [7]. Пролиферативная фаза обычно начинается с первых дней или месяцев после рождения ребенка и заканчивается в первые 3 месяца. Однако некоторые гемангиомы продолжают пролиферацию в течение 5–9 месяцев [3]. При этом в стадию пролиферации сосудистая опухоль может вызывать не только грубую деформацию кожного покрова, но и нарушение функции и развития расположенных рядом органов. Особенно это характерно для гемангиом, локализующихся на слизистых полости рта, в непосредственной близости к ушной раковине, в периорбитальной и аногенитальной областях, на кистях и стопах [4]. Именно это является основанием для заключения о возможном неблагоприятном и/или осложненном прогнозе заболевания и активной тактике ведения сосудистой опухоли [5]. Для неинволютирующих вариантов опухоли (4–10%) характерно типичное течение с быстрым ростом опухоли после рождения и медленной спонтанной инволюцией с клиническими изменениями в виде остаточной опухоли, атрофии кожи, телеангиоэктазий, рубцов.

Цель исследования

Прогнозирование пролиферативной или инволютивной стадии развития гемангиом и выбор тактики лечения.

Проведено комплексное исследование, включающее метод анкетирования для уточнения прогноза развития сосудистого новообразования и клиническую визуальную оценку гемангиом. Анкетирование как метод исследования с успехом используется в различных областях медицины для выявления предрасполагающих факторов в возникновении заболевания, оценки тяжести состояния пациента, качества его жизни, эффективности различных методов терапии лечения, прогноза заболевания, составления регистра больных данным заболеванием. Проведенное исследование пациентов с инфантильными гемангиомами является проспективным. В нем приняли участие клиника лазерного лечения «Линлайн» и кафедра пластической хирургии и косметологии факультета дополнительного образования ЮУГМУ, Челябинск, Россия. Исследование было утверждено этическим комитетом Южно-Уральского государственного медицинского университета.

Материалы и методы

В исследовании участвовали 112 детей: из них мальчиков 17 (15,2%), девочек 95 (84,8%). Всем пациентам, включенным в представленное исследование, был установлен диагноз «инфантильная гемангиома». Как правило, впервые родители при обнаружении гемангиом обращались к участковым педиатрам, которыми предлагалась тактика динамического наблюдения за ребенком даже при выявлении быстрорастущей сосудистой

опухоли. Увеличение размеров образования, его пульсация вызывали беспокойство у родителей, которые после обращений к дерматологам, хирургам приходили на консультацию к специалисту по лазерным технологиям лечения сосудистых опухолей. Средний возраст обращения за медицинской помощью детей составил 5,8 месяцев. Критерии включения в данную группу больных: наличие у ребенка гемангиомы/гемангиом, которые ранее не подвергались лечению.

При первом собеседовании с родителями на каждого ребенка заполнялась анкета, специально разработанная для данного исследования. В анкете отражены следующие данные: пол ребенка, возраст при обращении, семейный анамнез (наличие инфантильных гемангиом у родственников); медицинский анамнез матери во время беременности и родов (возраст матери на период беременности, вредные привычки, профессиональные вредные факторы и хронические заболевания, наличие неонатальной гипоксии во время беременности, являлись ли роды преждевременными или нет); вес ребенка при рождении; тип кожи ребенка по Фитцпатрику; время появления инфантильных гемангиом к моменту рождения (или изменения на коже, включая эритематозное пятно, белое пятно вазоконстрикции, телеангиоэктазии как предшествующий признак появления врожденной гемангиомы); анатомическая локализация гемангиомы/гемангиом (в 7 группах, включая волосистую часть головы, центральную и периферическую часть лица, конечности, аногенитальную область, переднюю и заднюю поверхность туловища); тип инфантильных гемангиом (поверхностный, глубокий или смешанный); площадь инфантильных гемангиом. Каждое новообразование при первом обращении было сфотографировано.

