



УДК: 612. 288. 71-053. 1: 616-006. 31

СЛУЧАЙ АРТЕРИО-ВЕНОЗНОЙ МАЛЬФОРМАЦИИ УШНОЙ РАКОВИНЫ

Е. В. Безрукова, Д. А. Пашинина

CASE OF ARTERIOVENOUS MALFORMATION OF AURICLE

E. V. Bezrukova, D. A. Pachtchinina

ГОУ ВПО Санкт-Петербургская государственная медицинская академия
им. И. И. Мечникова

(Зав. каф. оториноларингологии – Засл. врач РФ, проф. Ю. К. Янов)

Представлен случай артерио-венозной мальформации (АВМ) ушной раковины (задняя ушная артерия). АВМ характеризовалась диффузной деформацией наружного уха, что вызывало сложности в постановке диагноза и выборе тактики лечения. Выполнение селективной ангиографии и эмболизации задней ушной артерии позволило правильно диагностировать патологию, значительно улучшить форму ушной раковины, избежать кровотечения и обширного хирургического вмешательства.

Ключевые слова: артерио-венозная мальформация, эндоваскулярная эмболизация.

Библиография: 6 названий.

The case of arteriovenous malformation (AVM) of posterior auricular artery is presented. AVM was characterized by diffuse disfigurement of the auricle. It caused difficulties in diagnostic and treatment of this pathology. The comprehensive angiographic evaluation of the blood flow in angiodysplasia and the adjacent vessels and endovascular embolization of the posterior auricular artery can be performed and produced to make diagnose, improved shape of the auricle, predicted bleeding and wide operation.

Key words: arteriovenous malformation, endovascular embolization.

Bibliography: 6 sources.

Артерио-венозная мальформация (АВМ) представляет собой врожденный порок развития сосудистой системы, в основе которого лежит формирование сосудистых клубков различного размера, образованных беспорядочным переплетением извитых и расширенных вен и артерий. Размер их колеблется от нескольких миллиметров до гигантских образований. Характерной особенностью строения является отсутствие капилляров, что ведет к прямому шунтированию артериальной и венозной крови [4]. Стенки таких сосудов не имеют характерных признаков ни артерий, ни вен. Значительным вариациям подвержены, как толщина стенок, так и калибр самих сосудов. Неполющенность стенки сосудов АВМ является основным фактором, обуславливающим наиболее частое проявление – кровотечение и кровоизлияние. В структуре АВМ различают приносящие кровь сосуды (афференты), клубок патологических сосудов (nidus) и дренирующие вены (эфференты). Нередко на афферентных сосудах и в клубке АВМ формируются аневризмы. При наличии аневризм риск кровоизлияния значительно увеличивается [2].

Артериовенозная мальформация может быть врожденной или развиваться после перенесенной травмы или операции. Чаще всего встречаются АВМ головного мозга, их выявляемость составляет 1–2 случая на 100 000 населения в год [1, 3, 4].

Артериовенозные мальформации сосудов, кровоснабжающих наружное и среднее ухо, встречаются крайне редко. В доступной литературе было найдено несколько случаев АВМ ушной раковины, которые выглядели как ограниченные опухолевидные образования (ангиомы), и один случай артериовенозной мальформации сосудов среднего уха [3, 6].



Мы приводим собственное наблюдение артерио-венозной мальформации, диффузно поражающее ушную раковину и вызвавшее сложности в диагностике.

Пациент М., 33 лет обратился в клинику ЛОР-болезней СПбГМА им. И. И. Мечникова с жалобами на наличие в области левой ушной раковины образования синюшно-багрового цвета, которое привело к изменению формы ушной раковины. Новообразование возникло в детском возрасте. После травмы уха, которая произошла 5 лет назад, образование значительно увеличилось в размере. Пациент неоднократно обращался за помощью к оториноларингологам по месту жительства. Диагностировалась «гематома ушной раковины», которую несколько раз пунктировали и вскрывали. Однако образование продолжало постепенно увеличиваться, значительно деформируя ушную раковину.

Пациент был направлен в нашу клинику с диагнозом гематома ушной раковины для выполнения пластической операции на левой ушной раковине.

