

## ЛЕЧЕНИЕ ГЕАНГИОМ ГОЛОВЫ И ШЕИ

Вырупаев С.В., Мальковская О.С.

*Всероссийский центр глазной и пластической хирургии, г.Уфа*

Лечение гемангиом лица и шеи является трудной задачей. Большинство больных подвергаются длительному консервативному лечению. Имеется стандартный набор методов, направленный на склерозирование сосудов опухоли. Он включает рентгенотерапию, криодеструкцию, введение склерозирующих растворов в опухоль, прошивание опухоли и «питающих» сосудов и т.д. Как правило, все эти методы малоэффективны. Попытки хирургического удаления рубки, начинающееся кровотечение вынуждает хирургов прекращать операцию. С течением времени рост опухоли приобретает инфильтративный характер, вовлекая важные структуры: мимические мышцы, лицевой нерв и т.д. Нередко наступает озлокачествление опухоли.

Приводим три наблюдения пациентов с гемангиомами головы и шеи, проперированных во Всероссийском Центре глазной и пластической хирургии и Республиканском онкологическом диспансере в разные сроки от момента начала заболевания.

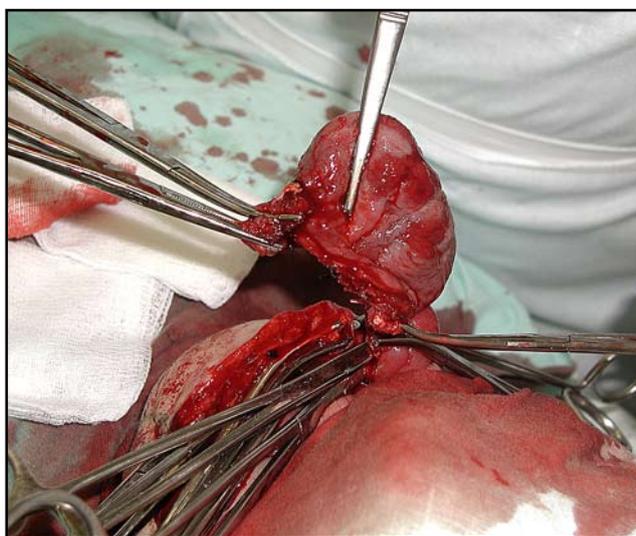
Больная У., 27 лет поступила в отделение реконструктивной челюстно-лицевой хирургии Всероссийского Центра глазной и пластической хирургии (ВЦГПХ) 17 июня 2002 г. с жалобами на наличие опухоли нижней губы больших размеров, периодические кровотечения из неё. Диагноз – кавернозная гемангиома нижней губы. (Рис. 1)



*Рис 1. Больная У. Диагноз: кавернозная гемангиома нижней губы.*

Опухоль появилась 12 лет назад, была небольшой. В 1996 г. в районной больнице произведена попытка хирургического удаления опухоли. Начавшееся кровотечение вынудило хирургов прекратить операцию. В феврале 1999 г. в областной больнице по месту жительства произведено обкалывание опухоли с курсом склерозирующей терапии 70% спиртом. В июне того же года прошивание гемангиомы. В мае 2002 года в ВЦГПХ произведено прошивание опухоли аллосухожильными нитями. Затем проведено три сеанса криодеструкции в ранний послеоперационный период. Начались кровотечения из опухоли и продолжались около 3-х недель.

