



**Огородникова** Елена Александровна – зав. лаб. психофизиологии речи Института физиологии им. И. П. Павлова РАН. 199034, Санкт-Петербург, наб. Макарова, д. 6, тел.: 8-812-328-13-01, e-mail: elena-ogo@mail.ru

**Люблинская** Валентина Владимировна – вед. н. с. лаб. психофизиологии речи института физиологии им. И. П. Павлова РАН. 199034, Санкт-Петербург, наб. Макарова, д.6, тел.: 8-812- 328-13-01, e-mail: speech.inf@gmail.com

**Пак** Сергей Павлович – ст. н. с. лаб. психофизиологии речи Института физиологии им. И. П. Павлова РАН. 199034, Санкт-Петербург, наб. Макарова, д. 6, тел.: 8-812-328-13-01, e-mail: speech.inf@gmail.com

**Охарева** Надежда Генриховна – н. с. лаб. психофизиологии речи Института физиологии им. И. П. Павлова РАН. 199034, С-Петербург, наб. Макарова, д. 6, тел.: 8-812-328-13-01, e-mail: speech.inf@gmail.com

**Королева** Инна Васильевна – докт. психол. наук, профессор, вед. н. с. НИИ ЛОР. 190013, Санкт-Петербург, ул. Бронницкая, д. 9, тел.: 8-812-400-17-81, e-mail: inna@GS1626.spb.edu

УДК 616.327.2-006.31-053.7-089.85

## ВАРИАНТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ РАСПРОСТРАНЕННЫХ ФОРМАХ ЮНОШЕСКОЙ АНГИОФИБРОМЫ НОСОГЛОТКИ

Г. А. Гаджимирзаев, А. Н. Чудинов, А. Г. Жахбаров, Р. Г. Гаджимирзаева

### OPTIONS OF SURGICAL INTERVENTION AT YOUTHFUL ANGIOFIBROMA'S WIDESPREAD FORMS OF THE NASOPHARYNX

G. A. Gadzhimirzaev, A. N. Chudinov, A. G. Zhakhbarov, R. G. Gadzhimirzaeva

ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия», г. Махачкала

(Зав. каф. оториноларингологии – проф. Г. А. Гаджимирзаев,

зав. каф. стоматологии детского возраста – доц. А. Р. Гаджиев)

Авторы анализируют наблюдения над 22 больными юношеской ангиофибромой носоглотки распространенной формы. Все пациенты оперированы: по Денкеру (10 человек), по Муру (5), комбинированным вариантом (7). Перевязка наружной сонной артерии с одной стороны произведена 11 больным, с обеих сторон – 2. Эндovasкулярная окклюзия питающих опухоль сосудов произведена 2 пациентам. Обсуждаются вопросы профилактики массивных интраоперационных кровотечений при удалении опухоли.

**Ключевые слова:** юношеская ангиофиброма носоглотки, хирургическое лечение, окклюзия сосудов, варианты операции.

**Библиография:** 23 источника.

The authors analyze the observations of the 22 patients juvenile nasopharyngeal angiofibroma common form. All patients were operated by: Denker (10 person ) by Moore ( 5 ) composite version ( 7 ). Ligation of the external carotid artery on one side made 11 patients. On both sides of – 2, endovascular occlusion of blood vessels feeding the tumor – 2. Discusses the prevention of massive intraoperative bleeding during tumor resection.

**Key words:** juvenile nasopharyngeal angiofibroma, surgery, vascular occlusion, options transactions.

**Bibliography:** 23 sources.

Многие вопросы, связанные с этиологией, клиникой, течением и методами хирургического лечения при юношеских ангиофибромах носоглотки (ЮАН), остаются спорными и окончательно не решенными [3, 14, 23].

Несмотря на доброкачественный характер по гистологическому строению ЮАН, опухоль проявляет агрессивный рост, характерный для злокачественной формы новообразования. До сих пор нет полной ясности относительно механиз-

ма разрушения окружающих опухоль тканей при его распространении в соседние анатомические образования. Одни авторы [4, 9, 18] допускают инфильтративный рост ЮАН как при злокачественных опухолях, другие [5, 10, 14] полагают, что разрушение тканей происходит в результате давления и оттеснения соседних тканей опухолевой массой. Следует подчеркнуть, что, вызывая вокруг себя воспалительный процесс, ЮАН может спаиваться с окружающими тканями, соз-



давая у хирурга впечатление об их прорастании опухоли.

