

## ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЮНОШЕСКОЙ АНГИОФИБРОМЫ ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА

Насыров В.А., Исламов И.М.

Кыргызская государственная медицинская академия имени И.К. Ахунбаева,  
Бишкек, Кыргызская Республика

*Резюме:* Целью данной работы явилось повышение эффективности диагностики и лечения юношеской ангиофибромы основания черепа.

*Ключевые слова:* юношеская ангиофиброма, эндоскопическое исследование носоглотки, хирургическое лечение.

## OPTIMIZATION OF METHODS OF DIAGNOSIS AND TREATMENT OF JUVENILE ANGIOFIBROMA OF THE BASIS OF A SKULL NASIROV V.A., ISLAMOV I.M.

Kyrgyz state medical academy named after Ahunbaev I.K.,  
Bishkek, Kyrgyz Republic

*Summary:* The purpose of this work is to increase the efficiency of diagnosis and treatment of juvenile angiofibroma.

*Key words:* juvenile angiofibroma, endoscope examination of nasopharynx, surgical treatment.

## ӨСПҮРҮМДӨРДҮН БАШ МЭЭ СООГУНҮН АСТЫНДА ЖАЙГАШКАН АНГИОФИБРОМАНЫ ДАРЫЛОО

Насыров В.А., Исламов И.М.

И.К.Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы,  
Бишкек, Кыргыз Республикасы

*Корутулду:* Бул иштин максаты өспүрүмдөрдүн баш мээсөөгүнүн астында жайгашкан ангиофиброманы дарылоо жана изилдөөнүн эффективдүүлүгүн көтөрүү.

*Негизги сөздөр:* өспүрүмдөрдүн ангиофибромасы, тийганды эндоскопиялык изилдөө, хирургиялык дарылоо.

### Введение

Юношеская ангиофиброма основания черепа (ЮАОЧ) относится к редким встречающимся опухолям головы и шеи, составляя всего 0,05%. Однако среди новообразований носоглотки ангиофиброма занимает первое место (53,6%) [1, 3, 4, 5]. Несмотря на значительное количество работ, освещающих генез, диагностику и лечение больных с данной патологией, ЮАОЧ продолжает вызывать интерес как у оториноларингологов, так и у нейрохирургов и онкологов [2, 3, 4, 5].

Диагностика юношеской ангиофибромы основания черепа, в частности дифференциальная, особенно на ранних стадиях заболевания, является проблематичной. С этим связаны

тактические ошибки, особенно касающиеся объема оперативного вмешательства [3, 4, 5]. Появление за последние годы новых методов обследования (компьютерная томография, ангиография и эндоскопическое исследование) позволяет более грамотно диагностировать заболевание и определять показания к наиболее рациональному методу лечения.

### Материалы и методы

Ретроспективному анализу нами были подвергнуты истории болезней 57 человек, из них лиц мужского пола 55 человек в возрасте 10 - 29 лет и женского – 2 человека 29 и 33 лет соответственно, которые поступили в ЛОР-отделение Национального госпиталя при

Таблица 1

Распределение обследованных больных в зависимости от возраста и пола.

Возраст	Пол		Итого:
	мужчины	женщины	
10-13 лет	10	-	10
14-17 лет	28	-	28
18-21 год	12	-	12
Старше 22 лет	5	2	7
Всего:	55 (96,5%)	2 (3,5%)	57 (100%)

Таблица 2  
Распределение больных в зависимости от оперативного доступа

Общее количество операций	Доступ через естественные пути	Челюстно-лицевой доступ по Рзаеву-Погосову	Доступ по Муру	Доступ по Лауэрс-Баллону	Доступ по Денкеру
57	11	15	28	2	1
100%	19,3%	26,3%	49,1%	3,5%	1,8%

МЗ КР с диагнозом ЮАОЧ. Все эти больные находились на лечении в период с 1989 по 2009 гг. Таким образом, среди обследованных нами пациентов преобладают больные в возрасте 14-17 лет, что совпадает с периодом полового созревания. Распределение больных по полу и возрасту представлено в таблице 1.

В зависимости от полученного метода лечения, все пациенты были распределены на 2 клинические группы. В основную группу вошло 27 пациентов, которым проводилось эндоскопическое исследование в до- и послеоперационном периодах, ангиография, доплерография, морфологическое исследование послеоперационного материала. Хирургическое лечение осуществлялось доступом по Муру, челюстно-лицевым доступом в модификации Рзаева-Погосова и через естественные пути.

Контрольную группу составили 30 человек, хирургическое лечение которым осуществлялось с доступом по Муру, Денкеру, Лауэрс-Баллону и через естественные пути.

Распределение больных по типу хирургического доступа представлено в таблице 2.

