

ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ И РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИО-ВЕНОЗНЫМИ МАЛЬФОРМАЦИЯМИ (АВМ) ГОЛОВЫ И ШЕИ

Гришин А.А., Смирнов С.Н., Репина С.И.

*ГБОУ ВПО «Московский государственный
медико-стоматологический университет»,
г. Москва, Россия*

Введение. По данным разных авторов, до 50% всех артерио-венозных мальформаций локализуется в черепно-челюстно-лицевой области [1, 2]. По нашим данным за последние 12 лет, частота встречаемости АВМ среди всех сосудистых поражений головы и шеи составляет 15%. Радикальное хирургическое лечение пациентов с данной патологией сопряжено с возникновением значительных послеоперационных дефектов, высоким риском интраоперационного кровотечения с массивной кровопотерей [4]. В связи с этим лечение указанной группы пациентов требует предварительного планирования, применения информативных методов диагностики и использования современных методов реконструктивно-восстановительного лечения [3].

Цель работы - оптимизация диагностики, лечения и реабилитации пациентов с АВМ головы и шеи.

Объекты и методы. Было проведено лечение 48 пациентов с АВМ головы и шеи в возрасте от 15 до 66 лет: 22 мужчин и 26 женщин. Сосудистые поражения чаще локализовались в лобной (12), щечной (9), височной области (7), в области верхней губы (5). Пациентам проводилась комплексная диагностика, алгоритм которой зависел от локализации, размеров и формы мальформации. При поверхностном расположении и небольших размерах сосудистого поражения, диагностика сводилась к клиническому осмотру, проведению ультразвукового исследования (УЗИ), рентгенографии при экстракраниальной локализации АВМ. Если планировалось проведение предварительной эмболизации мальформации, алгоритм диагностики включал в себя также дигитальную субтракционную ангиографию (ДСА). При значительных размерах и сложной ангиоархитектонике мальформации, в диагностический комплекс входили мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ), у отдельных пациентов в режиме ангиографии (МСКТ-ангиография), магнитно-резонансная томография (МРТ).

Хирургическое лечение заключалось в тотальном удалении мальформации с предварительной эмболизацией, или без неё. Эмболизация АВМ не проводилась при небольших размерах

и поверхностной локализации АВМ и при макрофистулезной форме АВМ. Предварительную эмболизацию АВМ препаратами Оникс и Гистоакрил проводили при средних и больших размерах и микрофистулезной форме артерио-венозной мальформации. После удаления мальформации осуществляли одномоментное замещение дефекта в соответствии с размерами и локализацией АВМ путем применения различных методик в зависимости от размера и локализации мальформации.

После проведения хирургического лечения пациенты находились на динамическом наблюдении с целью выявления возможного продолжения роста АВМ.

Результаты. Удаление мальформации с пластикой дефекта местными тканями проводили у 26 пациентов. Удаление экстракраниальной АВМ с одномоментным устранением дефекта пересадкой свободного расщепленного кожного лоскута с боковой поверхности живота без эмболизации проводили у 13 пациентов, с предварительной эмболизацией у 6 пациентов. В 3 наблюдениях дополнительно использовали методику дермотензии. При локализации АВМ в подбородочной и подподбородочной области предварительную эмболизацию проводили у двух пациентов, не проводили у одного. После удаления мальформации образовавшийся дефект одномоментно замещали васкуляризированным кожно-мышечным лучевым лоскутом в двух наблюдениях, васкуляризированным торакодорзальным лоскутом в одном наблюдении.

После проведения лечения по представленному алгоритму, у большинства пациентов 93% наблюдали хорошие эстетические и функциональные результаты: отсутствие массивных интраоперационных кровотечений (кровопотеря не превышала 300 мл), отсутствие признаков продолжения роста АВМ, восстановление контура лица в области дефекта. В 3 наблюдениях было констатировано продолжение роста АВМ, которое потребовало дополнительного лечения.

Заключение. Предложенный алгоритм диагностики и лечения пациентов с АВМ головы и шеи позволяет получать позитивные результаты. Предложенная схема диагностики АВМ учитывает индивидуальные особенности каждой мальформации, что сокращает время и количество диагностических процедур. По показаниям для получения исключительно четкой картины АВМ была применена мультиспиральная компьютерная томография в режиме ангиографии и классическая ангиография для более эффективного планирования лечения. Алгоритм планирования лечения позволил проводить операции

с минимальной кровопотерей (до 300 мл), в результате лечения в 93,75% наблюдений отсутствовало продолжение роста мальформации. Применение описанных методик позволило восстановить контуры лица пациентов и достигнуть хороших эстетических и функциональных результатов. Длительное динамическое наблюдение даёт возможность своевременного выявления признаков продолжения роста АВМ.

Литература.

1. Агапов. В.С. Гемангиомы лица, шеи и полости рта взрослых: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.21 / В.С. Агапов; ММСИ. – М., 1990. – 36 с.
2. Hormozi, A.K. Supraclavicular flap: reconstructive strategy for massive facial arteriovenous malformations / A.K. Hormozi, M.R. Shafii // J. Craniofac. Surg. -2011. – Vol. 22 (3). – P. 931-936.
3. Surgical treatment following huge arteriovenous malformation extending from the lower lip to the chin: combination of embolization, total resection, and a double cross lip flap / K. Kiyokawa [et al.]. // J. Craniofac. Surg. – 2005. – Vol. 16(3). – P. 443-448.
4. Treatment of facial arteriovenous malformation / S. Murase [et al.]. // No Shinkei Geka. – 1995. – Vol. 23 (8). – P. 733-738.