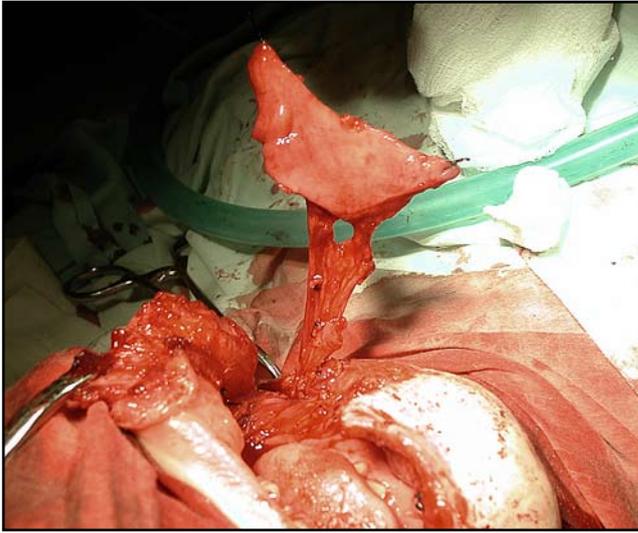
Операция 10 июля 2002 г.: электроножом рассечена слизистая нижней губы по переходной складке и вверх до угла рта. Кожа рассечена на 1 см ниже красной каймы. На зажимах опухоль иссечена (*Рис 2*).



*Рис 2. Вид удаляемой опухоли.*

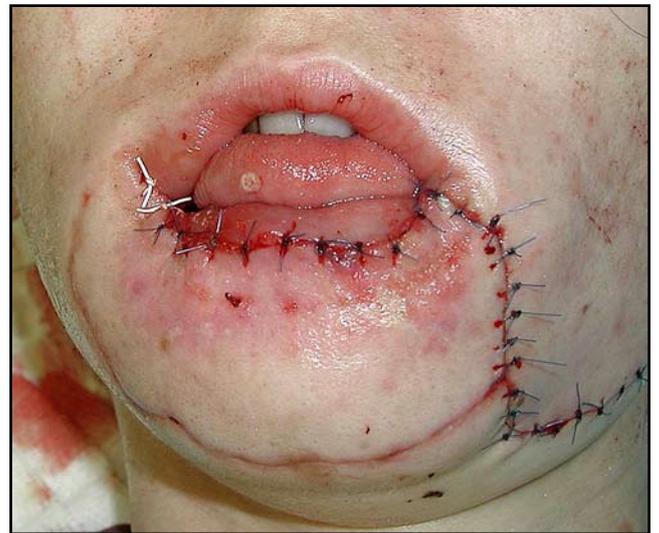
Разрез кожи продлён в левую подчелюстную область. Кожный лоскут отсепарован в плоскости лицевых сосудов. Выкроен участок слизистой щеки на лицевых сосудах. Длина сосудистой ножки составила 5 см (*Рис 3*).

Слизистый лоскут подшит на место слизистой и красной каймы (*Рис 4*).



*Рис. 3. Артериализированный лоскут из слизистой щеки на лицевых сосудах.*

*Рис 4. Лоскут подшит на место слизистой и красной каймы.*



11 июля 2002 г. диагностирован тромбоз лицевой вены лоскута. Произведена ревизия раны, тромбэктомия лицевой вены. В послеоперационном периоде принимала раствор гепарина 10 тыс. ЕД. в сутки. Приживление лоскута хорошее. Гистологическое заключение – кавернозная гемангиома. В последующем проведены небольшая коррекция рубцов, углубление преддверия рта по Эдлан. Через 2 года рецидива опухоли нет. Косметический результат хороший (Рис 5).



*Рис 5. Больная У. Через 2 года после операции.*

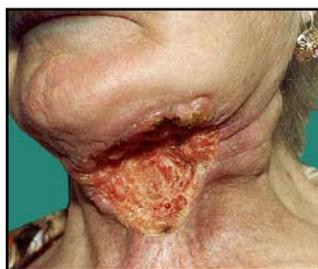
Больная В. 60 лет поступила в отделение опухолей головы и шеи Республиканского онкологического диспансера 12 декабря 1993 года с жалобами на наличие большой опухоли передней поверхности шеи. Опухоль шеи была с рождения. В 1952 году в возрасте 20 лет приняла курс рентгенотерапии (Рис 6).