Послеоперационный материал - первично удаленные и рецидивирующие опухоли были подвергнуты тотальному исследованию, что является важным для уточнения характера роста опухоли и ее генеза. Из имеющегося материала особое внимание было обращено на рецидивы опухоли с целью выявления особенностей их морфологического строения после повторных оперативных вмешательств.

Также больным, находившимся под нашим наблюдением проводилась каротидная ангиография для определения системы кровоснабжения опухоли.

Нами впервые был применен метод доплерографии для определения сроков восстановления кровотока по НСА после ее предварительной перевязки (рац. предложение №17/08), как первого этапа операции.

#### Результаты и обсуждение

Морфологически изучено 57 препаратов юношеских ангиофибром основания черепа. В 27 наблюдениях удаленная опухоль была подвергнута тотальному исследованию в виде гистогрaмм. Учитывая наличие разнообразных структурных отделов опухоли, определяемых на гистогрaммах, можно выделить две группы с преимущественным преобладанием тех или других морфологических признаков: сосудисто-фиброзный тип ангиофибромы – 20 человек; клеточный тип ангиофибромы – 7 человек.

В первой группе исследованных препаратов ангиофибром (20 наблюдений) обращало на себя внимание выраженное развитие фиброзной ткани, нередко гиалинизированной. Среди фиброзной ткани были расположены сосуды неправильной формы с неравномерно расширенным пустым просветом (рис. 1). Наряду с сосудами синусоидального типа встречались крупные сосуды мышечного типа с неравномерно утолщенной стенкой. В просвете нередко можно было наблюдать гиалиновые тромбы. Вновь образованные сосуды располагались по разным направлениям, образуя

Таблица 3

Количество кровопотери при удалении тампонов у обследуемых больных ( $M \pm m$ )

Примечание: знаком \* отмечено статистически достоверное различие ( $p < 0,05$ ) по отношению к контрольной группе

Основная группа	Контрольная группа
140,7±9,3*	248,1±8,4



Рис. 1.  
Юношеская ангиофиброма основания черепа, сосудисто-фиброзный тип.

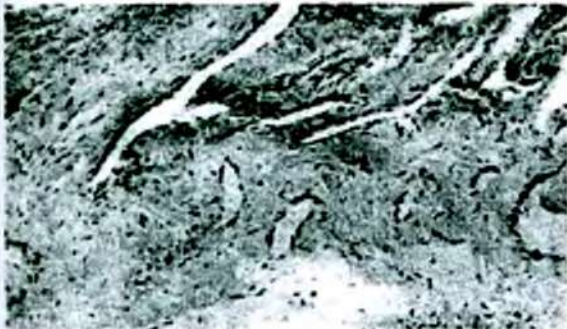


Рис. 2.  
Юношеская фиброма основания черепа, клеточный тип.

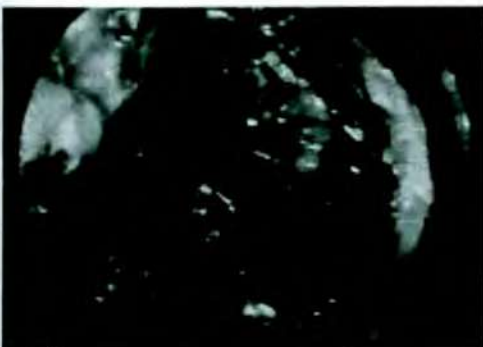


Рис. 3.  
Эндоскопия послеоперационной полости больного М.М. 16 лет

щелевидные каналы, выстланные уплощёнными эндотелиоподобными клетками.

Вторая группа (7 наблюдений) ЮАОЧ в морфологическом отношении отличалась от первой тем, что в ее структуре преобладали клеточные пролиферации. Скопление клеток создают муфтоподобные образования вокруг сосудов. Клетки опухоли были с крупными овальными или круглыми ядрами и с разной степенью гиперхромности. Кроме описанных клеток встречались поля отростчатых клеток, напоминающих мезенхимальные клетки. Множественные сосудистые щели или полости были пусты, а стенку их выстилали клетки с

вытянутым гиперхромным ядром, напоминая обычный эндотелий (рис. 2).

Произведенная нами каротидная ангиография сонных артерий 5-ти больным позволила установить, что у 4-х пациентов юношеская ангиофиброма основания черепа кровоснабжалась из системы наружной сонной артерии, в частности, из верхнечелюстной и восходящей глоточной артерий. У 1-го больного выявлено участие внутренней сонной артерии в кровоснабжении ангиофибром. Этот факт не является противопоказанием для оперативного вмешательства. Однако в этом случае имелись значительные трудности для гемостаза.

