

## Комбинированное лечение обширных ангиодисплазий и гемангиом головы и шеи

Н.Г.КОРОТКИХ, М.С.ОЛЬШАНСКИЙ, И.В.СТЕПАНОВ

### The multimodal management of extensive angiodisplasias and haemangiomas of the head and neck

N.G.KOROTKICH, M.S.OLSHANSKY, I.V.STEPANOV

Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н.Бурденко  
Воронежская областная клиническая больница № 1

Диагностика и лечение патологических сосудистых образований головы и шеи является одной из сложнейших и нерешенных проблем челюстно-лицевой, сосудистой и пластической хирургии [1]. До настоящего времени нет единого мнения по основным вопросам этиологии, патогенеза, классификации, выбора оптимального метода диагностики и тактики лечения указанной патологии. В настоящее время различают ангиодисплазии и гемангиомы [3, 6, 8, 9]. Под ангиодисплазией понимают пороки развития кровеносных и лимфатических сосудов, возникающие в процессе эмбриогенеза. Частота данной патологии в области головы и шеи составляет от 5% до 14% среди всех сосудистых аномалий [4, 6, 7]. Под гемангиомой понимают гиперпролиферативный процесс сосудистого генеза. Сосудистые опухоли относятся к распространенным доброкачественным образованиям. При этом в 60-70% наблюдений они обнаруживаются в области лица [3, 6, 9]. Помимо косметических проблем сосудистые аномалии головы могут приводить к нарушению функций органов зрения, слуха, дыхания и речи.

Лечение ангиодисплазий и гемангиом неразрывно связано с широким внедрением в клиническую практику современных методов медицинской визуализации, в том числе с цифровой обработкой изображения. Последнее позволяет не только повысить качество диагностического изображения, но и провести динамический анализ функции [2, 4, 5, 7, 8]. Накопленный за десятилетия в ряде клиник опыт лечения сосудистых аномалий головы свидетельствует о целесообразности мультимодального подхода к диагностике и лечению ангиодисплазий, когда решение вопросов, касающихся тактики и выбора оптимального метода лечения, решается различными квалифицированными специалистами, входящими в состав одной команды, занимающейся этой проблемой [4, 5].

Целью настоящей работы явилось повышение эффективности диагностики и улучшение результатов лечения ангиодисплазий и гемангиом головы и шеи, за

счет внедрения в практику мультидисциплинарного комбинированного подхода.

В клинике хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии Воронежской государственной медицинской академии им. Н.Н.Бурденко, расположенной на базе Воронежской областной клинической больницы №1, с 2005 г. по 2011 г. на обследовании и лечении находились 216 больных с ангиодисплазиями и гемангиомами головы.

У ряда (n=61) больных отмечались обширные поражения, затрагивающие две и более анатомических областей [3]. Часть больных с обширными поражениями были госпитализированы несколько (2-5) раз для проведения обследования и этапного лечения. Общее число клинических наблюдений больных с обширными поражениями составило 88.

Помимо общеклинических методов обследования проводились специальные исследования. К ним относили: компрессионную пробу, цитологическое исследование, ультразвуковую доплерографию с цветным доплеровским картированием (УЗДГ с ЦДК), рентгеновскую компьютерную томографию (РКТ), в том числе с контрастным усилением, магниторезонансную томографию (МРТ) и ангиографию (МРА), селективную каротидную ангиографию в нативном режиме и режиме дигитальной субтракции [3, 6, 8, 9]. Проведенное обследование позволило выявить следующие типы ангиодисплазий: артериальные (n=7), венозные (n=18), артерио-венозные (n=26), капиллярные (n=10).

В зависимости от полученной на диагностическом этапе информации планировали различные варианты лечения (хирургический, эндоваскулярный, склерозирующую терапию или комбинацию этих методов). Выбор метода лечения зависел от объема поражения, типа сосудистой мальформации, вовлеченности в процесс жизненно важных анатомических структур. Хирургическое иссечение является основным радикальным методом лечения патологических сосудистых образований сравнительно небольших

размеров. Увеличение объема и площади образования ведет к риску интраоперационных осложнений, появлению рецидивов, не всегда обеспечивает адекватное устранение косметических дефектов [4, 5].

