



УДК 616.714.3-006.31-053.7-072.1

СПОСОБ ЭНДОНАЗАЛЬНОГО ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО УДАЛЕНИЯ ЮНОШЕСКОЙ АНГИОФИБРОМЫ ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА

А. Н. Науменко¹, В. А. Везезгов², Н. Н. Науменко³, О. И. Коноплёв¹

ENDONASAL ENDOSCOPIC RESECTION OF JUVENILE NASOPHARYNGEAL ANGIOFIBROMA

A. N. Naumenko, V. A. Verezgov, N. N. Naumenko, O. I. Konoplev

¹ ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт уха, горла, носа и речи Минздрава России»

(Директор – засл. врач РФ, член-корр. РАМН, проф. Ю. К. Янов)

² ГБОУ ВПО «СПб ГПМУ Минздрава России»

(Ректор – проф. В. В. Леванович)

³ ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова»
(Ректор – проф. О. Г. Хурцилава)

Юношеская ангиофиброма основания черепа (ЮАОЧ) – редкое доброкачественное новообразование, характеризующееся местным агрессивным ростом и встречающееся исключительно у мальчиков. За период с 2004 по 2013 год нами прооперировано 15 пациентов с диагнозом юношеская ангиофиброма основания черепа из эндоназального эндоскопического доступа. Опухоль распространялась в носоглотку во всех 15 случаях, в клиновидную пазуху в 12 случаях, медиальные отделы крылонебной ямки в 10 случаях и медиальные отделы подвисочной ямки в 5 случаях. Средняя продолжительность операции – 2 ч. Средняя кровопотеря составила 550 мл, несмотря на предварительную суперселективную эмболизацию. Рецидивов заболевания не наблюдалось. Эндоскопическое эндоназальное удаление ЮАОЧ в сочетании с предоперационной эмболизацией питающих опухоль сосудов – сложное, но эффективное хирургическое вмешательство. Предлагаемый способ может найти применение при удалении опухолей не только малых и средних размеров, но и больших опухолей, достигающих крылонебной и подвисочной ямок.

Ключевые слова: юношеская ангиофиброма основания черепа (ЮАОЧ), эндоскопия, эндоназальная хирургия.

Библиография: 21 источник.

Juvenile angiofibroma (JNA) is a rare benign but locally aggressive tumour of the nasopharynx that primarily occurs in adolescent males. We report a series of 15 consecutive cases operated by exclusive endoscopic approach between from 2004 and 2013. The tumour involved the nasopharynx in all the cases (15/15), the sphenoid sinus (12/15), the medial part of the pterygopalatine fossa (10/15) and the medial aspect of the infratemporal fossa (5/15). The mean duration of the surgery was 2 hours. The mean intraoperative blood loss was 550 ml despite a preoperative hyperselective embolization. All patients were free of disease. In conclusion, endoscopic resection of JNA is a difficult but effective operation combined with a preoperative embolization of the arterial supply is indicated not only for small and middle size JNAs but also for large tumours extended to the pterygopalatine fossa and medial aspect of the infratemporal fossa.

Key words: Juvenile nasopharyngeal angiofibroma, endoscopy, endonasal surgery.

Bibliography: 21 sources.

Юношеская ангиофиброма носоглотки и основания черепа – это доброкачественное новообразование верхних дыхательных путей, встречающееся у мальчиков в возрасте, по разным авторам, от 10 до 22 лет [3, 13, 14, 21]. Опухоль, доброкачественная по гистологической структуре, имеет черты злокачественной, обусловленные особенностями её роста. Данное заболевание относительно редкое (по разным авторам, один больной с ЮАОЧ встречается на 5–60 тыс. стационарных больных с оториноларингологическими заболеваниями), таким образом, заболевание составляет 0,5% от всех опухолей головы и шеи [2, 16, 19]. Свое начало опухоль берет из глоточно-

