



Наш опыт хирургического лечения юношеской ангиофибромы основания черепа

М.К. Икромов, К.Н. Азизов

Государственное учреждение «Национальный медицинский центр Республики Таджикистан»

Авторы предлагают временную перевязку наружной сонной артерии перед удалением опухоли на стороне поражения у больных с юношеской ангиофибромой основания черепа (ЮАОЧ). С учётом предложенного метода, обследуемых пациентов разделили на две группы: I группа (n=10) – без предварительной временной перевязки наружной сонной артерии (традиционный метод) и II группа (n=25) – с предварительной временной перевязкой наружной сонной артерии.

У больных I группы объём интраоперационной кровопотери составил 600,0-1200,0 мл, что, в свою очередь, затрудняло обзор операционного поля и принуждало к переливаниям одногруппной крови и плазмы. Рецидив заболевания в данной группе выявлен у 1 больного.

У больных II группы объём кровотечения во время операции составил от 250,0 до 550,0 мл крови, т.е. в 2,0 и 2,5 раза меньше, чем в I группе, что обеспечивало лучший обзор операционного поля и не требовало переливания компонентов крови. В данной группе рецидив заболевания отмечен не был.

Сравнительный анализ показал эффективность предложенного метода хирургического лечения ЮАОЧ, поэтому его можно использовать как альтернативу эмболизации сосудов бассейна наружной сонной артерии, во всех регионах республики, т.е. там, где ещё нет высокотехнологичной аппаратуры.

Ключевые слова: ангиофиброма, юношеская ангиофиброма основания черепа, носоглоточная ангиофиброма

Актуальность. Юношеская (носоглоточная) ангиофиброма основания черепа (ЮАОЧ) является одним из грозных заболеваний ЛОР - органов и представляет собой редкую сосудистую мальформацию носоглотки, иногда достигающую значительных размеров, вызывающую обструкцию полости носа и носовые кровотечения [1-4]. Она встречается исключительно у лиц мужского пола в период полового созревания.

Юношеская ангиофиброма носоглотки, на фоне кажущегося доброкачественного образования, по морфо-гистологическому характеру, является весьма злокачественной – по клиническому течению и склонности к рецидивированию [2,5,7].

Доказательством тому является способность опухоли к увеличению в объёме до больших размеров и, имея разрушительный характер, преодолевать на своём пути все препятствия, независимо от того мягкая ткань это, хрящ или кость. В связи с этим, проблема лечения данной патологии остаётся актуальной.

Сложным и важным звеном является диагностика ЮАОЧ в начальной стадии заболевания в связи с появлением неспецифических признаков (ринорея,

затруднение носового дыхания и др.), характерных и для других заболеваний полости носа и носоглотки (аденоиды, риниты и т.д.) [3].

Не менее сложным в разрешении данной проблемы является вопрос выбора методов лечения: хирургическое вмешательство, консервативное лечение (гормонотерапия, рентгенотерапия) или комбинация этих способов.

Для лечения данной патологии нужны специализированные учреждения и высококвалифицированные врачи, так как её последствия влекут за собой серьёзное кровотечение из-за ангиоматозности опухоли и склонность к рецидивированию.

По данным литературы, частота рецидивов колеблется от 3% до 10% [4]. Клинический опыт показывает, что рецидив ЮАОЧ, главным образом, обусловлен оставшейся неудалённой частью, преимущественно, находящейся в труднодоступных отделах: ретромаксиллярной, крылонёбной и подвисочных ямках из-за профузного кровотечения, которое ограничивает обзор операционного поля [2,4].

Последние годы уже доказана неэффективность лучевой (телегамма) терапии, рентгенотерапии, облучения радием или консервативного лечения гормонами [5,7].

В связи с этим, отечественные и зарубежные специалисты отдают предпочтение хирургическому лечению данной патологии и рекомендуют в зависимости от объёма опухоли и её расположения, удаление патологической ткани через естественные пути (нос и рот), трансмаксиллярно, транспалатинально, «медифациальное скальпирование» (midfacedegloving) путём боковой ринотомии, а при гигантских – смежные доступы (нейрохирургический и челюстно-лицевые доступы) [1-8].

ЮАОЧ, как и опухоль ярёмного гломуса, является одним из вызовов нашей профессии. Проведение полной хирургической энуклеации ЮАОЧ является чрезвычайно сложной операцией, вследствие неизбежного сильного интраоперационного кровотечения из крупных кровеносных сосудов, расположенных рядом с внутренней сонной артерией и зрительным нервом [2,4,6,7].

