

УДК 616-006.31;617-089

© К.М. Мухтаров, Ю.В. Назарочкин, М.А. Гриб, 2011

К.М. Мухтаров², Ю.В. Назарочкин^{1,2}, М.А. Гриб³

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЮНОШЕСКОЙ АНГИОФИБРОМЫ ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА

¹ГБОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России

²Астраханский филиал ФГУ «Научно-клинический центр оториноларингологии
ФМБА Российской Федерации»

³ГБУЗ АО «Александр-Мариинская областная клиническая больница», г. Астрахань

Описаны клинические случаи хирургического лечения больных юношеской ангиофибромой основания черепа, сформулированы особенности выбора тактики, исходя из классификации поражения.

Ключевые слова: юношеская ангиофиброма, клиника, диагностика, хирургическое лечение.

K.M. Muhtarov, Yu.V. Nazarochkin, M.A. Grib

SURGICAL TREATMENT OF JUVENILE NASOPHARYNGEAL ANGIOFIBROMA OF CRANIAL BASIS

The article describes clinical cases of surgical treatment of patients with Juvenile nasopharyngeal angiofibroma of cranial basis, peculiarities of tactical choice taking consideration the classification of damage.

Keywords: Juvenile nasopharyngeal angiofibroma, clinic, diagnostics, surgical treatment.

Отсутствие убедительных данных об этиологии юношеской ангиофибromы основания черепа (ЮАОЧ), наличие скудной симптоматики начального этапа заболевания, а также сложное анатомическое расположение и сосудистый тип строения опухоли создают ряд трудностей как в вопросах клиники, диагностики заболевания, так и в вопросах лечения больных. Поиски оптимального варианта лечения ЮАОЧ продолжаются и сегодня, что связано со многими проблемами, в первую очередь, с обеспечением безопасности больного, так как опухоль имеет агрессивный рост, богато васкуляризирована, кроме того, часто опухоль проникает в полость черепа, крылонебную ямку, орбиту [5]. В последнее время ЮАОЧ существенно изменила свое течение, она все чаще формируется у детей младшей возрастной группы, имеет высокий процент рецидивного роста даже при радикальном ее удалении (30–50 %) [9, 11]. Внутричерепное распространение опухоли встречается, по данным различных источников, у 8–30 % больных [12].

Несмотря на то, что диагноз ЮАОЧ обычно устанавливается на основании анамнеза и физического обследования пациента, для подтверждения диагноза и определения оптимального метода терапии, прогнозирования исхода заболевания требуется проведение инструментальных методов обследования, рентгенологических и эндоскопических методов [7]. Самым простым для выполнения методом диагностики является рентгенография черепа [3]. В последние годы в широкую клиническую практику при обследовании больных ЮАОЧ внедрены: компьютерная томография (КТ), магниторезонансная томография (МРТ), которые позволяют определить локализацию, величину, форму опухоли, ее распространение в полость носа, ротоглотку и другие области, выявить характер распространения процесса в придаточные пазухи носа, степень заполнения их опухолью, распространение в крылонебную ямку, полость черепа и в критические структуры: зрительные нервы, зрительный перекрест, турецкое седло, определить состояние костного скелета в зоне распространения опухоли, что дает возможность судить об операбельности больного, выбрать метод лечения (хирургическое или лучевое), определить наиболее рациональный хирургический подход [1]. Спиральная компьютерная томография (СКТ) с контрастированием в позднем послеоперационном периоде позволяет дифференцировать рецидив опухоли от послеоперационных фиброзно-рубцовых и воспалительных

явлений в послеоперационной полости, что позволяет вовремя провести повторное хирургическое лечение или прибегнуть к лучевому методу лечения [10].

Для лечения больных с данной патологией оценка распространения опухоли, по мнению большинства исследователей имеет существенное значение в планировании и оценке результатов хирургического вмешательства [11]. В последние десятилетия на основании результатов клинического и компьютерно-томографического исследования возникло множество классификаций ЮАОЧ. Классифицируют стадии этого заболевания в зависимости от распространения опухоли в полость носа, носоглотку, пазухи носа, крылонебную ямку, орбиту, полость черепа, последняя наиболее полно представляет варианты распространения опухоли в окружающие структуры черепа [12].