основной фасции. Новообразование своей массой разрушает хрящевые и костные структуры, раздвигает мягкие ткани и распространяется в соседние анатомические области. На ранних стадиях развития ангиофиброма преимущественно локализуется в носоглотке, в дальнейшем распространяясь через хоаны в задние отделы полости носа, как правило, с одной стороны, смещая перегородку носа и обтурируя носовые ходы. Одновременно опухоль проникает в решетчатый лабиринт и клиновидную пазуху. При заднелатеральном росте опухоль проникает в крылонебную ямку, разрушая заднюю стенку верхнечелюстной пазухи, проникает в последнюю. В тяжелых, за-



пущенных случаях новообразование достигает подвисочной и височной ямок, распространяется в глазницу, переднюю черепную ямку, приводя к серьезным последствиям [1, 4, 7, 8].

Существует множество тактик и подходов в лечении юношеской ангиофибромы основания черепа, таких как лучевая терапия, рентгено- и телегамматерапия, облучение радием, криотерапия, лазеро- и гормонотерапия и пр., но самым эффективным методом остается хирургическое лечение. Многие авторы предлагают удалять юношескую ангиофибром, используя различные способы, с применением так называемых предварительных операций, обеспечивающих достаточно широкий доступ к опухоли. [5] К таким вмешательствам относятся срединная ринотомия, подход через мягкое и твердое небо, верхнечелюстной доступ по Денкеру, Муру, Оуэнсу, небно-альвеолярный доступ и другие различные модификации. Все перечисленные предварительные вмешательства являются достаточно травматичными, оставляющими косметический дефект в той или иной степени выраженности и влияют на рост лицевого скелета в подростковом возрасте. Некоторые авторы используют предварительные операции для обеспечения доступа к новообразованию I–II стадий [6], но в последние годы в зарубежной и в меньшей степени в отечественной литературе идет речь о щадящем эндоназальном удалении новообразования с использованием эндовидеотехники. Так, Fatima R. et al. [20] предлагают щадящее удаление опухоли небольших размеров, занимающей носоглотку, полость носа, решетчатый лабиринт, пазуху клиновидной кости и в некоторых случаях крылонебную ямку, с использованием эндоскопа. Авторы оставляют возможность комбинировать эндоскопический подход с классическими наружными доступами [21]. Gilles R et al., также отмечают положительный эффект эндоскопического вмешательства у 20 пациентов после предварительной эмболизации приводящих сосудов. Семи пациентам полностью эндоскопическое вмешательство после открытых вмешательств. У всех пациентов был подтвержден диагноз юношеская ангиофиброма Ib, Ib, IIIa стадий по D. Radkowski [18], распространяющаяся в решетчатый лабиринт, крылонебную и подвисочную ямки. Авторы отмечают сокращение интраоперационной кровопотери и беспрецедентный послеоперационный период в течение 22 месяцев [12]. P. Nazarica et al., сообщают об эндоскопическом удалении ЮАОЧ при помощи хирургического лазера с проведением предварительной селективной эмболизации внутренней верхнечелюстной артерии. У оперированных больных опухоль ограничивалась полостью носа, носоглотки и небольшим фрагментом в пазухе клиновидной кости. Рецидивов в течение

17 месяцев не выявлено. Эндоскопическим подходом пользовались также Pryor S. G., Moore E. J. и др. [15, 17, 11]. Eloy. P et al. прооперировали 6 пациентов ЮАОЧ с Ia, Ib, Ib стадиями по D. Radkowski [10] Авторы отмечают положительный результат во всех случаях, снижение интраоперационной кровопотери до 575 мл и беспрецедентный послеоперационный период в течение 67 месяцев. Всем пациентам проводилась предварительная эмболизация питающих артерий [9]. Все авторы подчеркивают, что эндоскопическое удаление ЮАОЧ может применяться только при небольших размерах опухоли и при возможности перехода к традиционному доступу.

Отсутствие единой хирургической тактики ведения больных с ЮАОЧ на разных стадиях опухолевого процесса, необходимость в разработке эффективных, эндоназальных методов хирургического лечения таких пациентов обуславливают актуальность данного исследования.