Результаты

В исследовании участвовали 112 детей в возрасте от 2 до 24 месяцев: мальчиков — 17 (15,2%), девочек — 95 (84,8%). Из 8 исследуемых у 2 детей было выявлено 3 гемангиомы и у 6 – 2 сосудистые опухоли. Всего зарегистрировано 122 гемангиомы. При сборе семейного анамнеза у родителей установлено, что у близких родственников 16 детей (14,3%) в детстве были диагностированы инфантильные гемангиомы (у 4 мам, у 3 отцов, у 3 родных братьев/сестер, 2 двоюродных сестер, 2 тетей, у 1 бабушки и 1 дедушки). Из заболеваний наиболее часто во время беременности регистрировалась анемия — 6 женщин (5,35%); из вредных привычек — курение (6 женщин) (табл. 1).

Таблица 1

Распределение вредных привычек и хронических заболеваний у матерей детей с инфантильными гемангиомами

	n	%	p
Курение	6	5,35%	p>0,05
Алкоголизм	0	0	p>0,05

«Атопический марш»	2	1,8%	p>0,05
Анемия	7	6,25%	p>0,05
Другие хронические заболевания (хронический гастрит, хронический пиелонефрит)	6	5,35%	p>0,05

Плацентарная недостаточность во время беременности была выявлена у 6 беременных (5,35%). 25 детей (22,3%) родились на сроках беременности 32–36 недель, и 87 детей (77,7%) – 37 недель и более. Родоразрешение с помощью кесарева сечения было проведено в 30,4% (34 беременных) случаев. Из 112 детей 1 пациент (0,9%) имел вес менее 2 кг; 23 ребенка (20,5 %) имели вес при рождении 2–2,5 кг; у 88 (78,6 %) вес был более 2,5 кг. Оценка исследуемых детей по шкале Апгар при рождении у 1 ребенка (0,9%) была менее 4 баллов на первой минуте рождения; у 19 (16,8%) детей составила от 4 до 6 баллов; у остальных 92 детей с гемангиомами (82,3%) – оценка 7 и более баллов (табл. 2).

Таблица 2

Характеристика периода беременности у матерей и показатели состояния детей с инфантильными гемангиомами при рождении

		n	%	p
Продолжительность беременности	32–37 недель	25	22,3%	p=0,005
	Более 37 недель	87	77,7%	
Плацентарная недостаточность		6	5,3%	p=0,001
Родоразрешение	Вагинальное	78	69,6%	p>0,05
	Кесарево сечение	34	30,4%	
Вес ребенка при рождении	Менее 2,0 кг	1	0,9%	p=0,020
	2,0–2,5 кг	23	20,5%	
	Более 2,5 кг	88	78,6%	
Оценка состояния ребенка по шкале Апгар	Менее 4 баллов	1	0,8%	p>0,05
	4–6 баллов	19	16,9%	
	7 и более баллов	92	82,3%	

В исследуемой группе из 112 детей 101 (90,1%) был со вторым типом кожи по Фитцпатрику, 11 (9,9%) детей – с третьим типом.

При осмотре ребенка оценивались количество сосудистых опухолей, цвет, границы, поверхность гемангиомы, площадь, приподнятость над поверхностью здоровой кожи, наличие пульсации при пальпации, анатомическая локализация.

Цвет гемангиомы определялся как красный и голубоватый. Доказано, что поверхностно расположенные опухоли имеют в большинстве случаев классический красный