По данным ЛОР-клиники, в Республике Таджикистан юношеская ангиофиброма встречается одинаково во всех регионах страны, кроме высокогорной области – Горно-Бадахшанской автономной области, и удельный вес заболеваемости соответствует данным мировой литературы [9].

Цель исследования: совершенствование методов хирургического лечения юношеской ангиофибромы основания черепа и разработка новых подходов, обеспечивающих уменьшение интраоперационного кровотечения и предупреждение рецидива опухоли.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находились 35 больных с диагнозом ЮАОЧ, проходивших лечение в ЛОР-клинике Национального медицинского центра (за период 2000-2014 гг.). По возрасту больных распределили на три группы: 10-14 лет (n=4), 15-19 лет (n=28) и 20-25 лет (n=3). Основную массу больных составили лица мужского пола переходного возраста (15-19 лет).

С целью усовершенствования существующих методов и разработки новых хирургических подходов, обеспечивающих уменьшение интраоперационной кровопотери, а также более качественного удаления всех отростков опухоли, в свою очередь приводящего к минимизации рецидивов, сотрудниками ЛОР-клиники был предложен и внедрён в клиническую практику совершенно новый подход лечения данной патологии.

Суть нашего подхода заключается в том, что всем больным II группы во время операции, с целью уменьшения интраоперационного кровотечения и

качественного удаления опухоли, была проведена временная перевязка наружной сонной артерии на стороне поражения. После окончания основного этапа операции (удаление опухоли), передней и задней тампонады, сонная артерия развязывается, тем самым, восстанавливается кровоснабжение сосудистого русла в бассейне, идущего от наружной сонной артерии.

С учётом предложенного нами метода, обследуемых пациентов разделили на две группы: I группа (n=10) – без предварительной временной перевязки наружной сонной артерии (традиционный метод) и II группа (n=25) – с предварительной временной перевязкой наружной сонной артерии.

Всем больным были проведены общеклинические исследования: оториноларингологическое обследование, КТ и МРТ. В связи с большим распространением опухоли, 4 пациентам была проведена реоэнцефалограмма (РЭГ).

Объём ЮАОЧ оценивали по классификации U.Fish, что соответствовало 1-2-3а-3б стадиям. У 11 наблюдаемых больных была обнаружена 1-я стадия, у 22 – 2-я и у 2 пациентов – 3-я. Из общего количества обследованных больных (n=35) 6 человек были прооперированы по Муру и 29 – через естественные пути (рот и нос). В подготовительном периоде, с целью улучшения агрегационных механизмов крови, больным назначали лекарственные средства в таблетированном виде в течение 5 дней, а накануне операции – вечером рекомендовали успокаивающие средства, снотворные или транквилизаторы.

Приведём клинический пример. Больной К., 1996г., поступил в ЛОР-клинику 04.11.2013г. с диагнозом DS-ангиофиброма носоглотки. В момент осмотра у больного были следующие жалобы: отсутствие дыхания с левой половины носа, периодические носовые кровотечения и головные боли. Из анамнеза: считает себя больным в течение последних 6-8 месяцев. Первые месяцы жалобы были на затруднение носового дыхания и редкое кровотечение из носа – от нескольких капель до 2,0-3,0 мл. В последние месяцы произошла полная obturация левой половины носа и носовые кровотечения участились, что вынудило больного обратиться к ЛОР-врачу. Больной был обследован амбулаторно и подготовлен к оперативному лечению. До и после операции больному была произведена КТ полости носа и его придаточных пазух и эндоскопическое обследование (рис.1,2).

Под эндотрахеальным наркозом сделали разрез кожи по передней поверхности грудинно-ключично-сосцевидной мышцы в проекции наружной сонной артерии, слева. Тупым путём дошли до сосудисто-нервного пучка, нашли наружную сонную артерию и полуузлом перекрыли её резиновой полоской. Затем приступили к основному этапу операции –

