

КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ • CLINICAL OBSERVATIONS

РЕЗЕКЦИЯ ИСТИННОЙ АНЕВРИЗМЫ ЛИЦЕВОЙ АРТЕРИИ

Юдаев С.С., Хамроев С.Ш.*, Батрашов В.А.
ФГБУ «Национальный медико-хирургический
Центр имени Н.И. Пирогова», Москва

DOI: 10.25881/20728255_2025_20_2_139

Резюме. Представлено клиническое наблюдение редко встречающегося заболевания — истинной аневризмы лицевой артерии.

Ключевые слова: аневризма, лицевая артерия, клинический случай.

TRUE ANEURYSM OF THE FACIAL ARTERY RESECTION

Yudaev S.S., Khamroev S.Sh.*, Batrashov V.A.
Pirogov National Medical and Surgical Center, Moscow

Abstract. A clinical case of a rare disease in the world — a true aneurysm of the facial artery is presented.

Keywords: aneurysm, facial artery, clinical case.

Актуальность

Артериальная аневризма является одним из наиболее распространенных сосудистых заболеваний, приводящих к инвалидности и смерти. Аневризмой принято считать увеличение просвета сосуда на 50% и более в сравнении с нормальным. Поверхностная височная и лицевая артерии являются наиболее часто поражаемыми внечерепными сосудами головы и шеи [1]. Подавляющее большинство этих поражений представляют собой ложные аневризмы, возникающие, как правило, в результате частичных повреждений стенки сосуда, чаще всего вследствие закрытой или проникающей травмы [2–7]. Истинная аневризма внечерепных отделов головы и шеи встречаются крайне редко [8–11]. В доступной нам отечественной и зарубежной литературе обнаружили только 5 наблюдений истинных аневризм лицевой артерии [12]. Истинная аневризма представляет собой увеличение стенки артерии, при которой сохраняются все три слоя (эндотелий, мышечный, адвентиция). В статье приведено клиническое наблюдение истинной аневризмы лицевой артерии у мужчины 32 лет. Обсуждаются клинические проявления, рентгенологические и гистологические данные и лечение этого поражения.

Мужчина 32 лет обратился в отделение сосудистой хирургии ФГБУ НМХЦ им. Н.И. Пирогова с жалобами на пульсирующее образование в области нижней челюсти слева, которое медленно увеличивалось в течение 6 месяцев. Травм, операций, а также артериальной гипертензии, сахарного диабета и гиперхолесте-



Рис. 1. Внешний вид пациента.

ринемии в анамнезе у пациента не было. При осмотре выявлено пульсирующее образование около 2 см в левом поднижнечелюстном треугольнике (Рис. 1).

На УЗИ выявлена гипоехогенная кистозная структура размером 2,1 см на протяжении 3 см с толстыми стенками, наполненная кровью. Цветная доплерография показала турбулентный артериальный кровоток лицевой артерии с пристеночным тромбозом в просвете, что соответствовало аневризме лицевой артерии (Рис. 2).

Данные КТ подтвердили наличие аневризмы левой лицевой артерии по нижнему краю нижней челюсти диаметром 2,1 см на протяжении 3 см (Рис. 3).

В просвете отмечается пристеночный тромбоз, окружающие мягкие ткани не изменены. С целью профилактики осложнений пациенту выполнено хирургическое иссечение аневризмы в условиях общей многокомпонентной анестезии.

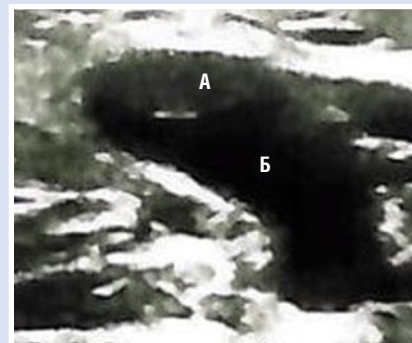


Рис. 2. Эхограмма.