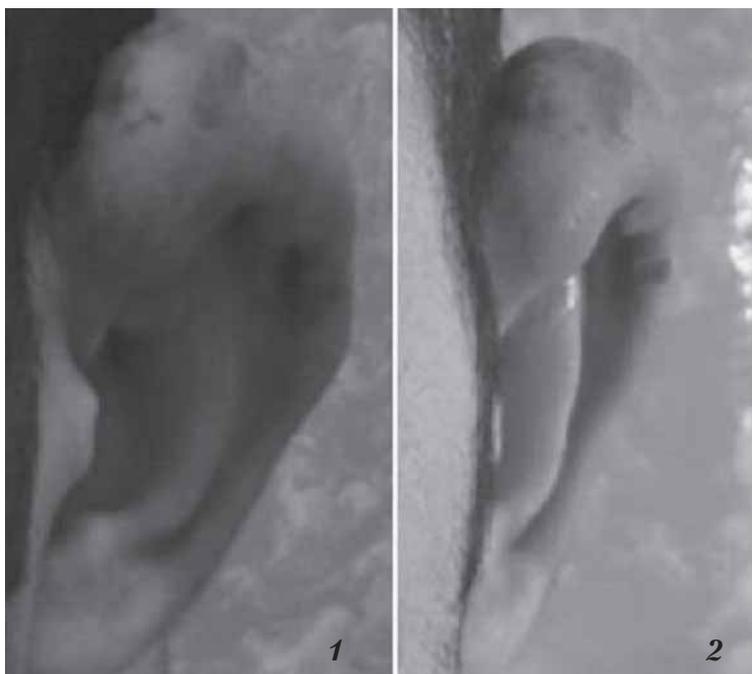


Рис. 1, 2. Ушная раковина пациента. 1 – до эмболизации, 2 – через 24 часа после эмболизации.

При осмотре (рис. 1) в области основного завитка и задней поверхности ушной раковины определяется образование багрово-синюшного цвета, вокруг которого видны извитые сосуды. Ушная раковина увеличена в размере, утолщена, смещена кпереди, пульсирует синхронно с наружной сонной артерией. Наружный слуховой проход и барабанная перепонка без видимых изменений. Слуховая функция сохранена.

Таким образом, перед нами стояла достаточно сложная задача выбора тактики лечения. Больному предстояла пластическая операция, однако эффект операции представлялся сомнительным, учитывая, что новообразование ушной раковины имело тенденцию к увеличению. Диагноз гематомы ушной раковины нами был отвергнут. Мы посчитали, что у больного имеется крайне редко встречающаяся артериовенозная мальформация сосудов ушной раковины. В связи с этим было принято решение провести дополнительное диагностическое исследование с целью уточнения распространенности процесса и выполнения при необходимости эмболизации сосудов.

Селективная ангиография ветвей наружной сонной артерии была проведена на базе ангиографического отделения (зав. отд. Рыжков В. К.) Ленинградской областной клинической больницы. Процедура выполнена из правого бедренного доступа под местной анестезией раствором 1,0%-лидокаина 10,0 мл катетером 5,0 F H-1 с использованием рентгеноконтрастного вещества Ultravist 300.

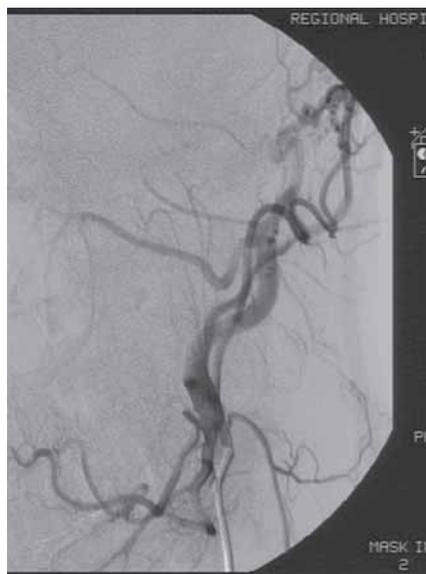


Рис. 3. Артериальная стадия

В артериовенозной стадии (рис. 4) четко выявляется образование размером около 3,0 X 4,5 см, соответствующее расположениюшной раковины. Образование состоит из извитых сосудов с множеством аневризматических расширений. Кроме того, наблюдается ранний сброс в венозную систему (рис. 4, 5).