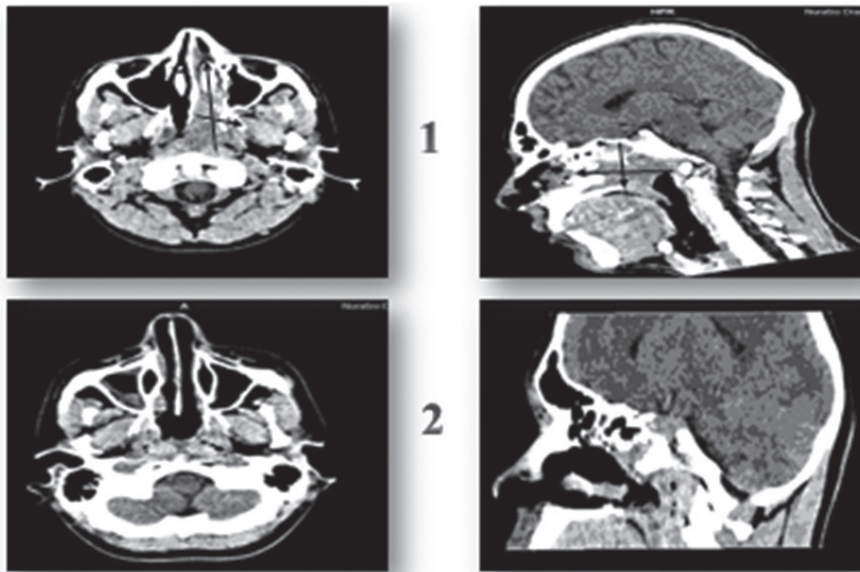


РИС. 1. КТ ПОЛОСТИ НОСА И ЕГО ПРИДАТОЧНЫХ ПАЗУХ БОЛЬНОГО К., 17 ЛЕТ С ЮНОШЕСКОЙ АНГИОФИБРОМОЙ НОСОГЛОТКИ ДО (1) И ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ (2)

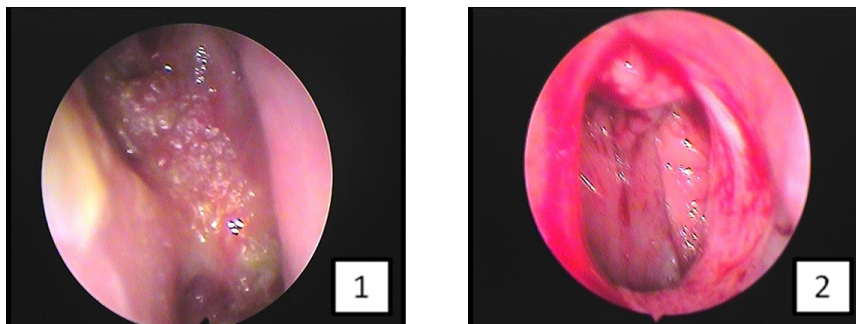


РИС. 2. ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ КАРТИНА БОЛЬНОГО К., 17 ЛЕТ С ЮНОШЕСКОЙ АНГИОФИБРОМОЙ НОСОГЛОТКИ ДО (1) И ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ (2)



РИС. 3. УДАЛЁННАЯ ОПУХОЛЬ У БОЛЬНОГО К., 17 ЛЕТ С ЮНОШЕСКОЙ АНГИОФИБРОМОЙ НОСОГЛОТКИ



удаление опухоли из носоглотки и прорастающей в носовую полость. Во время операции кровотечение было минимальным, что обеспечило хороший обзор операционного поля. Опухоль удалили полностью, целиком (рис.3).

Полость носа затампонировали передним и задним тампонами, наружную сонную артерию освободили от узла резиновой полоски и рану зашили послойно (07.11.2013г.). Послеоперационный период прошёл гладко, и через неделю больной был выписан в удовлетворительном состоянии.

Результаты и их обсуждение. Эффективность применяемых методов в исследуемых группах оценили по двум критериям: объёму потерянной крови во время операции и наличию рецидивов.

Данные исследования показывают, что у больных I группы, объём интраоперационной кровопотери составил 600,0-1200,0 мл, что, в свою очередь, затрудняло обзор операционного поля и принуждало к переливаниям одногруппной крови и плазмы. У 1 пациента было обнаружено осложнение в виде постоперационного рецидивирующего носового кровотечения. Рецидив заболевания в данной группе выявлен у 1 больного.

У больных II группы объём кровотечения во время операции составил от 250,0 до 550,0 мл крови, что обеспечивало лучший обзор операционного поля и не требовало переливания компонентов крови. Осложнение в виде профузного носового кровотечения после недельной выписки из стационара наблюдалось у одного больного. В данной группе рецидив заболевания отмечен не был.

Сравнительный анализ в исследуемых группах показал эффективность предложенного нами метода хирургического лечения юношеской ангиофибromы, так как в данной группе количество интраоперационной кровопотери было снижено в 2,0 и 2,5 раза, что можно считать более оптимальным, чем традиционная методика.