Во время операции, особенно в период вылушивания ЮАН, наблюдается обильное, нередко угрожающее жизни кровотечение, препятствующее выполнению операции. Более того, в литературе сообщается о смертельных исходах от потери крови во время операции [14, 16]. Описаны случаи, в том числе в клинике ЛОР-болезней Дагмединститута (ныне академии), когда не удавалось полное удаление опухоли из-за обильного кровотечения [6, 22].

Для профилактики обильного кровотечения во время хирургического вмешательства в период предоперационной подготовки больного предложен ряд способов:

- введение новокаина со спиртом в места прикрепления опухоли или в толщу ее [12];
- предоперационная эстрогенная терапия [2, 23];
- перевязка наружных сонных артерий [3, 10, 15];
- эндоваскулярная окклюзия питающих опухоль сосудов [2, 7].

Во время хирургического вмешательства в целях уменьшения интраоперационного кровотечения предложены: гипотензивная анестезия, криогенная деструкция опухоли [21].

По мнению А. Ф. Рудакова [19], благоприятный исход оперативного вмешательства при ЮАН успешно реализуется в условиях комбинированной многокомпонентной анестезии, умеренной общей гипотермии и продленной искусственной вентиляции легких в послеоперационном периоде. Предложены самые разнообразные оперативные приемы для удаления ЮАН. В случаях локализации опухоли в носовой части глотки и отсутствия ее распространения в соседние анатомические образования рекомендуют удалять опухоль через естественные пути (нос, рот) без предварительных операций. При распространенных вариантах ЮАН в зависимости от степени распространения предложены другие способы подхода:

- через рот и нос с мобилизацией перегородки носа;
- с рассечением мягкого и (или) твердого неба;
- через верхнечелюстную пазуху по Денкеру;
- по способу Мура с рассечением верхней губы;
- комбинированные способы.

Важно при этом подчеркнуть, что авторы, предпочитающие тот или иной вариант удаления ангиофибромы основания черепа, вместе с тем указывают на необходимость гибкости в выборе оперативного доступа, который должен быть индивидуализирован в каждом отдельном случае.

**Пациенты и методы.** В клиниках ЛОР-болезней и детской стоматологии Дагмедакадемии мы оперировали 22 больных с распространенной формой ЮАН. По возрасту больные распределились следующим образом: от 8 до 10 лет – 8, от 11 до 14 – 10, от 15 до 20 – 4. В процессе курации больных, как и другие авторы [1, 23], мы неоднократно сталкивались с запоздалой диагностикой ЮАН. До поступления в ЛОР-клинику больным выставлялись самые разнообразные диагнозы (хронический ринит, хронический риносинусит, аденоиды, атрезия хоан, вазомоторный ринит, гипертрофический ринит, рецидивирующее носовое кровотечение и др.). При этом назначались повторные курсы медикаментозного и физиотерапевтического лечения.

Все больные были обследованы с применением эндоскопических, рентгенографических, а также КТ- и МРТ-методов исследования и гистоморфологического изучения биоптатов опухоли. Указанные методы обследования позволили нам уточнить границы распространения опухоли, оценить состояние костных структур основания черепа, лицевого скелета и тем самым определить наиболее целесообразный хирургический подход к опухоли для ее радикального удаления.

В 7 случаях из 22 опухоль проникала в полость носа и гайморову пазуху с одной стороны; у 3 – в решетчатый лабиринт и основную пазуху с одной стороны; у 10 – в околоносовые пазухи носа с обеих сторон, причем в одном из них в обе носовые полости, обе гайморовые и решетчатые пазухи и крыловидно-небную ямку, а в 2 случаях – в правую носовую полость, правую гайморовую и решетчатую пазухи, обе основные пазухи и подвисочную область; у 2 пациентов опухоль проникала в правую гайморову и решетчатую пазухи, обе основные пазухи, крыловидно-небную ямку и правую орбиту.

Все больные подвергнуты оперативному вмешательству по Денкеру – 10, по Муру – 5, комбинированным вариантам – 7.

