

ЛЕЧЕНИЕ ГЕАНГИОПЕРИЦИТОМЫ В ОБЛАСТИ ЛИЦА

Маланчук В.А., Чепурный Ю.В.

*Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца,
г. Киев, Украина*

Введение. Новообразования челюстно-лицевой области многочисленны по клиническому течению, морфологии и гистогенезу. Среди них можно встретить такие, которые проявляются в разных участках организма, так и специфичные только для головы и шеи. Это связано со сложным анатомическим строением и гистоархитектоникой

челюстно-лицевой области, поскольку в её формировании принимают участие различные виды тканей, производные всех трёх эмбриональных зародышевых листков. Вместе с тем углубление знаний относительно новообразований челюстно-лицевой области продолжает оставаться актуальным в связи с повышением количества оставшихся онкологических пациентов за последнее время и повышением требований к их медицинской и социальной реабилитации. Поэтому данный процесс должен идти по пути совершенствования подготовки пациентов к операции, хирургических методик, способных обеспечить радикальные решения при лечении и возможность одномоментного устранения сопутствующих дефектов и деформаций, повышения эффективности сотрудничества специалистов разных специальностей и уровней организации помощи населению. Важным остается исследование неопластических процессов редкой локализации и гистогенеза, что позволит выработать алгоритмы оказания помощи пострадавшим при их обнаружении.

Примером указанного выше стало следующее клиническое наблюдение.

Пациентка Н., 53 лет, обратилась в челюстно-лицевое отделение Областной клинической больницы г. Херсон с жалобами на наличие новообразования левой половины лица. Болеет с 1986 года. На момент обращения в анамнезе двукратное удаление новообразования в онкологическом диспансере с гистологическим заключением нейролипوما. Со времени последнего рецидива в 2002 году пациентка отмечала рост новообразования с резким его ускорением в последние 6-8 месяцев, предшествовавших обращению (рис. 1).

Объективно: новообразование локализуется в околоушно-жевательной и частично в височной, щечной и скуловой областях, при пальпации плотное, бугристое, с выраженным сосудистым рисунком кожи. С целью дообследования и верификации диагноза проведено ультразвуковое исследование (УЗИ) и спиральная компьютерная томография (СКТ) с контрастированием (рис. 2).

Учитывая наличие выраженной артериальной сетки, в зоне новообразования проведена эмболизация сосудов, которая оказалась неэффективной. Для дальнейшего хирургического лечения пациентка направлена в клинику челюстно-лицевой хирургии Национального медицинского университета им. А.А. Богомольца. Пациентке проведено лечение, включавшее перевязку наружной сонной артерии, удаление новообразования единым блоком с одномоментным устранением дефекта шейно-грудным кожно-мышечным лоскутом (рис. 3.)

С хорошим эстетическим и функциональным результатом лечения (рис. 4).

По данным морфологического исследования: гемангиоперицитома (ГП) низкой степени злокачественности с преобладанием признаков местодеструктивного роста.



Рис. 1 Внешний вид пациентки на момент обращения.



Рис.2 Результаты СКТ с контрастированием сосудов челюстно-лицевой области.

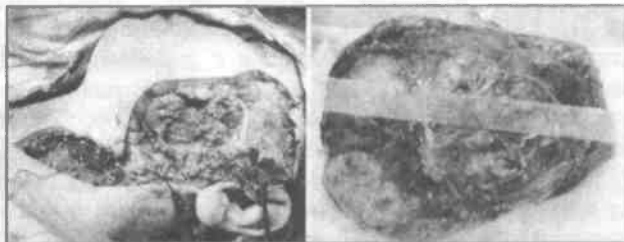


Рис. 3 Вид операционной раны после удаления новообразования и макропрепарата.

Гемангиоперицитома - редкое заболевание из группы злокачественных сосудистых опухолей. Впервые описано Stout и Murray в 1942 году. На данный момент обнаружено около 700 сообщений о фактах диагностики ГП, и только единичные из них - с локализацией в челюстно-лицевой области. Источником роста ГП являются перициты, представляющих модифицированные гладкомышечные клетки, прилегающие к стенкам капилляров и венул.

ГП считается злокачественным или потенциально злокачественным новообразованиям, так как может рецидивировать и давать метастазы. Данное новообразование чаще развивается у лиц старших возрастных групп, при этом 82% пациентов представляют кавказские национальности. Часто ГП оказывается в коже, подкожной клетчатке, скелетной мускулатуре с локализацией в нижних конечностях, тазу,

в забрюшинном пространстве. Для данных опухолей характерно рецидивирование. Методом выбора в лечении является радикальное хирургическое удаление новообразования, поскольку у взрослых ГП является недостаточно чувствительной к химиотерапии. Облучения в дозе 69-70 Грей является эффективным в лечении локальных рецидивов новообразования и при высоком уровне его злокачественности. Описаны два факта альфа-интерферон-терапии ГП с удачным клиническим результатом.



Рис.4 Внешний вид пациентки после операции.

Заключение. Таким образом, данное наблюдение представляет собой удачный пример диагностики и лечения редкого сосудистого новообразования челюстно-лицевой области. Следует отметить, что всесторонняя диагностика, рациональное планирование и радикальное хирургическое лечение позволяют провести эффективную реабилитацию пациентов. Вместе с тем углубление знаний о поведении и природе новообразований челюстно-лицевой области продолжает представлять собой актуальное задание челюстно-лицевой хирургии.