*Рис. 6. Больная В. 20 лет. Диагноз – кавернозная гемангиома.*

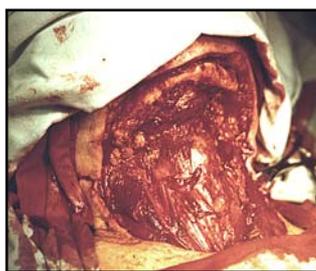
Опухоль сократилась, и в дальнейшем лечение не проводилось. Рост опухоли начался за полгода до поступления в клинику.

Объективный статус: опухоль по передней поверхности шеи с кратерообразным углублением в центре размером более 10 см в диаметре (Рис. 7).



*Рис. 7. Больная В., 60 лет. Лучевой рак на месте гемангиомы. Вид до операции.*

Диагноз – лучевой рак кожи шеи ст. III гр. II. Операция 22 декабря 1993 г.: электроножом рассечена кожа на расстоянии 2,0 см от края опухоли. При выделении опухоли обнажены сосудисто-нервные пучки с обеих сторон. Слева иссечена внутренняя яремная вена. С подлежащими тканями опухоль радикально удалена. Образовавшийся дефект занимал всю переднюю поверхность шеи (Рис. 8). Гистологическое заключение – плоскоклеточный рак средней степени зрелости.



*Рис. 8. Дефект шеи после иссечения опухоли.*

Произведена пластика дефекта двумя дельто-пекторальными лоскутами на медиальном основании (Рис. 9).



*Рис. 9. Пластика дефекта двумя дельто-пекторальными лоскутами.*

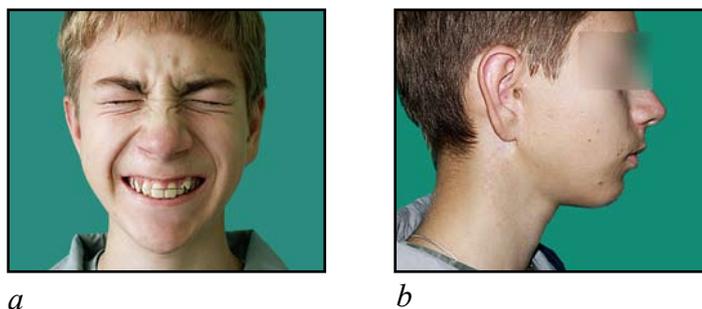
Приживление лоскутов хорошее. Внешний вид больной через год после операции (Рис. 10).



*рис. 10. Больная В. через год после операции.*

Больной Б., 8 мес., поступил в отделение опухолей головы и шеи Республиканского онкологического диспансера 10 октября 1989 года с диагнозом: гемангиома правой околоушной области. Опухоль лица была с рождения. В четырёхмесячном возрасте проведена криодеструкция опухоли, в результате чего некротизировалась кожа над опухолью. Опухоль осталась без изменений. Объективный статус: опухоль занимала правую околоушную область с переходом на козелок и верхнюю часть шеи. Над опухолью деформирующий рубец.

Операция 13 октября 1989 г.: иссечён деформирующий рубец околоушной области. Отсепарованы кожные лоскуты. Выделен ствол лицевого нерва и его периферические ветви. Опухоль широко иссечена с околоушной слюнной железой, жевательной мышцей и хрящём козелка. Кожа ушита в вертикальном направлении. Гистологическое заключение – кавернозная гемангиома. Через 15 лет здоров. Лицевой нерв функционирует нормально (*Рис. 11 а, б*).



*Рис. 11. Больной Б. 15 лет. Диагноз – кавернозная гемангиома. Через 15 лет после операции.*

Эти случаи наглядно показывают, что к успешному излечению больных с гемангиомами лица и шеи может привести только раннее хирургическое вмешательство в специализированных отделениях крупных клиник. Длительное консервативное лечение приводит к запущенности процесса, и операция в этот период носит калечащий характер.