Перевязка наружной сонной артерии с одной стороны произведена 11 больным, с обеих сторон – 2. Эндоваскулярная окклюзия питающих опухоль сосудов была выполнена 2 пациентам.

**Обсуждение.** Вопрос о том, следует ли прибегать к окклюзии сосудов во всех случаях удаления ЮАН, до сих пор остается дискуссионным. При этом врачи останавливают свой выбор на перевязке наружной сонной артерии или же, при наличии соответствующей технологии и подготовленных специалистов, рекомендуют рентген-эндоваскулярную окклюзию питающих опухоль сосудов.

Обсуждая вопрос о целесообразности перевязки наружной сонной артерии, авторы не уточняют сроки ее выполнения: до основной опера-

ции, т. е. как этап предоперационной подготовки, или же одновременно с ней, как первый этап. В единичных работах [11, 22], имеются упоминания о лигировании наружных сонных артерий в предоперационном периоде, но не указаны при этом сроки выполнения основной операции. Ряд авторов [14, 20] оперативное вмешательство по удалению опухоли выполняли в сроки от 1 до 4 суток после эндоваскулярной окклюзии питающих опухоль сосудов. Известно, что если окклюзию (путем лигирования или эндоваскулярной окклюзии) сосудов и основную операцию разделить во времени, превышающем 4–6 суток, то ожидать уменьшения операционного кровотечения не приходится, так как в эти сроки развивается коллатеральное кровообращение.

В практическом здравоохранении Республики Дагестан метод эндоваскулярной окклюзии сосудов находится на стадии становления, и в связи с этим у подавляющего большинства больных была произведена перевязка наружной сонной артерии.

Не являясь сторонниками обязательной перевязки магистральных сосудов во всех случаях хирургического лечения больных ЮАН, в то же время мы не можем полностью разделить мнение противников этой операции, считающих ее «излишней», «неэффективной», «бесполезной», «вредной».

Имея опыт хирургического лечения ЮАН как без, так и с перевязкой наружной сонной ар-

терии, мы могли убедиться в том, что окклюзия сосуда, выполненная одновременно с основной операцией, способствовала заметному уменьшению кровотечения, что давало возможность рассмотреть операционную полость и удалить все узлы опухоли. В условиях же оперирования без перевязки сосуда вылущивание ангиофибromы сопровождалось массивным кровотечением, осложнявшим дальнейшее оперативное вмешательство. Во всех случаях оперирования без перевязки наружной сонной артерии в целях профилактики острой кровопотери и благополучного завершения операции приходилось прибегать к неоднократной остановке массивного кровотечения по Микуличу.

Вопрос о том, следует ли перевязывать сосуд с одной стороны или с обеих сторон и в какие сроки это проводить, мы решаем в каждом конкретном случае строго индивидуально с учетом степени вовлечения в патологический процесс соседних с носоглоткой образований.

Непременными условиями являются для нас окклюзия наружной сонной артерии и удаление ангиофибromы одновременно, как два последовательных этапа одной операции.