Цель исследования. Повышение эффективности методов хирургического лечения пациентов с юношеской ангиофибромой основания черепа.

Научная новизна. На основе результатов собственных исследований и имеющихся литературных данных нами предложен новый малоинвазивный эндоназальный способ удаления юношеской ангиофибромы основания черепа II и IIIa стадий по классификации U. Fisch в модификации Andrews.

Практическая значимость. Планируется улучшить анатомические и функциональные результаты операций у больных ЮАОЧ, а также снизить число неудовлетворительных исходов, связанных с рецидивом заболевания.

Материалы и методы. Учитывая недостатки способов, перечисленных выше, нами предложен собственный малотравматичный эндоназальный эндоскопический способ удаления ЮАОЧ II и IIIa стадии по классификации U. Fisch в модификации Andrews. Технический результат заявляемого решения заключается в снижении травматичности при удалении опухоли, уменьшении послеоперационной полости.

На рис. 1 изображен этап резекции нижнего края средней носовой раковины, на рис. 2 – центрипетальное выделение опухоли с противоположной стороны, на рис. 3 – этап антростомии, на рис. 4 – вскрытие крылонебной ямки; на рис. 5 – этап удаления опухоли из клиновидной пазухи и удаления опухоли из крылонебной ямки.

Способ состоит в следующем.

Эндоназальные вмешательства выполняются с использованием эндоскопической стойки и оптики 0, 30 и 90° под эндотрахеальным наркозом в течение первых 2 суток после предварительной суперселективной эмболизации питающих

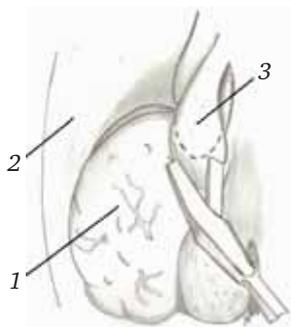


Рис. 1. Этап резекции нижнего края средней носовой раковины:

1 – опухоль; 2 – перегородка носа; 3 – средняя носовая раковина

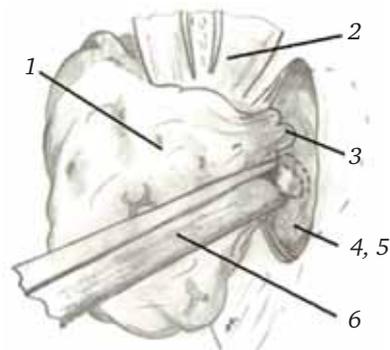


Рис. 4. Этап вскрытия крылонебной ямки.

1 – опухоль; 2 – средняя носовая раковина; 3 – крылонебная ямка; 4 – верхнечелюстная пазуха; 5 – задняя стенка верхнечелюстной пазухи; 6 – костный выкусыватель Керрисона.

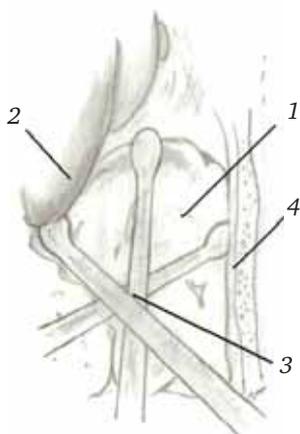


Рис. 2. Центрипетальное выделение опухоли с противоположной стороны полости носа и носоглотки:

1 – опухоль; 2 – средняя носовая раковина; 3 – распатор; 4 – перегородка носа.

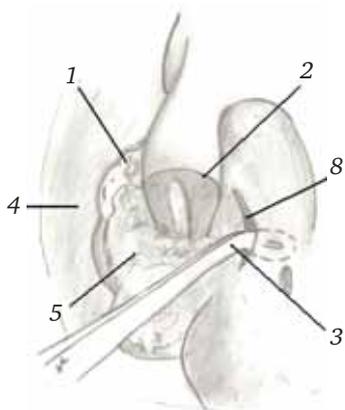


Рис. 3. Этап антростомии:

1 – опухоль; 2 – средняя носовая раковина; 3 – распатор; 4 – перегородка носа; 5 – марлевая турунда; 8 – верхнечелюстная пазуха.