Современная технология позволяет менять взгляды на данную проблему с лучшей стороны. Появление высокотехнологичной аппаратуры намного устранило трудности, стоящие перед специалистами. К такому примеру можно отнести эмболизацию сосудов бассейна наружной сонной артерии, кровоснабжающей данную область [6]. Это может привести к минимизации интраоперационной кровопотери и улучшению обзора операционной полости. Однако это дорогое удовольствие и доступно не во всех регионах как в нашей стране, так и за рубежом.

Таким образом, хирургическое лечение юношеской ангиофибromы основания черепа с предварительной перевязкой наружной сонной артерии на стороне поражения при опухолях 1, 2, 3А и 3Б стадий по U.Fish можно широко использовать как альтернативу эмболизации во всех регионах, т.е. там, где ещё нет высокотехнологичной аппаратуры.

ЛИТЕРАТУРА

1. Булл Т.Р. Атлас ЛОР-заболеваний / Т.Р.Булл. - М., ГЭОТАР-МЕДИА. - 2007. - 248с.
2. Виганд М.Э. Эндоскопическая хирургия околоносовых пазух и переднего отдела основания черепа / М.Э.Виганд. Пер. с англ. - М. - 2010.
3. Юнусов А.С. Особенности ведения больных с ЮАОЧ / А.С.Юнусов, А.С.Закариев // Журнал «Российская оториноларингология». Приложение № 1. - 2009. - С.385-389.
4. Ковалёва Л.М. Диагностика рецидивов юношеской ангиофибromы носоглотки / Л.М.Ковалёва, А.А.Ланцов, А.А.Мефодьевский // Журнал «Новости оториноларингологии и логопедии». - 1997. - № 2 (10). - С.4-5.
5. Современные представления о хирургическом лечении юношеской ангиофибromы основания черепа с интракраниальным распространением / Н.Н.Науменко, Д.А.Гуляев, А.Н.Науменко, В.А.Верезгов // Журнал «Российская оториноларингология» - 2010. - № 1(44). - С.90-94.
6. Ханс Бербом Болезни уха, горла и носа / Бербом Ханс [и др.] // Пер. с англ. - М. - 2012. - 234с.
7. Пальчун В.Т. Оториноларингология. Национальное руководство / В.Т.Пальчун. - М. - 2009. - 954с.
8. Шалабаев Б.Д. Хирургическое лечение объёмных деструктивных образований челюстно-лицевой области / Б.Д.Шалабаев. - Бишкек. - 2013. - 342с.
9. Икромов М.К. Лечение больных с ангиофибромами носоглотки по данным ЛОР-клиники НМЦ г.Душанбе / М.К.Икромов [и др.] // Материалы 4-го Петербургского форума оториноларингологов России. - 2015. - С.228-229.



Summary

Our experience of surgical treatment of juvenile angiofibroma located in the skull base

M.K. Ikromov, K.N. Azizov

State institution «National Medical Center of the Republic of Tajikistan»

The authors propose a temporary external carotid artery ligation on the side of lesion before the removal of tumor in patients with juvenile angiofibroma of the skull base (JASB). Taking into account the proposed method, the patients were divided into two groups: I group (n=10) - without first temporary ligation of the external carotid artery (the traditional method) and II group (n=25) - with a preliminary temporary ligation of the external carotid artery.

The intraoperative blood loss in patients of group I was 600,0-1200,0 ml, which, in turn, made it difficult to visualize the surgical field and forced to blood and plasma transfusion. Recurrence of the disease in this group was noted in 1 patient.

Bleeding during surgery in patients of group II ranged from 250.0 to 550.0 ml, i.e. in 2.0 and 2.5 times less than in group I, that provide better visualization of surgical field and did not require a transfusion of blood components. In this group no relapse was observed.

Comparative analysis has shown the effectiveness of proposed surgical treatment of JASB, so it can be used as an alternative to embolization of the external carotid artery basin, in all regions of the republic, ie, in those place where no high-tech equipment is not existed.

Key words: angiofibroma, juvenile angiofibroma of the skull base, nasopharyngeal angiofibroma

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Икромов Махмадуло Курбонович –
врач-оториноларинголог Государственного
учреждения «Национальный медицинский
центр Республики Таджикистан»;
Таджикистан, г. Душанбе, пр. И. Сомони, 59а
E-mail: ikromov.mk-71@mail.ru