По нашему мнению, в современных условиях вопрос о перевязке магистральных сосудов при распространенных формах опухоли может возникнуть при отсутствии возможности проведения эндоваскулярной окклюзии сосудов, а также при неудачной попытке эмболизации.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Ангиофиброма основания черепа в детском возрасте / М. Р. Богомильский [и др.] // Вестн. оторинолар. – 1995. – № 5. – С. 27–29.
2. Ангиофиброма основания черепа в детском возрасте / С. В. Яблонский [и др.]. – М.: Медицина, 1998. – 154 с.
3. Аняутин Р. Г. Дифференциальная диагностика юношеской ангиофибromы основания черепа // Вестн. оторинолар. – 1985. – № 2. – С. 48–51.
4. Аняутин Р. Г. Юношеская ангиофиброма основания черепа (современные методы диагностики и лечения): автореф. дис. ... докт. мед. наук. – М., 1987. – 46 с.
5. Воячек В. И. О кажущихся противоречиях в оториноларингологии: сб. науч. тр., посвящ. 100-летию со дня рождения Л. Т. Левина. – Л., 1969. – С. 23–29.
6. Гробштейн С. С. К вопросу о хирургическом лечении носоглоточных фибром с предварительной перевязкой наружной сонной артерии: сб. науч. тр., посвящ. проф. Л. Т. Левину. – Л., 1935. – С. 165–171.
7. К вопросу о лечебной тактике при юношеской ангиофибrome / В. И. Линьков [и др.] // Рос. ринолог. – 2003. – № 1. – С. 58–61.
8. Ковалева Л. М., Ланцов А. А., Хмельницкая Н. М. О дифференциальной диагностике полипозных форм синусита и ангиофибromы основания черепа // Журн. ушн., нос. и горл. бол. – 1995. – № 4–5. – С. 65–69.
9. Козлова А. В., Калина В. О., Гамбург Ю. Л. Опухоли ЛОР-органов. – М.: Медицина, 1979. – 252 с.
10. Коломийченко А. И. Опухоли глотки. – М.: Медицина, 1963. – 252 с.
11. Коновальчиков Г. Д. Лечение больных с юношеской ангиофибромой носовой части глотки // Журн. ушн., нос. и горл. бол. – 1989. – № 6. – С. 41–44.
12. Мануйлов Е. Н. Варианты щадящей операции удаления фибром основания черепа // Вестн. оторинолар. – 1963. – № 3. – С. 50–60.
13. Мануйлов Е. Н., Батюнин И. Т. Юношеская ангиофиброма основания черепа. – М.: Медицина, 1971. – 144 с.
14. Новые подходы в лечении ангиофибром основания черепа в детском возрасте / М. Р. Богомильский [и др.] // Новости оторинолар. и логопатол. – 2001. – № 2. – С. 159–160.
15. Погосов В. С., Мирошниченко Н. А. Диагностика и лечение юношеской ангиофибromы основания черепа // Вестн. оторинолар. – 1999. – № 5. – С. 4–7.



16. Потапов И. И. Доброкачественные опухоли глотки. – М.: Медицина, 1960. – 182 с.
17. Рзаев Р. М. Радикальное удаление ювенильной ангиофибromы носовой части глотки с внутричерепными осложнениями // Вестн. оторинолар. – 1990. – № 6. – С. 72–73.
18. Розенфельд И. М. Опухоли носоглотки / Хир. бол. носа, придаточн. пазух и носоглотки. – М.: Медгиз, 1949. – С. 580–600.
19. Рудаков А. Ф. Операция по поводу юношеской ангиофибromы носоглотки с позиции анестезиолога-реаниматолога // Вестн. оторинолар. – 2005. – № 5. – С. 48–49.
20. Рымша М. А., Киселев А. Б., Чаукина В. А. Хирургия ювенильной ангиофибromы носоглотки с эндovasкулярной окклюзией сосудов опухоли // Новости оторинолар. и логопатол. – 2002. – № 1. – С. 108–109.
21. Цыганов А. И. Юношеская ангиофиброма носоглотки // Журн. ушн., нос. и горл. бол. – 1978. – № 6. – С. 69–72.
22. Чудносоветов В. А. Опухоли верхнего отрезка дыхательных путей и ушей, наблюдавшиеся за 10 лет существования клиники // Тр. Дагмединститута. – Махачкала, 1948. – Т. 4. – С. 291–300.
23. Юношеская ангиофиброма основания черепа / Л. М. Ковалева [и др.] // Новости оторинолар. и логопатол. – 1997. – № 1. – С. 5–17.

**Гаджимирзаев** Гаджимурад Абдусамадович – докт. мед. наук, профессор, зав. каф. оториноларингологии Дагестанской ГМА. 367000, Махачкала, пл. Ленина, д. 1, моб. тел.: 8-989-883-89-09.

**Чудинов** Александр Николаевич – канд. мед. наук, доцент каф. стоматологии детского возраста Дагестанской ГМА, 367000, Махачкала, пл. Ленина, д. 1, тел. моб.: 8-988-292-72-53

**Жахбаров** Али Гаджиевич – зав. отделением хир. стоматологии и нейрохирургии Дагестанской РКБ, Махачкала

**Гаджимирзаева** Раисат Гаджимурадовна – канд. мед. наук, ассистент ЛОР-кафедры Дагестанской ГМА. 367000, Махачкала, пл. Ленина, д. 1, тел.: 8-928-675-88-17