

АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ АНГИОФИБРОМЫ НОСОГЛОТКИ

Абдурахманов О.Б., Джаббаров К.Д.,
Гафур-Ахунوف М.А., Лутфуллаев Г.У.

Ташкентский институт усовершенствования врачей
Самаркандский государственный медицинский институт
Ташкент, Республика Узбекистан

Резюме: В первой клинике Самаркандского медицинского института за 10 лет оперированы 74 больных по поводу ангиофибромы носоглотки (АН). В подавляющем большинстве случаев имела место поздняя диагностика и госпитализация больных в связи со скудностью и неспецифичностью ранних клинических проявлений, сложностью топографической анатомии и труднодоступностью детального визуального обозрения зоны поражения. Преобладали сфеноэтмоидальная и базилярная формы АН. Больные оперированы трансоральным, трансназальным доступом, а также нососверхнечелюстным доступами по Денкеру и Муру с и без перевязки наружных сонных артерий. Рецидивы наблюдались у 6 (8%) больных.

Ключевые слова: носоглотка, ангиофиброма, операция.

ANALYSIS OF THE SURGICAL TREATMENT EFFECTIVITY OF NASOPHARYNGEAL ANGIOFIBROMA

Abdurakhmanov O.B., Djabbarov K.D.,
Gafur-Akhunov M.A., Lutfullayev G.U.

Tashkent Institute of Postgraduate Medical Education
Samarkand state of medical institute
Tashkent, Uzbekistan

Resume: A total of 74 patients have been operated at the clinic of Samarkand state medical institute №1 during the last 10 years for the removal of angiofibroma of nasopharynx (AN). In most of them, the tumor was diagnosed at the late stages of development. Accordingly, the scarcity and non-specific character of early clinical manifestations of the disease taken together with complicated topographic anatomy of angiofibromas and the difficulty of detailed visualization of the affected zone in patients account for their late hospitalization. AN prevailed in the speno-ethmoidal and basilar regions. The patients were operated through the transoral, the transnasal and the nasomaxillary approach as described by Denker and Moure. Relapses were documented in 6 (8%) patients.

Key words: nasopharynx, angiofibroma, surgical treatment.

Доброкачественные опухоли носоглотки – сравнительно редкое заболевание; они чрезвычайно разнообразны по гистологической структуре, могут исходить из эпителиальной, соединительнотканной, мышечной, костной, хрящевой, лимфатической и кровеносной ткани и быть смешанного генеза.

Согласно Международной гистологической классификации опухолей [3], ангиофиброма носоглотки (АН) относится к группе мезенхимальных опухолей и имеет доброкачественную гистологическую структуру. Она обнаруживается исключительно у лиц мужского пола в пубертатном периоде (в возрасте от 7 до 21 года), что дало основание для обозначения ее как «юношеская» или «ювенильная».

По данным некоторых авторов, АН встречается в 50% случаев среди больных с доброкачественными опухолями носоглотки [2, 19] или менее 0,05% случаев с опухолями головы

и шеи [12, 18, 22].

Использование в диагностическом алгоритме компьютерной томографии с трехмерной картиной изображения задней, верхней и орбитальной распространенности опухоли в сочетании с фиброскопией позволяет получить достаточно полную информацию по локализации, структуре и плотности образования, распространенности опухолевого роста, степени поражения соседних анатомических образований. Предпочтение отдается спиральной компьютерной томографии обеспечивающей четкую визуализацию истинной распространенности опухоли и возможность дифференцирования ангиоматозного роста от воспалительных и послеоперационных рубцово-фиброзных изменений [10,11].

Удаление ангиофибромы – чрезвычайно рискованная операция из-за возможности возникновения массивного, в значительной степени неуправляемого кровотечения [2, 4, 6, 9].

Испытав многие из предложенных ранее традиционных операций при удалении так называемых «малых» АН, мы убедились в ограниченности их возможностей в обеспечении радикальности хирургического вмешательства, нередко связанных с особенностью формы роста опухоли. Учитывая значение дифференцированного подхода к выбору хирургического вмешательства в соответствии с формой роста опухоли, позволит обеспечить более полное удаление опухоли [13].

При удалении АН применяют различные операции, в числе которых распространение получили операции с применением доступов через естественные пути [1, 2, 4, 9, 15]; операция с применением щадящего доступа через верхнечелюстную пазуху и полость носа (с проведением разреза под губой или операция по Денкеру) [5, 7, 11, 15]; операция с применением расширенного доступа через верхнечелюстную пазуху и полость носа (с проведением лицевого разреза или операция по Муру) [13, 14, 17], а также операция с применением доступа через небо [10, 16, 19-21].