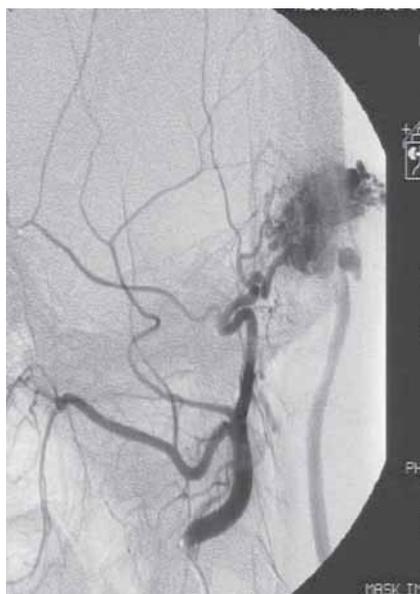


Рис. 4. Артерио-венозная стадия.



Рис. 5. Венозная стадия



Рис. 6. Контроль после эмболизации ветвей наружной сонной артерии

Следующим этапом выполнена суперселективная ангиография задней ушной артерии, после чего проведена эмболизация задней ушной артерии и терминальных ветвей височной артерии частицами PVA (эмболами) размером 0,3 мм в объеме 0,5 куб. см. и частицами PVA размером 0,6 мм – 0,2 куб. см.

На контрольной ангиограмме образования не определяется, кровоток в бассейне наружной сонной артерии сохранен (рис. 6).



Через сутки после вмешательства отмечается значимое уменьшение ушной раковины в объеме и отсутствие ее пульсации (рис. 2).

Особенность данного случая заключается в том, что:

- во-первых, подобные пороки развития встречаются крайне редко, что интересно с практической точки зрения и
- во-вторых, с помощью рационального подхода к постановке диагноза и применении современных методов диагностики и лечения удалось не только избавить больного от косметического дефекта ушной раковины, но и избежать сложного не всегда эффективного хирургического вмешательства.

ЛИТЕРАТУРА

1. Артериовенозная мальформация сосудов бассейна задней ушной артерии в среднем ухе/ В. А. Житков, Т. Г. Нестеренко, А. А. Карпенко и др. //Вестн. оторинолар. – 2007. – №1. – С. 43–44.
2. Комплексное лечение артериовенозных мальформаций головного мозга: Метод. рекомендации/Ю. Я. Козаков, Н. Е. Иванова, Д. Е. Мацко и др. – Л., 1990. – 14 с.
3. Комплексный подход к лечению сосудистых новообразований ушной раковины/ М. С. Ольшанский, Коротких Н. Г. и др. // Вестн. оторинолар. – 2008. – №5. – С. 48–50.
4. Краковский Н. И. Гемангиомы/ Н. И. Краковский, В. А. Таранович – М.: Медицина, 1974.
5. Никитин Ю. М. Ультразвуковая доплеровская диагностика сосудистых заболеваний/ Ю. М. Никитин, А. И. Труханов – М.: Медицина, 1998.
6. Привес М. Г. Анатомия человека/ М. Г. Привес, Н. К. Лысенков, В. И. Бушкович Анатомия человека изд. 9. – М.: Медицина, 19.

УДК: 616. 322–002. 3+616. 379–008. 64

ОСЛОЖНЕННОЕ ТЕЧЕНИЕ ПАРАТОНЗИЛЛЯРНОГО АБСЦЕССА НА ФОНЕ ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННОГО САХАРНОГО ДИАБЕТА

А. В. Гербергаген, А. В. Зеленов

COMPLICATED CURRENT PERITONSILLAR OF THE ABSCESS AGAINST FOR THE FIRST TIME REVEALED DIABETES

A. V. Gerbergagen, A. V. Zelenov

Учреждение: МУЗ «Подольская городская клиническая больница»,

Московская область

(Главный врач – В. В. Громов)

В практике оториноларинголога нередко встречаются пациенты, у которых паратонзиллярный абсцесс протекает с осложнениями различной степени тяжести.

Приводим наше клиническое наблюдение. Больная Р., 1930 г. р., жительница г. Подольска, ИБ№ Х5395-2005, поступила в приемное отделение Подольской ГКБ 10.04.05г. по направлению бригады скорой медицинской помощи с подозрением на паратонзиллярный абсцесс справа.

При поступлении была осмотрена дежурным инфекционистом, данных за дифтерию не выявлено.

При осмотре в отделении предъявляла жалобы на боль в горле и подчелюстной области справа при глотании. Отмечала иррадиацию болей в правое ухо; затрудненное проглатывание твердой пищи.

Давность заболевания – около 2-х суток. Заболевание началось с болей в горле. Занималась самолечением – прикладывала спиртовые компрессы на шею. В течение суток до поступления в стационар отмечала повышение температуры тела до фебрильных цифр, с утра 10.04.05 г. температура тела повысилась до 39,0*С.