

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2012

УДК 616/13.14-007.2-031:611.91/.93]-08

Н. Г. Коротких¹, М. С. Ольшанский², И. В. Степанов¹**СКЛЕРОЗИРУЮЩАЯ ТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ СОСУДИСТЫХ МАЛЬФОРМАЦИЙ ГОЛОВЫ И ШЕИ**

¹Кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии ГОУ ВПО Воронежская государственная медицинская академия им. Н. Н. Бурденко (394036, г. Воронеж, ул. Студенческая, д. 10); ГУЗ ВОКБ № 1 (394066, г. Воронеж, Московский пр-т, д. 151).

Хирургическое лечение сосудистых мальформаций головы и шеи сопряжено с высоким риском интраоперационного кровотечения, образованием обширных послеоперационных косметических дефектов. У 94 пациентов выявлен низкоскоростной тип мальформаций, что соответствовало венозной и капиллярной форме. Склерозирующая терапия была проведена у 16 пациентов с венозными и капиллярными мальформациями головы и шеи. У 5 больных был использован 70% раствор спирта с новокаином, у 11 – этоксисклерол в различных концентрациях. Склерозирующая терапия при низкоскоростном типе сосудистой мальформации позволяет снизить риск кровотечения при последующем хирургическом лечении. При обширных венозных мальформациях и некоторых типах капиллярных мальформаций склерозирующая терапия может быть альтернативой операции. Использование 1% раствора этоксисклерола для склеротерапии венозных мальформаций в области головы и шеи позволяет получить хорошие результаты с наименьшими осложнениями.

Ключевые слова: *сосудистая мальформация головы и шеи, склерозирующая терапия, этоксисклерол, комплексное эндоваскулярное лечение*

THE APPLICATION OF SCLEROSING THERAPY FOR THE COMBINED TREATMENT OF VASCULAR MALFORMATIONS OF THE HEAD AND THE NECK

Korotkikh N.G., Ol'shansky M.S., Stepanov I.V.

The surgical treatment of vascular malformations of the head and the neck is fraught with a high risk of intraoperative bleeding and extensive postoperative cosmetic defects. Ninety four patients exhibited malformations of the low-speed type that corresponds to the venous and capillary form. Sclerotherapy was used in 16 patients with venous and capillary malformations of the head and the neck. Five of them were treated with the use of a novocaine-containing 70% alcohol solution, and the remaining 11 with aethoxysklerol at various concentrations. The use of sclerosing therapy for the management of low-speed malformations was shown to reduce the risk of bleeding during the subsequent surgical interventions. It is concluded that certain sclerotherapeutic modalities may be an alternative to surgery for the patients with extensive venous and/or capillary malformations. Specifically, the administration of a 1% aethoxysklerol for sclerotherapy of venous malformations of the head and the neck may have a good outcome with minimal complications.

Key words: *vascular malformations on the head and the neck, sclerosing therapy, aethoxysklerol, combined endovascular treatment*

Частота сосудистых мальформаций в области головы и шеи, по данным различных авторов, колеблется от 5–8 до 14% от общего числа [2]. Хирургическое лечение этих образований сопряжено с высоким риском интраоперационного кровотечения, образованием обширных послеоперационных косметических дефектов [3, 8]. В 1984 г. один из основоположников пластической и челюстно-лицевой хирургии Ф. М. Хитров отмечал трудности, возникающие при хирургическом лечении обширных ангиом лица и шеи [1]. Они заключаются в невозможности полноценного замещения дефекта тканей, который появляется после удаления сосудистого образования, зачастую прорастающего не только в мягкие ткани, но и в костные образования [5]. В связи с этим не прекращается поиск дополнительных методов лечения данной патологии. Среди таких методов следует особо выделить различные виды эндоваскулярных вмешательств – селективную эндоваскулярную эмболизацию и эндоваскулярную склеротерапию [4, 6, 8]. Однако применение селективной эндоваскулярной эмболизации в комбинированном лечении может быть ограничено сосудистой архитектурой и типом сосудистой мальформации. Другим вариантом лечебного воздействия на сосудистую мальформацию может быть склерозирующая терапия [2, 3, 7].