Применение той или иной операции при идентичной форме роста опухоли у больных, несмотря на некоторые свои положительные качества (в отношении обеспечения адекватности хирургического вмешательства), в то же время свидетельствует об отсутствии оптимизационного варианта хирургического лечения больных с АН.

Результаты хирургического лечения больных с АН все еще неудовлетворительны, а вопросы оптимизации хирургического вмешательства при идентичной форме роста опухоли оставляют желать лучшего.

Цель исследования – в сравнительном аспекте провести анализ эффективности различных вариантов хирургического лечения больных с ангиофибромой носоглотки.

Материалы и методы

Проведен сравнительный анализ хирургических методов лечения больным с АН за 10 лет в оториноларингологическом отделении первой клиники Самаркандского медицинского института. За этот период прооперированы 74 больных по поводу АН. Статистический анализ результатов проведен с использованием метода Фишера и компьютерной программы MS Office Excel.

Результаты и обсуждение

Изучены ближайшие и отдаленные результаты хирургического лечения больных с АН. Больные были в возрасте от 9 до 64 лет (средний возраст – 19 лет). Мужчин было 65 (92%) и женщин 9 (8%). Сроки от появления первых симптомов, беспокоивших больных, до обращения за врачебной помощью в среднем составили $5,5 \pm 1,8$ мес. ($P < 0,05$), а до госпитализации в ЛОР – стационар – $7,4 \pm 2,4$ мес. ($P < 0,05$). В первые 5 мес. после развития заболевания за медицинской помощью обратилось только 36 больных: со сроком заболевания 6-10 мес. – 9, со сроком заболевания 11-15 мес. – 19, со сроком заболевания 15-25 мес. – 6, со сроком заболевания 26-70 мес. – 4 больных. Основными симптомами при поступлении в клинику являлись: носовые кровотечения (29 больных), гнойный ринит (25 больных), гипо- и аносмия (3 больных), одностороннее (65 больных) и двустороннее отсутствие носового дыхания (61 больной), слезотечение и инъектированность склер (4 больных), деформация лица (5 больных), головные боли (55 больных), гнусавый оттенок голоса (4 больных) экзофтальм (1 больной), нарушение дыхания (2 больных), снижение слуха (4 больных), открытый рот (10 больных). Диплопия, слезотечение, инъектированность склер и экзофтальм отмечались при прорастании опухоли в глазницу, скуловую область, решетчатую пазуху и альвеолярный отросток верхней челюсти. Болевой синдром не характерен и возникал при поражении альвеолярного отростка верхней челюсти, крылонебной и ретромандибулярной ямок, орбиты.

В 1987 году В. С. Погосов и соавторы [8] опубликовали клинито-топографическую классификацию ангиофибромы носоглотки:

I стадия - опухоль занимает носовую часть глотки и (или) полость носа; костная деструкция отсутствует.

II стадия - опухоль соответствует I стадии и распространяется в крылонебную ямку, верхнечелюстную пазуху, пазухи решетчатой кости, клиновидные пазухи; наблюдается костная деструкция.

III А стадия - опухоль соответствует I стадии и распространяется в клиновидные пазухи, полость черепа (латеральное кавернозного синуса).

III Б стадия - опухоль соответствует I,

II, III стадиям и распространяется в глазницу, подвисочную ямку.

IV стадия - опухоль соответствует III стадии, но обширна, узурирует кавернозный синус, зрительный перекрест и гипофизарную ямку.

Правильный диагноз при первичном обращении к врачу был установлен лишь у 9 (12%) больных. Подавляющее большинство больных поступали в клинику в поздние сроки – со II стадии 40 (54,4%) больных и III стадией – 9 (12%) распространения ангиоматозного роста по классификации В.С. Погосова и соавт. [8]. I стадия поражения имело место только у 23 (30,6%) пациентов, а IV стадия (с поражением всего основания черепа и интракраниальным распространением) – у 2 (3%).

Основными причинами поздней диагностики являлись скудность и неспецифичность ранних клинических симптомов, сложность топографической анатомии и труднодоступность детального визуального обозрения зоны поражения.