Основным методом лечения при впервые установленном диагнозе ЮАОЧ является хирургическое иссечение опухоли в пределах здоровых тканей. Лучевая терапия в связи с риском осложнений оправдана только при неоперабельности опухоли или отказе больных от операции [7]. Несмотря на достаточно высокую эффективность хирургического метода лечения ЮАОЧ, он применим далеко не у всех больных и имеет ряд ограничений. Основным ограничением является наблюдаемая у многих больных распространенность опухоли с прорастанием в крылонебную ямку, полость черепа и в критические структуры: зрительные нервы, зрительный перекрест и турецкое седло [8], а также риск массивных кровотечений, затрудняющих манипуляции и угрожающих жизни больного. В момент хирургического вмешательства возможно массивное кровотечение, которое может составлять в среднем 1,5 л, а иногда 3,5 л и более [6]. С целью уменьшения интраоперационной кровопотери предложен ряд методов: перевязка наружной сонной артерии [4], предварительная склеротерапия опухоли различными препаратами. В последние годы применяется рентгенэндоваскулярная эмболизация питающих сосудов за 1–2 суток до операции, что, по данным авторов, применяющих данную методику, снижает кровопотерю во время операции до 50 % [2].

В 2009 г. мы наблюдали и оперировали ЮАОЧ у двоих больных. Больной Д., 1998 г.р., который поступил в Астраханский филиал научно-клинического центра оториноларингологии (НКЦО) 23.11.2009 с диагнозом: юношеская ангиофиброма основания черепа. При поступлении высказывались жалобы на частые носовые кровотечения, отсутствие носового дыхания, постоянные выделения из полости носа, гнусавость голоса в течение нескольких месяцев. При поступлении: наружный нос правильной формы, при передней риноскопии в полости носа слева небольшое количество слизи, после туалета полости носа, обзримо опухолевидное образование темно-розового цвета, обтурирующее носовой ход слева, при фарингоскопии образование обзримо при смещении мягкого неба вверх, образование округлой формы, темно-розового цвета, занимающее практически всю носоглотку и верхнюю часть глотки, образование плотно-эластической консистенции, при эндоскопическом осмотре через полость рта выявлено, что опухоль интимно не спаяна со сводом носоглотки и задней стенкой глотки. На компьютерных томограммах от 01.10.2009 (рис. 1, 2) видно, что опухолевый процесс распространяется в полость носа, носоглотку, левую гайморовую пазуху, решетчатые пазухи с левой стороны. Прорастания в основную пазуху, крылонебную ямку полость черепа не отмечено.