Лечение больных с обширными артериальными ангиодисплазиями (артерио-венозными мальформациями) целесообразно начинать с рентгеноэндоваскулярной окклюзии [4, 5, 7, 8]. После проведения селективной съемки ветвей наружной сонной артерии определяют сосудистый бассейн, питающий аномалию. Далее приступают к проведению суперселективной ангиографии. После выявления афферентных сосудов, питающих аномалию, в просвет последних вводят эмболизирующий материал с размером частиц от 200 до 600 мкм. Целесообразно добиваться выключения центральной части (нидуса) путем введения мелких эмболов. При необходимости выключения крупных афферентов вводятся более крупные эмболы различной формы. Нами использованы эмболы из поливинилалкоголя (PVA), производства фирм «Cook» и «Boston Scientific», а также отечественные «Эмбокс» из гидрогеля. Введение эмболов приводит к замедлению или полной остановке кровотока в ангиодисплазии. Последнее достоверно регистрировалось при контрольной ангиографии. При визуальном осмотре отмечали явления ишемии в области образования и уменьшение его объема.

Следующим этапом, в течение 3-5 суток после проведения селективной эмболотерапии, осуществлялось удаление сосудистой мальформации. При проведении хирургического вмешательства после эмболотерапии во всех случаях отмечали низкую интраоперационную кровопотерю и сокращение времени (продолжительности) вмешательства. Такой подход способствовал радикальному излечению. Послеоперационный отек и гематомы при этом были слабо выражены. Это позволило ускорить выписку больных из клиники.

Клинический пример. Больная М., 51 год (№ и.б. 3269/3), поступила с жалобами на наличие объемного образования в щечной области справа, слизистой альвеолярного отростка нижней челюсти и нижней губы. Больной себя считает около 30 лет, когда впервые заметила появление округлого образования в области нижней губы справа. Отмечала медленный рост образования, появление деформации нижней губы. При травме губы отмечала возникновение стойкого кровотечения. Помимо косметических проблем образование вызывало дискомфорт при приеме пищи и нечеткость речи, а также страх, в связи с возможностью развития геморрагии. Около двух лет назад больная находилась на стационарном лечении для проведения хирургической санации полости рта по поводу хронического гранулематозного периодонтита зуба 45. Удаление зуба, располагающегося в области сосудистого образования, в амбулаторных условиях противопоказано. Следует отметить, что на фоне проводимой гемоста-

тической терапии санация полости рта завершилась успешно.

Контуры лица изменены за счет крупнобугристого образования, располагающегося в щечной области и нижней губе справа (рис. 1).

При пальпации определяется плотно-эластичный тяж с кистозными расширениями. Отмечается периферическая пульсация в области образования. При аускультации над ним выявлен систолический шум. Кожа в области образования синюшно-багрового цвета. Со стороны полости рта слизистая щеки, нижней губы и альвеолярного отростка нижней челюсти справа синюшного цвета. При проведении компрессионной пробы отмечено уменьшение объема образования, быстро восстанавливающегося в размерах при устранении компрессии. При пункции из разных точек получена кровь.

Учитывая гипervasкулярный характер образования были проведены дополнительные методы исследования. В частности, при проведении УЗДГ с ЦДК выявлено усиление кровотока по системе правой наружной сонной и лицевой артерии справа.

Принимая во внимание обильную васкуляризацию опухоли из ветвей правой наружной сонной артерии (НСА) следующим этапом было выполнено рентгенохирургическое вмешательство - селективная ангиография правой НСА с последующей эмболотерапией. Ангиография и последующая эмболотерапия выполнялись в режиме цифровой субтракции на ангиографическом комплексе «Angiostar Plus», (Siemens) с использованием нейонного контраста Ультравист-300 (Шеринг) и стандартных многофункциональных катетеров 5F. Выполнена селективная полипозиционная ангиография ветвей правой НСА. Отмечено заполнение контрастом сосудистого образования, снабжающегося кровью преимущественно через лицевую артерию справа. Катетер суперселективно был установлен в устье правой лицевой артерии. Выполнена серия ангиограмм. Выявлены множественные аневризматические расширения лицевой артерии и ангиодисплазия с распространением в мягкие ткани поднижнечелюстной, подподбородочной области и нижней губы справа с проникновением в костную ткань нижней челюсти. Выражены артериальная, капиллярная и венозная фазы контрастирования. Венозный отток из образования через поверхностную венозную сеть и наружные яремные вены. На основании клинических и ангиографических данных поставлен диагноз: обширная артерио-венозная ангиодисплазия щечной, поднижнечелюстной, подподбородочной областей, нижней губы, нижней челюсти справа.

Через катетер выполнена селективная микроэмболизация дистальных отделов ангиодисплазии поливинилалкоголем (PVA 350-500 мкм). Затем проведена склеротерапия путем введения этанола 96% – 5 мл. Достигнут эффект замедления кровотока в лицевой артерии и снижение интенсивности контрастирова-



Рис. 1. Больная М., 51 год (№ ИБ 3269/3). Обширная артериовенозная ангиодисплазия щечной, поднижнечелюстной, подподбородочной областей, нижней губы, нижней челюсти справа.