цвет, находящиеся более глубоко в подкожной жировой клетчатке имеют бледно-голубую окраску. Таким образом, больные с голубой окраской гемангиом направлялись на лечение к хирургу. В исследуемой группе были зарегистрированы 116 (95,1%) гемангиом красного цвета, 6 (4,9%) опухолей – голубоватого цвета. Границы сосудистого образования свидетельствуют об активности роста опухоли: нечеткие, определяющие как быстро растущую опухоль в стадии пролиферации, встречались у 54 исследуемых опухолей (44,2%), в отличие от 68 (55,8%) гемангиом с четкими границами, свидетельствующими о более стабильном состоянии сосудистого образования. По площади гемангиомы подразделялась на 3 категории: менее 1 см², от 1 до 10 см², более 10 см². Из 122 гемангиом 48 опухолей (39,3%) имели площадь менее 1 см², 70 гемангиом (57,4%) – от 1 см² до 10 см², 4 (3,3%) – более 10 см². Высота 51 гемангиом (41,8%) над поверхностью здоровой кожи составляла 1 мм, 55 опухолей (45,1%) – 2 мм и 16 гемангиом (13,1%) – 3 мм. Поверхность гемангиомы оценивалась как ровная или бугристая, последняя характеристика является клиническим признаком активного бурного роста сосудистой опухоли. В группе исследования бугристая поверхность встречались у 37 гемангиом (30,3%), ровная – у 85(69,7%). Наличие пульсации при пальпации было отмечено у 8 гемангиом (6,5%) (табл. 3).

Таблица 3

Характеристика клинических проявлений инфантильных гемангиом и фототипа кожи ребенка по Фитцпатрику

		n	%	p
Типы кожи по Фитцпатрику	2 тип	101	90,1%	p>0,05
	3 тип	11	9,9%	
Выявление гемангиомы	При рождении	24	19,7%	p=0,043
	Через 4-6 недель после рождения	98	80,3%	
Рост гемангиомы в течение первого месяца после появления	Да	117	95,9%	p=0,007
	Нет	5	4,1%	
Количество гемангиом	1	114	93,4%	p>0,05
	2-3	8	6,6%	
Цвет опухоли	красный	116	95,1%	p>0,05
	голубой	6	4,9%	

Поверхность гемангиомы	ровная	85	69,7%	p>0,05
	бугристая	37	30,3%	
Границы гемангиомы	четкие	68	55,8%	p>0,05
	нечеткие	54	44,2%	
Наличие пульсации при пальпации гемангиом		8	6,5%	p=0,014
Высота гемангиомы над поверхностью здоровой кожи	1 мм	51	41,8%	p=0,009
	2 мм	55	45,1%	
	3 мм	16	13,1%	
Площадь гемангиомы	Менее 1 см ²	48	39,3%	p=0,007
	1–10 см ²	70	57,4%	
	Более 10 см ²	4	3,3%	

Был проведен отдельный анализ анатомической локализации гемангиом в 7 группах, так как существуют показания для срочного лечения некоторых сосудистых опухолей. Лицо разделяется условно на 2 отдела: периферический и центральный, включающую в себя такие жизненно важные зоны, как периорбитальная, назальная и периоральная. Периорбитальная гемангиома может быть причиной зрительных нарушений: отсутствия бинокулярного зрения, деформации роговицы, косоглазия, птоза век [1]. Гемангиомы, локализующиеся в назальной области, могут привести к нарушению носового дыхания и к выраженному эстетическому дефекту лица в будущем. Периоральная гемангиома приводит к деформации ротовой щели с нарушением возможности принимать пищу [2]. Из 122 гемангиом 17 (13,9%) опухолей локализовались в области волосистой части головы, 6 (4,9%) – в центральной части лица, 20 (16,4%) – в периферической части лица, 29 (23,8%) – в области конечностей, 6 (4,9%) – в аногенитальной области, 24 (19,7%) – в области передней поверхности туловища, 20 (16,4%) – в области задней поверхности туловища (табл. 4)

Таблица 4

Локализация инфантильных гемангиом (части тела)

		n	%
Голова N=43(35,2%)	Волосистая часть	17	13,9%
	Периферическая часть лица	20	16,4%
	Центральная часть лица	6	4,9%
Шея		0	0
Туловище N=50(41%)	Передняя поверхность	24	19,7%
	Задняя поверхность/ поясничная область	18/2	14,8%/1,6%
	Аногенитальная	6	4,9%