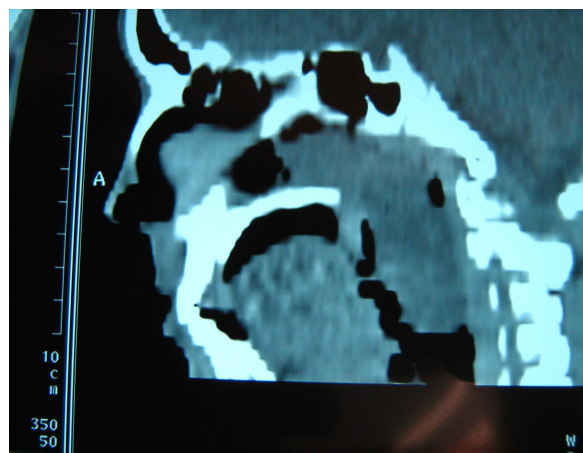


Рис. 1. Компьютерная томограмма больного Д., в сагиттальной проекции

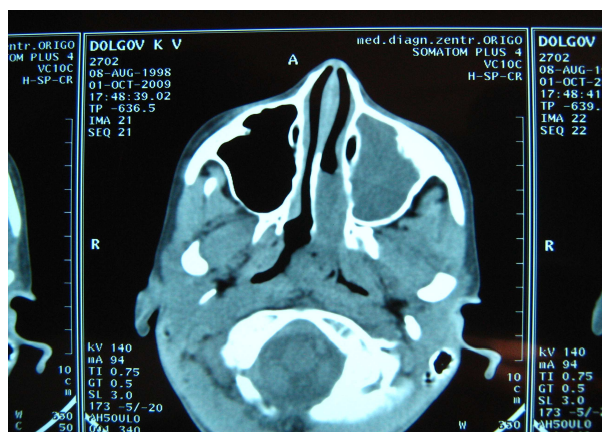


Рис. 2. Компьютерная томограмма больного Д., в аксиальной проекции

24.11.2009 г. под эндотрахеальным наркозом выполнена гайморотомия по Денкеру слева. В гайморовой пазухе и в средних и задних решетчатых клетках после этмоидотомии обнаружен отек слизистой оболочки, который практически не дифференцируется от ткани опухоли, сконцентрированной у основания передней черепной ямки, опускаясь книзу в сторону хоан, оттесняя мягкое небо. Крылонебная ямка в опухолевый процесс не вовлечена, хотя имеется выраженное истончение ее передней стенки за счет компрессии патологическими тканями. Признаков прорастания опухоли в крылонебную ямку, орбиту и переднюю стенку основной пазухи не обнаружено. Острым путем удалена ткань опухоли из решетчатого лабиринта, гайморовой пазухи, отделена слизистая оболочка носоглотки. Выделена сосудистая ножка опухоли, перевязана, отсечена. Произведен контроль гемостаза. Объем кровопотери составил до 0,5 л. После удаления опухоли произведена тампонада полости левой гайморовой пазухи и носоглотки по Микуличу. Удаленная опухоль находилась в капсуле, целостность капсулы не нарушена, опухоль размером 5 × 4 см. В послеоперационном периоде больной получал инфузионную терапию, антибиотикотерапию, анальгетики, десенсибилизирующую терапию. Коагулограмма в послеоперационном периоде находилась в пределах нормы. Послеоперационный период протекал гладко. Тампоны из полости гайморовой пазухи удалены на 3 сутки. После удаления тампонов кровотечения не наблюдалось. Носовое дыхание значительно улучшилось, пропал гнусавый оттенок голоса. При гистологическом исследовании препарата выявлена юношеская ангиофиброма. На 8 сутки после операции больной выписан для дальнейшего лечения по месту жительства.

Больной С., 1991 г.р., поступил в Астраханский филиал НКЦО 24.02.2010 г. с диагнозом: юношеская ангиофиброма основания черепа. При поступлении высказывались жалобы на частые носовые кровотечения, отсутствие носового дыхания, постоянные выделения из полости носа, наличие образования в глотке, гнусавость голоса, слабость, боли в горле при глотании. Больным себя считает около 6–8 месяцев, когда на медицинском осмотре в военкомате было выявлено небольшое образование в левой половине носа, до этого отмечал лишь периодические носовые кровотечения в течение года и небольшое затруднение носового дыхания. Однако в последние 6 месяцев больной отмечал резкий рост образования в носоглотке. Анамнез жизни неотягощен. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. Наружный нос правильной формы, при передней риноскопии в полости носа большое количество слизи, после туалета полости носа, обзримо опухолевидное образование темно-розового цвета, обтурирующее носовые ходы как слева, так и справа, при фарингоскопии обзримо образование округлой формы, темно-розового цвета, занимающая практически всю носоглотку и глотку, резко смещая мягкое небо вперед и вниз, образование плотно-эластической консистенции с участками эрозии на нижней поверхности образования, при эндоскопическом осмотре через полость рта выявлено, что опухоль не спаяна со сводом носоглотки и задней стенкой глотки.