Показаниями для перевязки наружных сонных артерий у больных с ЮАОЧ мы считаем: Высокую степень васкуляризации опухолевой ткани;

Повышенную кровоточивость самой ангиофибромы;

Питание опухоли из системы наружной и внутренней сонной артерии.

Одним из важнейших этапов в предоперационной подготовке, на наш взгляд, является эндоскопическое исследование полости носа и носоглотки.

Эндоскопическое исследование в дополнение к традиционным методам обследования позволяет получить нам более полную и детализированную картину. Следует указать, что с 2003 года эндоскопическое исследование нами проводится не только в диагностических целях, но и с целью уточнения локализации и характера ангиофибромы. На 7-12 сутки после операции проводится эндоскопическое исследование послеоперационной полости на предмет продолженного роста опухоли (рис. 3).

При эндоскопическом исследовании послеоперационной полости в 5 случаях из 28 (17,85%) был обнаружен продолженный рост опухоли, который в дальнейшем был успешно удален через естественные пути с помощью малоинвазивной эндоскопической хирургии.

Больным, которые находились под нашим непосредственным наблюдением, в операционную полость укладывалась гемостатическая салфетка DNT (рац.

предложение №18/08). Лишь в 1 случае эта салфетка не использовалась, так как хирургическое вмешательство осуществлялось доступом через естественные пути. Сравнение объема кровотока при удалении тампонов у больных, которым использовалась салфетка DNT и контрольной группы пациентов (по данным архива), которым указанный гемостатический материал не применялся, показало, что преимущество данного способа неоспоримо (таб. 3).

Объем кровопотери определяли с помощью взвешивания использованного растампированного материала и количества содержимого в емкости отсоса.

Метод доплерографии апробирован хирургами различных направлений и зарекомендовал себя, как один из самых точных методов определения кровотока в норме и патологии. Чаще всего он используется при атеросклеротических изменениях сосудов головы и шеи, атеросклеротических бляшках, варикозных расширениях вен нижних конечностей и т.д. Мы же, в свою очередь, впервые применили метод доплерографии для определения сроков восстановления кровотока по НСА после ее предварительной перевязки хромированным кетгутом (рац. предложение №17/08). На протяжении 6 месяцев после выписки 5 больным ежемесячно проводилась каротидная доплерография, которая показала, что полное восстановление кровотока по НСА происходит на 6 месяц после ее перевязки.

#### Заключение

В целях профилактики рецидивов ЮАОЧ необходимо тщательное эндоскопическое исследование послеоперационной полости в раннем послеоперационном периоде, на предмет остатка опухолей.

На основании данных ангиографии, доказывающих приоритетное кровоснабжение ЮАОЧ из системы наружных сонных артерий, перевязка этих сосудов позволяет значительно снизить кровопотерю во время операции и служит профилактикой послеоперационных кровотечений. Способ определения

восстановления кровотока по НСА после перевязки с помощью доплерографии позволил установить сроки полного восстановления каротидной цепи.

Исследованные опухолевые ткани являются мезенхимальными опухолями и по морфологическому строению относятся к преимущественно сосудисто-фиброзному типу. Данный тип, как показали многие клинические наблюдения, является наиболее кровоточащим по сравнению с клеточным типом ангиофибром.

Проведенные клинические исследования и динамическое наблюдение в послеоперационном периоде показало, что использование салфетки DNT, каких либо осложнений и побочных действий на организм пациентов не оказывает. Следовательно, применение медицинской растворимой гемостатической салфетки DNT при оперативных вмешательствах в полости носа является безопасным и высокоэффективным методом остановки носового кровотечения в раннем послеоперационном периоде.

#### Литература

1. Анютин Р.Г. Юношеская ангиофиброма основания черепа (Современные методы диагностики и лечения): автореф. ... дис. док. мед. наук.- М., 1987.- 30 с.
2. Богомильский М.Р., Чистякова В.Р., Яблонский С.В. и др. Ангиофиброма основания черепа в детском возрасте // Вестник оториноларингологии.-1995.- № 5.- С. 27-29
3. Погосов В.С., Мирошниченко Н.А. Современные принципы хирургического лечения больных юношеской ангиофибромой основания черепа // Журнал ушных, носовых и горловых болезней.- Киев.- 1999.- С. 10-14
4. Рзаев Р.М. Современное состояние вопроса о хирургическом лечении больных ювенильными ангиофибромами носоглотки // Вестник оториноларингологии.- 2007.- №6.- С. 90-94
5. Lund V.J., Jloyd G.A., Howard D.J. Juvenile angiofibroma – imaging techniques in diagnosis // Rhinology.- 2003.- Vol. 27.- №3.- P. 179-185