

С.П. Галич, д.м.н., профессор, О.А. Гиндич, А.Ю. Дабижа, к.м.н., Я.П. Огородник, Национальный институт хирургии и трансплантологии им. А.А. Шалимова НАМНУ, отдел восстановительной микрохирургии и трансплантации тканей, г. Киев



С.П. Галич

# Возможности реконструктивной пластической хирургии в лечении капиллярных мальформаций области головы

## Введение

Сосудистые мальформации — врожденные аномалии развития сосудистой системы, обусловленные нарушением эмбрионального морфогенеза, проявляющиеся в виде гипер-, гипоплазии артерий, вен, капилляров и лимфатических сосудов, развитием артериовенозных соустьев и приводящие к различным формам нарушения регионарного кровообращения. В свою очередь капиллярная мальформация — наиболее часто встречающийся тип сосудистых мальформаций, при котором поражаются мелкие вены, венулы и капиллярные сосуды кожи [1, 2]. Данное заболевание часто проявляется уже при рождении — у ребенка отмечается быстрое развитие патологии с выраженными анатомо-функциональными нарушениями, которые неизбежно приводят к инвалидизации пациентов [3]. Кроме того, в запущенных случаях характерна тенденция к развитию кровотечений и инфекционных осложнений, что часто требует активного хирургического вмешательства.

На сегодняшний день определяющее значение для успешного лечения больных имеет своевременная клиническая диагностика сосудистых мальформаций, помогающая заподозрить данную патологию на ранних этапах развития и вовремя обратиться в специализированные центры. Капиллярные мальформации обычно представлены единичными или множественными локализованными пятнами, либо могут поражать всю кожу лица с распространением на слизистую ротовой полости. Цвет варьирует от светлых розовых до темных бордовых оттенков с узелковыми образованиями на коже, в зависимости от возраста пациента, диаметра вовлеченных в процесс капилляров и расположения относительно слоев кожи. Кроме того, в зависимости от локализации капиллярной мальформации наблюдается гипертрофия мягких тканей губ и десен в зоне поражения. Капиллярные мальформации часто сочетаются со структурными аномалиями эктодермального происхождения и патологией нервной системы [4].

Известно, что капиллярные мальформации могут сопровождаться другими типами сосудистых мальформаций. Наиболее часто встречаются капиллярно-артериовенозные мальформации, которые отличаются от простых капиллярных мальформаций наличием патологических артериовенозных шунтов, которые могут локализоваться в коже, подкожной жировой клетчатке, костях, мышцах, головном мозге [5].

В отличие от других локализаций терапией капиллярных мальформаций в области лица зачастую занимаются представители различных специальностей (дерматологи, сосудистые и пластические хирурги). И несмотря на то что попытки лечения предпринимались давно, до сегодняшнего дня не существует единой точки зрения относительно оптимального метода, этапности и сроков проведения лечения. Значимость проблемы терапии капиллярных мальформаций определяется частым непониманием патогенетических факторов развития заболевания, что неизбежно приводит к неудовлетворительным результатам.

В частности, необоснованное и несвоевременное применение дерматологами таких методов лечения, как лазерная терапия, склеротерапия и др., приводит к развитию рецидивов заболевания или осложнениям, значительно ухудшающим первичное состояние пациента [3]. В то же время методики, направленные только на коррекцию измененного кровообращения (перевязка питающих мальформацию сосудов, рентгенэндоваскулярная окклюзия), также не решают эстетическую проблему, стимулируя при этом ангиогенез, что приводит к рецидивам заболевания и более сложному лечению в будущем [6].

На сегодняшний день хирургический метод терапии является наиболее радикальным [3, 5, 7]. Однако в некоторых случаях полное иссечение капиллярных мальформаций головы и особенно лица не представляется возможным в связи с особенностями строения этой зоны, наличием важных анатомических образований, потенциально высоким риском развития функциональных и косметических нарушений вследствие удаления патологического очага.

В связи с этим особенностью хирургического лечения таких пациентов, наряду с коррекцией кровообращения и иссечением мальформации, является важность адекватного закрытия образовавшегося дефекта тканей. В современной литературе представлены лишь отдельные сообщения об опыте замещения дефектов тканей после иссечения капиллярных мальформаций области лица.

## Материалы и методы

За период с 2004 по 2014 год под нашим наблюдением находился 31 пациент с капиллярными мальформациями лица. Возраст больных варьировал от 4 до 40 лет (20 женщин и 11 мужчин).

При поступлении в клинику, кроме стандартных клинических исследований,

у них выполняли предоперационное обследование, которое включало ультразвуковое дуплексное сканирование, а при подозрении на наличие артериовенозных шунтов — ангиографию, МРТ, КТ с внутривенным контрастированием. Таким образом, у 17 пациентов отмечались капиллярно-артериовенозные и у 14 — простые капиллярные мальформации.

У всех больных локализация патологического процесса соответствовала зонам иннервации основных ветвей тройничного нерва (верхнечелюстная ветвь — 8 пациентов, нижнечелюстная — 10, глазная и верхнечелюстная — 2, верхнечелюстная и нижнечелюстная — 7 и в зоне иннервации всех трех ветвей — 4 больных). Мальформации у пациентов были обширными, и их площадь составляла от 49 до 176 см<sup>2</sup>.

При лечении больных с простыми капиллярными мальформациями выполняли резекцию патологического очага. В случаях капиллярно-артериовенозных мальформаций на дооперационном этапе выполняли рентгенэндоваскулярную окклюзию питающих мальформацию сосудов с целью дезартериализации пораженной зоны.

К закрытию образовавшихся дефектов мягких тканей подходили дифференцировано с учетом локализации патологического очага и количества здоровых тканей в смежных зонах.

В трех случаях была выполнена этапная аллоаутодермопластика. В 22 случаях применялась микрохирургическая транспозиция различных тканевых комплексов, в том числе у 10 пациентов с предварительной тканевой экстензией. Одномоментная транспозиция нескольких лоскутов выполнена в 12 случаях (различные варианты сочетаний субментального, дерматензионного парамедианного лобного, щечного или надключичного лоскутов). Транспозицию перфорантного лоскута верхней щитовидной артерии использовали у 2 пациентов. Свободная пересадка сложных комплексов тканей выполнена в 6 случаях (лоскут широчайшей мышцы спины, в одном случае перфорантный, — у 5 пациентов, переднелатеральный лоскут бедра — у 1 больного).

## Клинический пример 1.

Больная П. 1972 г.р. поступила в отдел восстановительной микрохирургии с жалобами на наличие обширной сосудистой мальформации шеи и нижней трети лица. Из анамнеза известно, что пациентка болеет с рождения, сосудистая мальформация увеличивалась соразмерно росту организма (рис. 1).



А



Б



В

Рис. 1. Динамика развития заболевания: а) — 6 мес, б) — 5 лет, в) — 37 лет

Неоднократно предпринимались попытки лечения методом склерозирования и криодеструкции в других лечебных учреждениях, однако результаты были неудовлетворительными, и терапия в итоге была признана бесперспективной.

При осмотре было выявлено, что мальформация занимает щечную область, нижнюю губу, подбородочную область с переходом на шею (рис. 2).