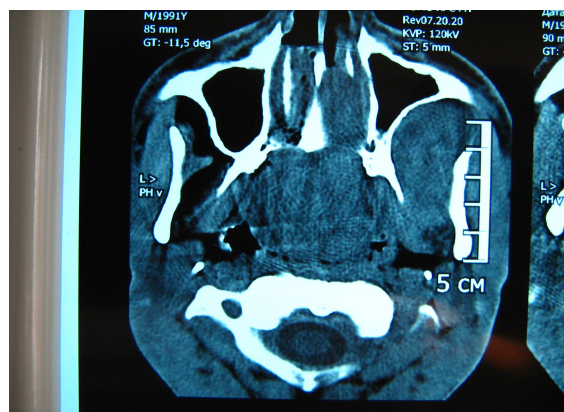


Рис. 3. Компьютерная томограмма больного С., в аксиальной проекции

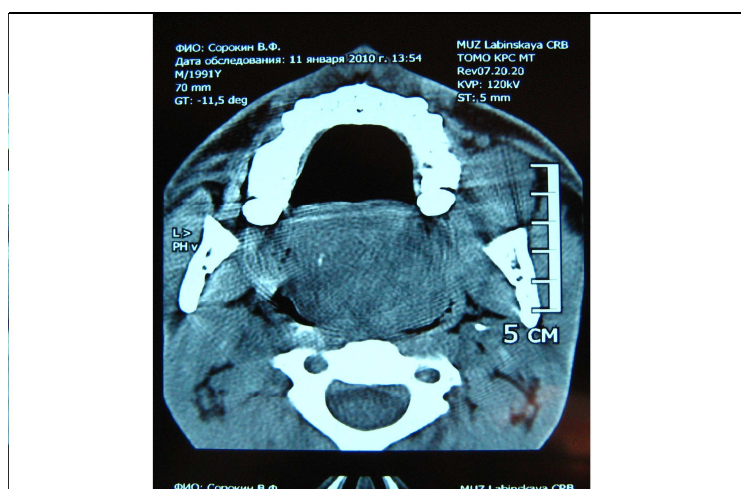


Рис. 4. Компьютерная томограмма больного С., в аксиальной проекции

На компьютерных томограммах от 11.01.2010 г. (рис. 3, 4) видно, что опухолевый процесс распространяется в полость носа, носоглотку, решетчатые пазухи, преимущественно с левой стороны, опухоль имеет мультифокусное распространение. Прорастания в основную пазуху, крылонебную ямку полость черепа не отмечено.

26.02.2010 г. под эндотрахеальным наркозом выполнена гайморотомия по Денкеру слева. В гайморовой пазухе и в средних и задних решетчатых клетках после этмоидотомии обнаружен отек слизистой оболочки, который практически не дифференцируется от ткани опухоли, сконцентрированной у основания передней черепной ямки, опускаясь книзу в сторону хоан, отесняя мягкое небо. Крылонебная ямка в опухолевый процесс не вовлечена, хотя имеется выраженное истончение ее передней стенки за счет компрессии патологическими тканями. Признаков прорастания опухоли в крылонебную ямку, орбиту и переднюю стенку основной пазухи не обнаружено. Острым путем удалена ткань опухоли из решетчатого лабиринта, отделена слизистая оболочка носоглотки. Выделена сосудистая ножка опухоли, перевязана, отсечена. Произведен контроль гемостаза. Объем кровопотери составил до 1 л. После удаления новообразования произведена тампонада полости левой гайморовой пазухи и носоглотки по Микуличу. Удаленная опухолевая ткань находилась в капсуле, размером 10 × 10 см, на разрезе – фиброзная ткань с кровоизлияниями, целостность капсулы не нарушена (рис. 5).

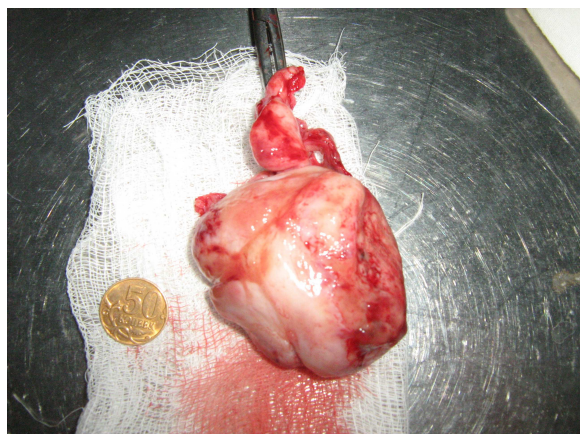


Рис. 5. Препарат ангиофибromы, удаленный у больного С

Больному интраоперационно перелито около 500 мл эритроцитарной массы, около 1 000 мл свежзамороженной плазмы, около 2 000 мл инфузионных растворов. В послеоперационном периоде больной получал инфузионную терапию, антибиотикотерапию, анальгетики, десенсибилизирующую терапию. Послеоперационный период протекал гладко. Тампоны из полости гайморовой пазухи удалены на 3 сутки. После удаления тампонов кровотечения не наблюдалось. Носовое дыхание значительно улучшилось, пропал гнусавый оттенок голоса. При гистологическом исследовании выявлена юношеская ангиофиброма. На 8 сутки после операции больной выписан для дальнейшего лечения по месту жительства.