Цель работы – анализ результатов использования различ-

ных вариантов склеротерапии при лечении сосудистых мальформаций головы и шеи.

Материал и методы

С 2005 по 2011 г. наблюдали 220 пациентов с сосудистыми мальформациями головы и шеи. Всем больным с обширными поражениями проводили ультразвуковую доплерографию с цветовым доплеровским картированием, компьютерную томографию и ангиографию, магнитно-резонансную ангиографию, селективную каротидную ангиографию (СКАГ). В ходе различных рентгеноскопических исследований у всех больных с венозными мальформациями определялись множественные флеболиты. Проведение СКАГ позволяло достоверно определить тип сосудистой мальформации, ангиоархитектонику, выявить сосудистые афференты. В случае определения высокоскоростного типа сосудистой мальформации применение рентгеноэндоваскулярных методов исследования завершали проведением селективной эндоваскулярной эмболизации. У 94 пациентов обнаружен низкоскоростной тип мальформации, что соответствовало венозной и капиллярной форме. При этом выявление афферентных сосудов затруднено и проведение эндоваскулярной эмболизации не было показано. У таких больных в качестве самостоятельного метода лечения проводили склерозирующую терапию. Этот метод был также использован для предоперационной подготовки к комбинированному лечению сосудистых мальформаций.

Коротких Николай Григорьевич – д-р мед. наук, проф., зав. каф., тел. 8(4732) 57-96-56

В качестве склерозирующего вещества разные авторы предлагают использовать раствор спирта, полидоканол (этоксисклерол) и тетрадецилсульфат натрия (STD, Фибро-вейн) [2–5, 8]. Этиловый (70%) спирт на сегодняшний день остается одним из самых распространенных склерозантов при лечении сосудистых мальформаций, являясь в своем роде эталоном для сравнения эффективности новых препаратов [6, 7]. Полидоканол и тетрадецилсульфат натрия в качестве склерозантов уступают спирту. Предпочтение в выборе данных препаратов обусловлено их большей безопасностью, проявляющейся в значительно меньшем количестве кожных некрозов и поврежденных расположенных рядом структур [3, 4].

В работе нами использован как 70% раствор спирта с новокаином, так и этоксисклерол. Последний мы применяли в концентрациях 0,5, 1 и 3%.

Результаты и обсуждение

Чрескожная пункционная склерозирующая терапия является доступным и распространенным методом лечения при венозной патологии. Она проводится путем обкалывания сосудистого образования по периметру тонкой инъекционной иглой и введения различных веществ, вызывающих асептические некрозы в ткани сосудистой мальформации с последующим рубцеванием [4, 7]. Однако такой метод лечения не всегда приводит к желаемым результатам. Невозможно добиться одномоментного равномерного распределения склерозирующего вещества по периметру образования. Кроме того, не исключена возможность передозировки препарата с дальнейшим развитием глубоких некрозов и возникновением обезображивающих рубцов [1, 5]. Нередко требуются многочисленные повторные инъекции. Последнее обстоятельство удлиняет сроки лечения. В то же время склерозирующая терапия при эндоваскулярных вмешательствах является патогенетически обоснованным методом воздействия на патологически измененные сосуды [3, 6, 8].