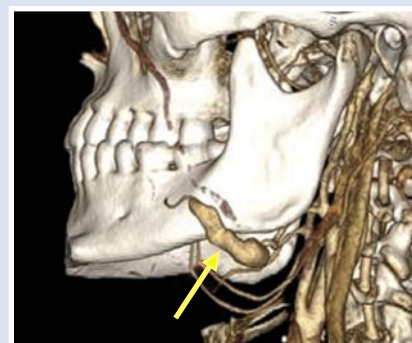


Рис. 3. Компьютерная томография.

Доступ к аневризме осуществляли поперечным разрезом длиной 7 см, на 3 см ниже нижней челюсти. После выделения аневризмы и перевязки проксимального и дистального сегмента лицевой артерии выполнена резекция аневризмы (Рис. 4).

С целью профилактики повреждения ветвей лицевого нерва проводился интраоперационный нейромонито-

* e-mail: angio.torac@mail.ru

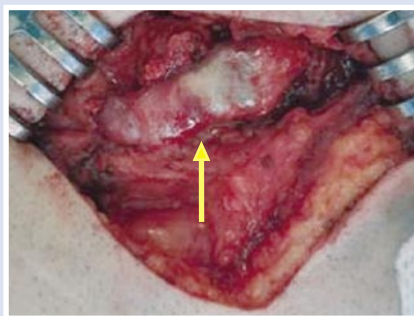


Рис. 4. Резекция и аневризма.

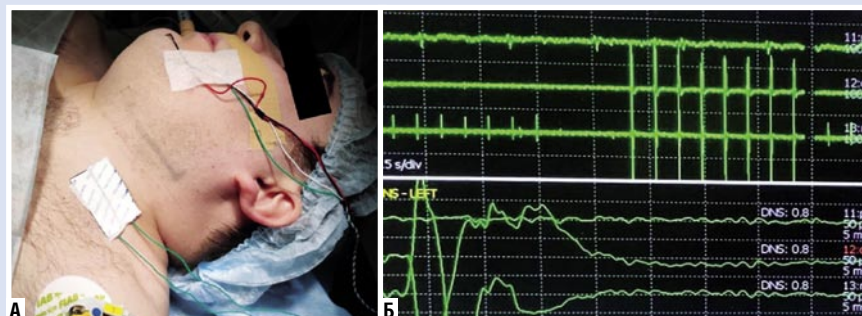


Рис. 5. Интраоперационный нейромониторинг.

ринг – прямая электростимуляция нервов (Рис. 5 А, Б).

Гистологическое исследование подтвердило истинную аневризму лицевой артерии с дегенеративными изменениями стенки и частичным тромбозом в просвете (Рис. 6).

Послеоперационный период протекал без осложнений, пациент выписан на 5 сутки после хирургического лечения.

Обсуждение

Аневризмы лицевой артерии можно разделить на истинные и ложные. Ложные аневризмы чаще всего связаны с закрытой или проникающей травмой и описываются как внесосудистая гематома, сообщающаяся с внутрисосудистым просветом через поврежденные стенки сосуда [8]. Стенка ложной аневризмы образована адвентициальным слоем артерии или периапериальной фиброзной тканью. Истинные же аневризмы представляют собой расширение артерии с вовлечением всех трех слоев. Большинство истинных аневризм связаны с атеросклерозом, но причиной также могут быть опухоли, инфекции и врожденные аномалии. Истинные аневризмы крайне редки, и результаты их лечения мало представлены в литературе. В иностранной литературе описано 37 наблюдений аневризм лицевой артерии, и только в пяти публикациях сообщалось об истинной аневризме [8–11].