Особенность данных наблюдений заключается в том, что были обнаружены признаки прорастания опухоли в полость черепа и крылонебную ямку, такие, как большие размеры опухоли, быстрый рост, отек слизистой оболочки, который практически не дифференцировался от ткани опухоли и был сконцентрирован у основания передней черепной ямки, наличие мультифокусного роста опухоли, что соответствует, согласно классификации D. Radkowski, IIC-IIIА степени роста опухоли. Однако при использовании мультиспиральной КТ, эндоскопии, интраоперационной ревизии мы выявили, что опухоль не прорастает в полость черепа и в крылонебную ямку, что позволило ее удалить, не прибегая к специфическим методам гемостаза (эмболизации, выделению и перевязке сонных артерий на протяжении и т.д.).

Список литературы

1. Анятин, Р. Г. Юношеская ангиофиброма основания черепа (современные методы диагностики и лечения) : автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Р. Г. Анятин. – М., 1987. – 45 с.
2. Залуцкий, И. В. Хирургическое лечение юношеской ангиофибromы носоглотки с применением предоперационной эмболизации / И. В. Залуцкий, И. В. Белоцерковский, В. А. Акинфеев // Вестник РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН. – 2009. – Т. 20, № 2 (прил. 1) – С. 59–61.
3. Мануйлов, Е. Н. Юношеская ангиофиброма основания черепа / Е. Н. Мануйлов, И. Т. Батюнин. – М., 1971. – 247 с.
4. Мирошниченко, Н. А. Диагностика и лечение юношеской ангиофибromы основания черепа : автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Н. А. Мирошниченко. – М., 1999. – 34 с.
5. Рзаев, Р. М. Тактика хирургического лечения больных с базально-распространенной формой ювенильной ангиофибromы / Р. М. Рзаев // Вестник оториноларингологии. – 2005. – № 3. – С. 29–33.
6. Рудаков, А. Ф. Операция по поводу юношеской ангиофибromы носоглотки с позиции анестезиолога-реаниматолога / А. Ф. Рудаков // Вестник оториноларингологии. – 2005. – № 4. – С. 48–49.
7. Щербенко, О. И. Юношеская ангиофиброма основания черепа и основные принципы ее лечения / О. И. Щербенко, М. В. Родионов // Вестник РНЦРР МЗ РФ. – 2008. – № 8. – С. 56–59.
8. Щербенко, О. И. Отдаленные результаты лучевой терапии юношеских ангиофибром основания черепа / О. И. Щербенко, М. В. Родионов // Вестник РНЦРР МЗ РФ. – 2008. – № 8. – С. 52–56.
9. Щербенко, О. И. Эффективность дистанционной гамма-терапии больных юношеской ангиофибромой основания черепа / О. И. Щербенко, М. В. Родионов, В. А. Лебедев, Н. Б. Клячкина // Вестник оториноларингологии. – 2008. – № 3. – С. 26–28.

10. Яблонский, С. В. Спиральная компьютерная томография в диагностике юношеской ангиофибromы основания черепа / С. В. Яблонский, А. Н. Захарченко // Российская оториноларингология. – 2003. – № 2. – С. 156–158.

11. Antonelli, A. R. Diagnosis, staging, and treatment of juvenile nasopharyngeal angiofibroma (JNA) / A. R. Antonelli, J. Cappiello, D. Di Lorenzo et al. // Laryngoscope. – 1987. – Vol. 97(11). – Nov. – P. 1319–1325.

12. Radkowski, D. Angiofibroma : changes in staging and treatment / D. Radkowski, T. McGill, G. B. Healy et al. // Arch. Otolaryngol. Head Neck Surg. – 1996 – № 122 – P. 122–129.

Мухтаров Кайрат Максutowич, врач оториноларинголог Астраханского филиала ФГУ «Научно клинический центр оториноларингологии ФМБА России», Россия, г. Астрахань ул. Татищева, д. 2, корп. 4 тел. (8512) 25-67-32, e-mail: kairat.ahtub@mail.ru.

Назарочкин Юрий Валерьянович, доктор медицинских наук, профессор заведующий кафедрой оториноларингологии и офтальмологии ГБОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России, Россия, 414000, г. Астрахань, ул. Бакинская, д. 121, тел. (8512) 25-33-08.

Гриб Михаил Андреевич, врач-оториноларинголог ГБУЗ АО «Александрo-Мариинская областная клиническая больница», г. Астрахань, Россия, 414056, г. Астрахань ул. Татищева, д. 2, корп. 4, тел. (8512) 25-67-32.