опухоль сосудов. Для достижения максимальной вазоконстрикции в полость носа вводят турунды, смоченные 10% раствором *s. lidocaini* с каплями адреналина. Затем производят визуализацию опухоли, исследуют края опухоли, определяют ее свободные места и ее точное место прикрепле-

ния. Резецируют нижний свободный край средней носовой раковины, производят ее медиализацию (рис. 1).

Затем при помощи эндоскопических распаторов производят центрипетальное выделение опухоли от места ее прикрепления (например: боковые поверхности носоглотки, задние отделы перегородки носа, свод носоглотки). Резекция задних отделов перегородки носа не производится. Выделение опухоли в задних отделах полости носа и носоглотке на противоположной стороне осуществляют через соответствующую половину бипортально (рис. 2).

В процессе выделения опухоли мобилизованные, свободные участки отжимают к носоглотке при помощи широких марлевых турунд, что позволяет беспрепятственно работать в более глубоких латеральных отделах полости носа, крылонебной ямке и клиновидной пазухе.

При расположении опухоли в области крылонебной ямки для создания подхода к новообразованию выполняют частичную резекцию медиальной стенки верхнечелюстной пазухи – антростомию на стороне поражения (рис. 3).

Уровень антростомии определяют степенью распространения опухоли в крылонебную ямку. В случае выраженного распространения медиальную стенку верхнечелюстной пазухи вскрывают на уровне естественного соустья верхнечелюстной пазухи. При незначительном росте опухоли в сторону крылонебной ямки антростомию осуществляют на уровне заднего конца средней носовой раковины. Это позволяет в первом случае обеспечить необходимый обзор для выделения опухоли из латеральных отделов крылонебной ямки, а во втором – максимально сохранить медиальную стенку верхнечелюстной пазухи. Тонкую медиальную стенку верхнечелюстной пазухи вскрывают при помощи распатора, войдя в просвет пазухи, при помощи костных щипцов удаляют медиальную стенку до задних отделов, также удаляют часть истонченной, отжатой

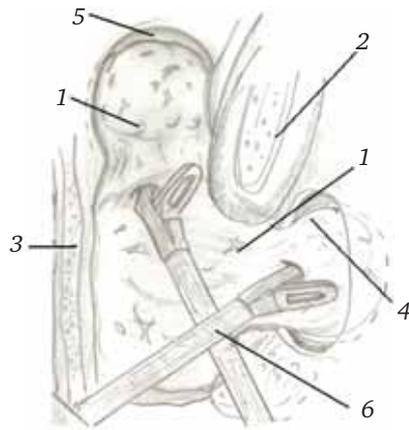


Рис. 5. Этап выделения опухоли из крылонебной ямки и клиновидной пазухи.

1 – опухоль; 2 – средняя носовая раковина; 3 – перегородка носа; 4 – крылонебная ямка; 5 – клиновидная пазуха; 6 – щипцы Blakesley.

опухолью кпереди задней стенки верхнечелюстной пазухи при помощи выкусывателя Керрисона (рис. 4).

Таким образом, создают необходимое пространство для выделения новообразования из крылонебной ямки. Затем выводят «отроги» опухоли из клиновидной пазухи при помощи щипцов Blakesley, при этом производят латерализацию верхней носовой раковины. Истонченная передняя стенка и фрагменты нижней стенки клиновидной пазухи удаляют при помощи распатора и костных выкусывателей. Опухоль удаляют из крылонебной ямки, низводят в ротоглотку и удаляют щипцами единым блоком через ротовую полость под эндоназальным контролем (рис. 5).