Перед оперативным вмешательством всем больным, помимо общеклинических исследований для подготовки операции под наркозом, проводилось клинкорентгенологическое обследование. Для уточнения локализации и распространенности процесса всем больным проводилась компьютерная томография (КТ) околоносовых пазух и головного мозга, при необходимости магнитно-резонансная томография (МРТ), достаточно четко выявляющие контуры, границы опухоли и степень костных разрушений параназальной зоны, проникновение в окружающие области. Фиброэндоскопическое исследование проведено 35 больным, из них у 8 больных проведена биопсия опухоли.

Выбор лечения осуществлялся индивидуально и у каждого больного зависел от размеров опухоли, степени ее распространения в околоносовые пазухи, орбиту, крыловидно-небную и подвисочные ямки, полость черепа. Дети оперированы трансоральным, трансназальным доступами и носовыхне челюстным доступом по Денкеру, без перевязки наружных сонных артерий с максимальным щажением костных образований с учетом продолжающегося активного роста и формирования лицевого скелета.

Для обеспечения радикальности хирургического вмешательства при удалении АН,

с нашей точки зрения, целесообразным является применение таких операций, как трансназальный, трансоральный (при удалении опухолей I стадии), по Денкеру (при удалении опухолей II и III стадии) и по Муру (при удалении опухолей III стадии).

В отношении АН придерживались следующей тактики:

- при I стадии распространения АН (23 больных) опухоль удаляли через естественные пути, т.е. трансоральным и трансназальным доступом;

- при II стадии, когда АН распространялась только на крылонебную ямку или пазуху решетчатой кости, было достаточным удаление опухоли трансоральным и трансназальным доступом (30 больных). При прорастании опухоли в верхнечелюстную пазуху удаление ее начинали со вскрытия данной пазухи методом Колдуэлла-Люка. Другие части опухоли удаляли трансоральным и трансназальным доступом. Основанием для применения трансмаксиллярного доступа (операция по Денкеру) при II стадии АН являлись следующие состояния: констатация по данным КТ и МРТ локализации основной части опухоли в основной пазухе, высокий риск повреждения магистральных артериальных сосудов, питающих задние отделы полости носа и носоглотки, отсутствие возможности полноценного удаления опухоли другими предыдущими доступами (10 больных).

При III А и III Б стадиях распространения АН опухоль удалена трансмаксиллярным доступом (7 больных по Денкеру и 2 больных по Муру). С IV стадией АН – у 1 проведена операция по Муру и у 1 лучевая терапия.

С учетом возможности появления послеоперационного рубца контрольная спиральная компьютерная томография проводилась через 1-1,5 мес после операции. Выявление мягкотканного очагового субстрата в крылонебной, ретромандибулярной ямках, в клиновидной пазухе или интракраниально оценивалось как продолженный рост опухоли, так как при удалении основного конгломерата опухоли с таким распространением нет возможности визуально контролировать радикальность удаления. Только у 6 (8%) больных при повторном обследовании была обнаружена резидуальная опухоль. При рецидивирующем течении заболевания, интракраниальном распространении ангиоматозного роста,

невозможности радикального удаления опухоли из жизненно опасных анатомических зон у 1 (7,4%) пациента после операции удаления ангиофибромой проводилась лучевая терапия.

Выводы.

1. Результаты наших исследований свидетельствуют о высокой эффективности вышеуказанной тактики хирургического лечения больных с АН.

2. Унифицированная классификация АН позволяет осуществить не только оптимизацию хирургических вмешательств, но и иной операции в зависимости от степени распространения опухоли.

3. Все больные после удаления ангиофибромой носоглотки должны находиться под постоянным наблюдением ринохирургов, а также с учетом появления свежими послеоперационными рубцами проведение контрольной компьютерной томографии рекомендуется не ранее через 1-1,5 мес после оперативного вмешательства.

Литература:

1. Дайхес Н. А. и др. // Доброкачественные опухоли полости носа, околоносовых пазух и носоглотки у детей. / М.: Медицина, 2005. - 245 с
2. Пачес А.И. // Опухоли головы и шеи. Москва. Медицина, 1999. - С. 303-304.
3. Лутфуллаева Г.У. Некоторые особенности хирургического лечения распространенных ангиофибром носоглотки / Г.У. Лутфуллаева, Д.М. Рахмонов // Актуальные проблемы детской оториноларингологии: сборник тезисов Республиканской научно-практической конференции (28-29 сентября 2006 г.). - Т., 2006. - С. 85-86.
4. Рзаев Р.М. Значение ангиографии в диагностике и хирургическом лечении больных с ювенильной ангиофибромой носоглотки / Р.М. Рзаев // Вестн. оториноларингологии. - М., 2007. - №4. - С. 18-22. - Библиогр.: 19 назв.
5. Рзаев Р.М. Тактика хирургического лечения больных с базально-распространенной формой ювенильной ангиофибромой носоглотки / Р.М. Рзаев // Вестн. оториноларингологии. - М., 2005. - №3. - С. 29-33. - Библиогр.: 22 назв.
6. Рудаков А.Ф. Операции по поводу ювенильной ангиофибромой носоглотки с позиции анестезиолога-реаниматолога / А.Ф. Рудаков // Вестн. оториноларингологии. - М., 2005. - №4. - С. 48-49. - Библиогр.: 3 назв.
7. Руководство по оториноларингологии // Под ред. И.Б. Солдатова. 2-е изд., перераб. и доп.- М.: Медицина.- 1997.- 608 с.
8. Погосов В.С., Рзаев Р.М., Акопян Р.Г. классификация, клиника, диагностика и лечения ювенильных ангиофибром носовой части глотки: Метод. рекомендации. - М., 1987.
9. Арифов С.С., Лутфуллаев У.Л., Лутфуллаев Г.У. оценка эффективности лечения больных с ювенильной ангиофибромой носовой части глотки при кровотечении // Журн. Вуинных, носовых и горловых хвороб. - 2009. № 6. С. 85-87.
10. Благовещенская Н.С., Мухамеджанов Н.З. Журн ушн, нос и горл бол 1987; 1: 59-61.
11. Быкова В.П. «Опухоли полости носа, околоносовых пазух и носоглотки» В книге «Патологоанатомическая диагностика опухолей человека» под ред Краевского Н.А., Смольяникова А.В., Саркисова Д.С. Москва, 1993.
12. Атлас оперативной оториноларингологии. // Под редакцией проф. В.С. Погосова. - М.: Медицина, 1983, 416 с.
13. Коновальчиков Г.Д. Клиника и лечение больных с ювенильной ангиофибромой носовой части глотки // Журн. ушных, носовых и горловых болезней.- 1994. - №5.- С. 39-41.
14. Столяров Д.П. Применение современных лучевых методов в диагностике и лечении ювенильных ангиофибром носоглотки / Д.П. Столяров, А.В.Потапов, Г.И.Буренков и др. // Вестн. рентгенологии и радиологии.- 2003.- № 1.- С. 27-31.
15. Умаров Х.У. Некоторые вопросы предоперационной подготовки и ведения послеоперационного периода при ангиофибромой носоглотки // Х.У. Умаров, Г.Я. Шамуратова // Актуальные проблемы детской оториноларингологии: сборник тезисов Республиканской научно-практической конференции (28-29 сентября 2006 г.). - Т., 2006. - С. 126-127.
16. Ходжаева К.А. Результаты применения оптической эндоскопии в оториноларингологии / К.А.Ходжаева, У.М.Эргашев // Хирургия Узбекистана. - Ташкент, 2003. - №1. - С. 79-81. - Библиогр.: 5 назв.
17. Черкаев В.А. Хирургическое лечение распространенных краниофациальных ювенильных ангиофибром / В.А. Черкаев, Д.А. Гольбин, Д.Н. Капитанов, А.И. Белов и др // Вопросы нейрохирургии. - Москва, 2009. - №2. - С. 9-14. - Библиогр.: 23 назв.
18. Яблонский С.В. Применение рентгеноэндоваскулярной окклюзии в комбинированном лечении ювенильных ангиофибром основания черепа у детей / С.В. Яблонский, С.В.Шенев, А.Ю.Никаноров // Вестн. оториноларингологии.-1998.- № 6.- С. 37-40.
19. Duvall A.J., Moreano A.E. Juvenile nasopharyngeal angiofibroma: diagnosis and treatment // Otolaryngol. Head. Neac. Surg.- 1987.- Vol.97,№6.- P. 534-540.
20. Fagan J.J. Nasopharyngeal angiofibromas: selecting a surgical approach // Head Neac. - 1997.- Vol.19, №5.- P. 391-399.
21. Resimont S., Bisschop P., Chantrain G., Fourneau C., Rutsaert J. Acta oto-rhino-laryngol belg 1988; 42: 5: 681-689.
22. Schadel A., Bottcher H.D., Haverkamp U. Laryngol, Rhinol, Otol 1983; 62: 4: 164-167.