

УДК 616.327.2-006.31-053.7-07 (575.2) (04)

КОМПЛЕКСНАЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ЮНОШЕСКОЙ АНГИОФИБРОМЫ НОСОГЛОТКИ

Ш.М. Сабиров – аспирант

In the given work results of inspection and treatment of patients with youthful angiofibrome during the last six months are presented.

Ювенильные ангиофибромы носоглотки существенно изменили свое течение в последнее время, они все чаще формируются у детей младшей возрастной группы, в связи с чем требуется отработка методов своевременной диагностики и совершенствование техники радикального хирургического вмешательства с учетом особенностей растущего детского организма. Большинство ринохирургов отмечают высокий процент рецидивного роста опухоли даже при радикальном ее удалении – 30–50% [1–5]. Юношеская ангиофиброма носоглотки (ЮАН) обнаруживается исключительно у лиц мужского пола, в основном в период полового созревания (в возрасте от 7 лет до 21 года). Этиология заболевания изучена недостаточно. Имея доброкачественную структуру, ЮАН в то же время характеризуется экспансивным ростом. Независимо от исходного места (свод носоглотки, край крыловидно-небной вырезки, медиальная пластинка крыловидного отростка клиновидной кости и т.д.), она почти всегда занимает всю носоглотку и распространяется на те или иные анатомические области лицевого скелета, основание черепа, а иногда проникает и в полость черепа. Интракраниальное распространение опухоли составляет от 17 до 36% всех больных с ЮАН [1–2, 6–7] и представляет еще большую угрозу для жизни больного, чем опухоль, распространяющаяся на основание черепа.

Материал и методы. В течение шести месяцев в оториноларингологической клинике

Национального госпиталя при Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики было прооперировано 11 больных с ангиофибромой основания черепа – один ребенок в возрасте 9 лет, четверо – 11 лет, 5 детей – 13–16 лет и один пациент в возрасте 18 лет. Дети поступали из разных регионов страны, преимущественно из Ошской и Джалалабадской областей. В первые три месяца после начала заболевания с жалобами на затрудненное дыхание обратились только двое детей. Остальные больные поступали в сроки от одного до 4-х лет от начала заболевания. Длительно болеющие дети поступали с рецидивами опухоли после неоднократных эндоназальных хирургических вмешательств в лечебных учреждениях по месту жительства (от 2-х до 4 раз). Начинаясь незаметно, заболевание проявлялось неподдающимися лечению насморками, односторонним затруднением носового дыхания, усиленным отделением слизи и гноя, профузными носовыми кровотечениями, деформацией лица, слезотечением. Болевой синдром при этом не характерен и возникал при поражении альвеолярного отростка верхней челюсти и орбиты.

Большинству детей ранее был поставлен неправильный диагноз, их лечили по поводу других заболеваний. Массивные кровотечения с развитием постгеморрагической анемии развивались у них при попытках произвести аденотомию, полипотомию, пункцию верхнечелюстной пазухи. Все дети поступали в тяже-

лом состоянии. В детском возрасте ангиофиброма отличается чрезвычайно активным агрессивным ростом, быстро прогрессирующим поражением в зоне лицевого скелета. Ограниченную ангиофиброму носоглотки, соответствующую первой стадии по клинко-топографической классификации В.С. Погосова [8], наблюдали у 5 детей, в 4 случаях – с локализацией опухоли в носоглотке, полости носа и решетчатом лабиринте. У остальных установлено распространение ангиофибромы основания черепа в полость носа и все околоносовые пазухи на стороне поражения.

Перед операцией больным было проведено общеклиническое обследование (эндоскопическое, рентгенологическое, а также осмотр педиатра), для уточнения локализации и распространенности процесса – компьютерная томография лицевого черепа, достаточно четко выявляющая контуры и границы опухоли и степень костных разрушений параназальной зоны, проникновение в окружающие области.

Результаты и обсуждение. В связи с рецидивным ростом опухоли, отказались от ее эндоназального удаления. Всем 11 больным была проведена операция верхнечелюстным доступом по Муру в модификации В.С. Погосова с резекцией лобного отростка верхней челюсти, части слезной и глазничной пластинок решетчатой кости, передней, медиальной и задней стенок верхнечелюстной пазухи. При этом обеспечено полное и одномоментное удаление опухоли при достаточном визуальном контроле. Эндоскопическое исследование послеоперационной полости в раннем послеоперационном периоде помогает выявить и при необходимости удалить остатки опухоли и тем самым снижает риск возникновения рецидивов (отдаленных результатов пока нет). Гистологическая верификация опухоли, как правило, выявляет твердую слизистую фиброму с очагами эластофиброматоза и эндотелиальных тяжей.

В связи с особенностями структуры ангиофибромы, связью ее с крупными артериальными сосудами и возникающими при операции массивными кровотечениями, считаем

необходимым проводить перевязку наружных сонных артерий. Объем кровопотери при операции в среднем составляет 0,7–1 л.

На основании отмеченного выше, считаем, что врачи должны обратить внимание на необходимость онкологической настороженности и тщательного обследования детей при их первичном обращении, независимо от возраста ребенка.

Выводы

1. Существенно изменился возрастной критерий формирования ангиофибромы основания черепа за счет возрастания ее частоты в ранней детской возрастной группе.

2. В детском возрасте ангиофиброма основания черепа отличается чрезвычайной агрессивностью и быстрым распространением на все околоносовые пазухи, орбиту, крылонебную и подвисочную ямки, полость черепа.

3. С учетом особенностей системы кровообращения, возможных осложнений, удаление ангиофибром носоглотки производится с перевязкой наружных сонных артерий.

4. Необходимо тщательное эндоскопическое исследование до- и в раннем послеоперационном периоде.

Литература

1. Анютин Р.Г., Колесникова Е.К., Туманов Л.Б. // Вестн. оторинолар. – 1981. – №1. – С. 30–33.
2. Дормаков В.В. Распознавание и лечение ангиофибром носоглотки: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – М., 1973. – С. 3–8.
3. Мануйлов Е.Н., Батюнин И.Т. Юношеская ангиофиброма основания черепа. – М., 1971. – С. 23–32.
4. Пилипенко А.Г., Аксенов В.М. Опухоли полости носа и придаточных пазух. – М., 1988. – С. 11–14.
5. Преображенский Н.А., Рабкин И.Х. и др. // Вестн. оторинолар. – 1983. – №4. – С. 42–45.
6. Погосов В.С., Акопян Р.Г. и др. // Вестн. оторинолар. – 1989. – С. 38–40.
7. Цыганов А.И. // Журн. ушн., нос и горл. бол. – 1978. – №6. – С. 69–72.
8. Погосов В.С., Акопян Р.Г. // Журн. ушн., нос и горл. бол. – 1988. – №1. – С. 14–18.