Наиболее частым проявлением аневризм лицевой артерии является мягкое, подвижное, сдавливаемое и пульсирующее образование. Ультразвуковая цветная доплерография особенно информативна для предоперационной оценки и диагностики, поскольку лицевая артерия проходит поверхностно и легко доступна для исследования [8]. При УЗИ оценивается форма, размер аневризмы, наличие или отсутствие тромботических масс в просвете. Хотя КТ может показать морфологию аневризмы, цветная

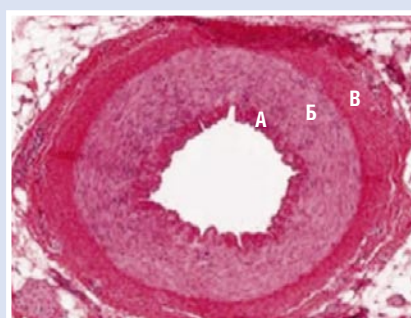


Рис. 6. Гистологическое исследование.

доплерография более проста, безопасна и неинвазивна. Ангиография в последнее время применяется редко [5], поскольку является инвазивным исследованием и не может показать истинный размер аневризмы, когда просвет сосуда заполнен тромбом.

Заключение

Хирургическая резекция является методом выбора при аневризме лицевой артерии из-за возможности их расширения и разрыва. Эмболизация обычно не используется при аневризме лицевой артерии из-за относительной простоты хирургического иссечения. Для предотвращения повреждения ветвей лицевого нерва во время хирургического удаления мы использовали прямую электростимуляцию нервов. Пациенту выполнена перевязка лицевой артерии проксимальнее и дистальнее аневризмы с последующим иссечением. Реконструктивная техника в виде протезирования или реанастомоза для лицевой артерии не требуется.

К настоящему времени период наблюдения составляет 12 месяцев. По результатам контрольной КТ внечерепных артерий с контрастным усилением данных за аневризму нет (Рис. 7).

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов (The authors declare no conflict of interest).



Рис. 7. Контрольная КТ.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Conner WC, Rohrich RJ, Pollock RA. Traumatic aneurysm of the face and temple: a patient report and literature review, 1644 to 1998. *Ann Plast Surg*. 1998; 41: 321-6.
2. Tubbs RS, David RK, Oakes WJ, Salter EG. Aneurysm of the distal facial artery from a penetrating oral prosthesis. *Clin Anat*. 2005; 18: 527-9.
3. John AG, Larry LM, Monte OH, Carol RB. Pseudoaneurysm of the proximal facial artery presenting as oropharyngeal hemorrhage. *Head Neck*. 2001; 25: 63.
4. Richardson D, Niven S. False aneurysm of the facial artery as complication of sagittal split osteotomy. *J Craniomaxillofac Surg*. 2008; 36: 180-2.
5. Orihovac Z, Virag M, Manojlovic S. Traumatic facial artery aneurysm: case report. *J Oral Maxillofac Surg*. 1999; 57: 199-201.
6. Partridge E, Zwirewich CV, Salvian AJ. Facial artery pseudoaneurysm: diagnosis by colour Doppler ultrasonography. *Can Assoc Radiol J*. 1995; 46: 458-60.
7. Stewart CL, Cohen-Kerem R, Ngan BY, Forte V. Post-traumatic facial artery aneurysm in a child. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2004; 68: 1539-43.
8. Galindo CC, Lima CA, Filho GG, Penha FM. True atherosclerotic aneurysm of facial artery. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2006; 35: 566-8.
9. Hampel AH, Villanueva MJ, Encina MS. True aneurysm of the facial artery. Report of a clinical case. *Med Oral*. 2001; 6: 148-50.
10. Barraclough J, Uppal H, Silverman S, Helpert C, O'Connell J. True aneurysm of the facial artery. *J Laryngol Otol*. 2008; 122: 86-7.
11. Setacci F, Sirignano P, Donato G, Palasciano G, Setacci C. Embolization of a true huge facial artery aneurysm. *J Cardiovasc Surg (Torino)*. 2008; 49: 703-4.
12. Erico H, Shigehiro O, Fumio O, Jun F, Takao O, Takeshi Sh. True aneurysm of the facial artery. *Auris Nasus Larynx*. 2010; 37: 656-658.