За период с 2004 по 2013 год нами прооперировано 15 пациентов по разработанной методике. Все обследованные пациенты – юноши в возрасте от 10 до 23 лет. В 10 случаях распространение опухолевого процесса относилось ко II стадии по

U. Fisch, в 5 случаях опухолевый процесс достигал подвисочной ямки и классифицировался нами как IIIa стадия. Всем пациентам выполняли компьютерную томографию ОНП, эндоскопическое исследование полости носа, гистологическую верификацию новообразования, каротидную ангиографию с суперселективной эмболизацией питающих опухоль артерий. Из 15 пациентов 12 оперировались впервые и 3 – повторно. Все пациенты имели жалобы на затруднение носового дыхания преимущественно на стороне поражения, периодические носовые кровотечения. Во всех случаях новообразование выделяли центрипетально с использованием эндоскопического инструментария и удаляли единым блоком через ротоглотку. Проводили ревизию операционного поля, гемостаз при помощи передней тампонады полости носа. Средняя кровопотеря во время операций составила 550 мл. Средняя продолжительность операции – 2 ч. Рецидивов заболевания не наблюдалось. Во всех случаях предлагаемый нами способ позволил осуществить радикальное удаление опухоли из эндоназального доступа с использованием эндовидеоаппаратуры и предварительной эмболизацией питающих опухоль сосудов.

Заключение. Полученные нами данные подтверждают данные зарубежных авторов о возможном использовании эндоскопической техники в хирургическом лечении пациентов с ЮАОЧ II стадии по U. Fisch. Кроме того, удаление новообразований IIIa стадии возможно из эндоназального эндоскопического доступа с использованием предлагаемого нами способа. Таким образом, предлагаемый способ позволяет осуществить радикальное удаление новообразования, при этом сокращается продолжительность послеоперационного периода, уменьшается интраоперационная травма, улучшается анатомо-функциональный результат хирургического вмешательства.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абдулкеримов Х. Т., Чернядьева Е. В., Чернядьева Т. С. Использование высокочастотных хирургических аппаратов в лечении юношеской ангиофибromы основания черепа // Рос. оторинолар. – 2008. – № 2. – С. 354–357.
2. Ангиофибromы основания черепа в детском возрасте / С. В. Яблонский [и др.]. – М.: Медицина. – 1998. – 240 с.
3. Деменков В. Р. Щадящий метод удаления юношеской ангиофибromы базального типа // Журн. ушн., нос. и горл. бол. – 1989. – № 6. – С. 39–41.
4. Доброкачественные опухоли полости носа, околоносовых пазух и носоглотки у детей / Н. А. Дайхес [и др.]. – М.: Медицина. – 2005. – 245 с.
5. Мануйлов Е. Н., Батюнин И. Т. Юношеская ангиофиброма основания черепа. – М.: Медицина, 1971. – 144 с.
6. Рзаев Р. М. Тактика хирургического лечения больных с базально-распространенной формой ювенильной ангиофибromы носоглотки // Вестн. оторинолар. – 2005. – №3 – С. 29–33.
7. Щербенко О. И., Родионов М. В. Юношеская ангиофиброма основания черепа и основные принципы ее лечения // Вестн. РНЦРР. – 2008. – № 8. – С. 68–72.
8. Юнусов А. С., Закариев А. С. Особенности ведения больных с юношеской ангиофибромой основания черепа // Рос. оторинолар. – 2009. – № 1. – С. 385–389.
9. Andrews R., Fish U., Valavanis A. The surgical management of extensive nasopharyngeal angiofibromas with the infratemporal fossa approach // Laryngoscope. – 1989. – Vol. 99. – N 4. – P. 429–437.