Рис. 2. Больная М., 51 год (№ ИБ 3269/3). Удаление артериовенозной ангиодисплазии.



Рис. 3. Результат комбинированного лечения через 9 месяцев.

ния медленных сосудистых петель в нижней челюсти и нижней губе. После селективного эндоваскулярного вмешательства отмечали побледнение слизистой полости рта в области образования. Никаких жалоб, а также осложнений в течение первых суток не было. Проявлений постэмболизационного синдрома также не наблюдали. При осмотре через сутки отмечено уменьшение ангиодисплазии в размерах.

На третьи сутки выполнено удаление ангиодисплазии в области нижней губы и правой щечной области (рис. 2).

При патоморфологическом исследовании удаленного препарата образование представлено переплетен-

ными сосудами с утолщенными склерозированными стенками. Просвет сосудов заполнен тромбами смешанного генеза.

Следует отметить фактически бескровное выполнение операции. Заживление раны происходило первичным натяжением. Пациентка выписана из стационара с выздоровлением.

При контрольном осмотре через 2 и 9 месяцев эстетический результат лечения оценен как хороший. Отметили устойчивость достигнутого результата, отсутствие рецидивного и продолженного роста ангиодисплазии (рис. 3).

#### Выводы

1. Комбинированное лечение обширных ангиодисплазий лица и шеи является высокотехнологичным методом медицинской помощи. Для наиболее точного определения типа ангиодисплазии, объема поражения следует использовать селективную каротидную ангиографию, которую целесообразно сочетать с эндоваскулярной окклюзией сосудистой аномалии.
2. Лечение обширных ангиодисплазий наиболее рационально с использованием различных комбинаций эндоваскулярных и хирургических вмешательств. Использование мультидисциплинарного подхода с привлечением челюстно-лицевых и сосудистых хирургов, специалистов в области рентгено-эндоваскулярных методов диагностики и лечения, ультразвуковой и лучевой диагностики, патоморфологов убедительно показывает свою эффективность.

## Список литературы

1. *Gavin C.W. Kang Colin Song* Forty-one cervicofacial vascular anomalies and their surgical treatment – retrospection and review. *Ann acad med Singapore* 2008; 37: 165-179.
2. *Lam S.M., Dahiya R., Williams E.P.* Management of an arteriovenous malformation. *Arch Facial Plast Surg* 2003; 5: 334-337.
3. *Laurence M.* Classification and clinical diagnosis of vascular anomalies. *Materials of 6th North Sea Meeting on Venous Diseases. Anthverpent, 2007*; 9.
4. *Lee B.B., Do Y.S., Yakes W. et al.* Management of arteriovenous malformations. a multidisciplinary approach. *J. Vase Surg.* 2004, 39: 590-600.
5. *Loose D.A.* The approach to AV malformation and the combined treatment. *Materials of 2nd Gdan'sk Workshop on Congenital Vascular Anomalies Diagnosis and Treatment. Gdansk 2005*; 60.
6. *Pappas D.C., Persky M.S., Berenstein A.* Evaluation and treatment of head and neck venous vascular malformations. *Ear Nose Throat J.* 1998; 77: 914- 916, 918-922.
7. *Persky M.S., Yoo H.J., Berenslein A.* Management of vascular malformations of the mandible and maxilla. *Laryngoscope* 2003; 1 13: 1885-1892.
8. *Sreevathsa M.R., Lalitha R.M., Prasad K.* Arteriovenous malformations of the head and neck: experience with magnetic resonance angiography and therapeutic embolisation. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2003, 41: 75-77.
9. *Tille J.C., Pepper M.S.* Hereditary vascular anomalies new insights into their pathogenesis. *Arterioscler. Thromb. Vasc. Biol.* 2004; 24: 1578-1590.

Поступила 23.02.2011 г.

## Информация об авторах

1. Коротких Николай Григорьевич – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии Воронежской государственной медицинской академии им. Н.Н.Бурденко; e-mail: olshms@gmail.com
2. Ольшанский Михаил Сергеевич – д.м.н., профессор, врач отделения рентгено-хирургических методов диагностики и лечения Воронежской областной клинической больницы №1; e-mail: olshms@gmail.com
3. Степанов Илья Вячеславович – к.м.н., ассистент кафедры хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии Воронежской государственной медицинской академии им. Н.Н.Бурденко; e-mail: stiv.mfs@yandex.ru