Склерозирующая терапия была проведена у 16 лиц с венозными и капиллярными мальформациями головы и шеи (рис. 1 на вклейке). У 5 больных использовали 70% раствор спирта с новокаином, у 11 – этоксисклерол в различных концентрациях. Было выполнено от 1 до 5 вмешательств на каждого больного. Промежуток между сеансами склеротерапии составлял 2–3 сут. У 7 больных склерозирующий препарат вводили по внешним границам капиллярной мальформации. В 9 случаях после прямой пункционной флебографии (рис. 2 на вклейке), не вынимая иглы, проводили склеротерапию венозной мальформации. Склерозант вводили инъекционно через покровные ткани в просвет сосуда, при этом в ряде случаев правильность расположения кончика иглы в сосуде контролировали путем одновременной рентгеноскопии и инъекции неионного контраста через иглу. Склерозирующий препарат при введении повреждал эндотелий сосудов, приводя к облитерации последних и снижению объема и скорости кровотока в образовании. На следующем этапе 10 больным в течение 3 сут после склеротерапии выполняли хирургическое лечение по общепринятым методикам. В 6 случаях, когда при обширных сосудистых дисплазиях высокий хирургический риск делал невозможным проведение операции, склеротерапия являлась методом выбора. При этом во всех случаях был достигнут хороший лечебный эффект (рис. 3). Рентгеноэндоваскулярная визуализация в качестве контроля

лечения достоверно демонстрировала достижение облитерации патологических сосудов в месте инъекции склерозирующего вещества.

Применение спиртоновокаиновой смеси во всех случаях сопровождалось выраженным болевым синдромом и продолжительным отеком. В одном случае наблюдали формирование некроза в месте введения склерозанта (рис. 4). Использование этоксисклерола в различных концентрациях показало его эффективность. На наш взгляд, наиболее удобным в использовании оказался 1% раствор этоксисклерола. В такой концентрации его удобно дозировать, можно ввести достаточное количество при обширных сосудистых мальформациях, не опасаясь побочного эффекта от передозировки. К сожалению, при венозных мальформациях головы и шеи в отличие от флебосклерозирования при варикозной болезни нижних конечностей не всегда можно обеспечить адекватную компрессию в месте проведения склеротерапии. Это может стать причиной как возникновения тромбозов кавернозных тканей, так и повышенной частоты реканализации в отдаленном периоде.

Вывод

Склерозирующая терапия при низкоскоростном типе сосудистой мальформации позволяет снизить риск кровотечения при последующем хирургическом лечении. При обширных венозных мальформациях и некоторых типах капиллярных мальформаций склерозирующая терапия может быть альтернативой операции. Использование 1% раствора этоксисклерола для склеротерапии венозных мальформаций в области головы и шеи позволяет получить хорошие результаты с наименьшими осложнениями. Важным условием лечения является адекватная компрессия места проведения склеротерапии.

Таким образом, склерозирующая терапия позволяет улучшить результаты комплексного лечения сосудистых мальформаций головы и шеи, а в некоторых случаях может служить методом выбора.

ЛИТЕРАТУРА

1. Атлас пластической хирургии лица и шеи / Под ред. Ф. М. Хитрова. – М., 1984.
2. Козаченко И. И. Склерозирующая терапия гемангиом лица: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Киев, 1988.
3. Сапелкин С. В., Дан В. Н. // Ангиол. и сосуд. хир. – 2003. – № 3, прил. – С. 83–84.
4. Циклин И. Л. Применение малоинвазивных эндоваскулярных методов в комбинированном лечении врожденных артериовенозных ангиодисплазий головы и шеи: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2006.
5. Berenguer B., Burrows P. E., Zurakowski D., Mulliken J. B. // J. Plast. Reconstr. Surg. – 1999. – Vol. 104, № 1. – P. 1–11; discuss.: P. 12–15.
6. Jin Y., Lin X., Chen H. et al. // Vasc. Interv. Radiol. – 2009. – Vol. 20, № 6. – P. 736–743.
7. Lee B. B., Do Y. S., Byun H. S. et al. // J. Vasc. Surg. – 2003. – Vol. 37, № 3. – P. 533–538.
8. Siu W. W., Weill A., Garipey J. L. et al. // J. Vasc. Interv. Radiol. – 2001. – Vol. 12, № 9. – P. 1095–1098.

Поступила 17.05.11