10. Endonasal endoscopic resection of juvenile nasopharyngeal angiofibroma / P. Eloy. [et al.] // Rhinology. – 2007. – Vol. 45. – N 1 – P. 24–31.
11. Endoscopic Excision of Angiofibroma: a comprehensive approach / A. Renuka [et al.] // Indian J. of Otolaryngology and Head and Neck Surgery. – 2003. – N 55 (4). – P. 255–262.
12. Exclusively Endoscopic Removal of Juvenile Nasopharyngeal Angiofibroma. Trends and Limits / Gilles Roger [et al.] // Arch. Otolaryngol. Head Neck Surg. – 2002. – Vol. 128, N 8. – P. 928–935.
13. Juvenile angiofibroma: A 40-years surgical experience / R. Amedee [et al.] // ORL. – 1989. – Vol. 51. – N 1. – P. 56–61.
14. Juvenile nasopharyngeal fibroma / R. T. Acuna [et al.] // Ann. Otol. (St. Louis). – 1981. – Vol. 90, N 5. – P. 420–422.
15. Karthikeya P., Mahima V. G., Bagewadi S. B. Juvenile nasopharyngeal angiofibroma // Indian J. Dent. Res. – 2005. – Vol. 16, N 1. – P. 22–68.
16. Kassir R., Coffee A. Juvenile Nasopharyngeal Angiofibroma. – Dept. of Otolaryngology, UTMB, Grand Rounds, 1993. – 193. p.
17. Pryor S. G., Moore E. J., Kasperbauer J. L. Endoscopic versus traditional approaches for excision of juvenile nasopharyngeal angiofibroma // Laryngoscope. – 2005. – Vol. 115 (7). – P. 120–171.
18. Radkowski D., McGill T., Healy G. B. Angiofibroma. Changes in staging and treatment // Arch. Otolaryng. Head Neck Surg. – 1996. – Vol. 122, N 2. – P. 122–129.
19. Shuler F., Uretsky I., Moody D. Angiofibroma // <http://www.emedicine.com>. – 2004.
20. Surgical approaches to juvenile nasopharyngeal angiofibroma: Case report and literature review / R. A. Fatima [et al.] // The internet j. of head and neck surg. – 2006.
21. Surgical treatment of juvenile nasopharyngeal angiofibroma / B. W. Jafek [et al.] // Laryngoscope. – 1973. – Vol. 83. – N 5. – P. 707 – 720.

Науменко Аркадий Николаевич – канд. мед. наук, н. с. Санкт-Петербургского НИИ уха, горла, носа и речи. 190013, Санкт-Петербург, ул. Бронницкая д. 9; тел.: 8-911-212-79-51, e-mail: naumenko-arkady@mail.ru

Верезгов Вячеслав Александрович – канд. мед. наук, ассистент каф. оториноларингологии Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета. 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2; тел.: 8-911-778-12-48

Науменко Николай Николаевич – докт. мед. наук, проф. каф. оториноларингологии Северо-Западного ГМУ им. И. И. Мечникова. 191015, Санкт-Петербург, ул. Кирочная, д. 41; тел.: 8-911-261-73-77

Коноплев Олег Иванович – докт. мед. наук, профессор, главный врач Санкт-Петербургского НИИ ЛОР. 190013, Санкт-Петербург, ул. Бронницкая, д. 9; тел.: 8-812-316-25-05

УДК: 616.284-002.3-089

К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ХРОНИЧЕСКОГО ГНОЙНОГО СРЕДНЕГО ОТИТА

А. А. Нугуманов

SURGICAL TREATMENT OF CHRONIC SUPPURATIVE OTITIS MEDIA

A. A. Nugumanov

ГАУЗ «Республиканская клиническая больница» Минздрава Республики Татарстан, г. Казань
(Главный врач – Р. Ф. Гайфуллин)

Неудачи хирургического лечения хронического гнойного среднего отита (ХГСО) – это погрешности в хирургической технике, оставление большой ятрогенной полости позади слухового прохода, незавершенность вмешательства, травма кожи слухового прохода. Излагается способ оптимального формирования трепанационной полости, различные методы ее облитерации и сохранения интактной кожи наружного слухового прохода для профилактики рубцовых сужений, препятствующих самоочищению.

Ключевые слова: хронический средний отит, формирование трепанационной полости, облитерация.

Библиография: 7 источников.

Failures of surgical treatment of chronic suppurative otitis media it is errors in surgical technique, leaving of the big empty cavity behind outer ear canal, incompleteness of operation, an injury of skin of the outer ear canal. The way of optimal formation of trepanation cavity is described. Various methods of its obliteration