	область		
Конечности N=29(23,8%)	Верхние	14	11,5%
	Нижние	15	12,3%

Выводы

1. У 112 детей (девочек – 95 , мальчиков –17), включенных в проведенное исследование, выявлено 122 инфантильных гемангиомы. Каждый седьмой ребенок имел ближайшего родственника с данным заболеванием.
2. Во время беременности у 6 женщин выявлена анемия; плацентарная недостаточность диагностирована также у 6 женщин. Родоразрешение произошло на раннем сроке 32–37 недель у 25 женщин (22,3%); кесарево сечение произведено 34 женщинам (30,4%). Вес при рождении ребенка менее 2,5 кг зафиксирован у 24 новорожденных (21,4%). По шкале Апгар 92 детей (82,3%) были оценены на 7 баллов и выше.
3. Множественные инфантильные гемангиомы диагностированы в 6,6% случаев. Сосудистые опухоли в 98% случаев появились на 1–6-й неделе жизни ребенка и продолжали расти в течение первого месяц появления новообразований (95,9%). Площадь гемангиом 1–10 см² зарегистрирована при обращении у 70 пациентов (57,4%), менее 1 см² — у 48 (39,3%). Инфантильные гемангиомы преимущественно локализовались на туловище (41%), на голове (35,2% случаев).



Рис. 1. Поверхностная гемангиома (красный цвет) раннего детского возраста



Рис. 2 Подкожная гемангиома (голубоватый цвет) раннего детского возраста



Рис. 3 Смешанная гемангиома раннего детского возраста в области кисти до(А) после (Б) 10 сеансов лазерного лечения через 24 недели



Рис. 4. Смешанная гемангиома раннего детского возраста в области кисти через 12 месяцев после окончания курса лечения

Список литературы

1. Акбаров А.А., Дусмухамедов М.З., Болтаходжаева Опыт лечения гемангиом челюстно-лицевой области у детей // Стоматология детского возраста и профилактика: рецензируемый, рекомендованный ВАК научный журнал. – 2010. – т. IX, № 2. – С. 43–46.
2. Бережнова С.Г. Основные направления лечения гемангиом орбитальной и параорбитальной локализации у детей // Российский офтальмологический журнал. –2013. – Т. 6, № 1. – С. 96–102
3. Минаев С.В., Быков Н.И., Нешта Е.С. Опыт лечения гемангиом кожи у детей // Российский педиатрический журнал: Научно-практический журнал. –2010. – № 5. – С. 57–58.
4. Надточий А.Г., Рогинский В. В., Григорьян А. С. Размышления о биологической сущности инфантильных гемангиом // Ультразвуковая и функциональная диагностика. –2011. – № 6. – С. 72–82
5. Eivazi B., Ardelean M., Baumler W., Berlien H., Cremer H., Elluru R., Koltai P., Olofsson J., Richter G., Schick B., Werner J. Update on hemangiomas and vascular malformations of the head and neck. // Eur Arch Otorhinolaryngol. 2009 Feb. Vol. 97–187.
6. Mulliken J.B., Glowacki J. Hemangiomas and vascular malformation in infants and children: a classification based on endothelial characteristics // Plastic Reconstructive Surgery. 1982. Vol. 69.
7. Kilcline C., Frieden I. Infantile hemangiomas: how common are they? A systematic review of the medical literature // PediatrDermatol. 2008 Mar-Apr. Vol. 73-168.

Рецензенты:

Ковалев Ю.Н., д.м.н., профессор кафедры дерматовенерологии ГБОУ ВПО ЮУГМУ Минздрава России, г. Челябинск;

Абрамовских О.С., д.м.н., профессор кафедры микробиологии, вирусологии, иммунологии и клинической лабораторной диагностики ГБОУ ВПО ЮУГМУ Минздрава России, начальник отдела аспирантуры и докторантуры ГБОУ ВПО ЮУГМУ, г. Челябинск.