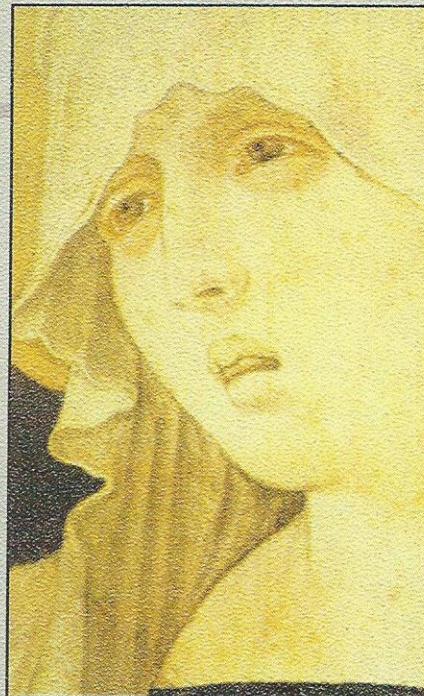


ВЕСТНИК ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ

V E S T N I K
OTORINOLARINGOLOGII

5 ● 2013 г.
Приложение



Материалы
XII Российского конгресса
оториноларингологов

12–13 ноября 2013
Москва

Министерство Здравоохранения Российской Федерации

*Кафедра оториноларингологии
ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н. И. Пирогова*

МОСКОВСКОЕ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЕ ОБЩЕСТВО ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГОВ
«Московский научно-практический Центр оториноларингологии
им Л. И. Свержевского ДЗ г. Москвы»

Материалы XII Российского
Конгресса
оториноларингологов
«НАУКА И ПРАКТИКА
В ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ»

Редакторы

профессор Пальчун В. Т.
заслуженный деятель науки РФ
член-корр. РАМН, академик Международной академии хирургии головы и шеи

профессор Крюков А. И.
директор Московского научно-практического
Центра оториноларингологии им. Л. И. Свержевского ДЗ г. Москвы
Зав. кафедрой оториноларингологии ГОУ ВПО РНИМУ им. Н. И. Пирогова

Москва – 2013 г.

ОПЫТ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО УДАЛЕНИЯ БАЗАЛЬНО-РАСПРОСТРАНЕННЫХ ЮВЕНИЛЬНЫХ АНГИОФИБРОМ НОСОГЛОТКИ

Рзаев Р. М., Рзаев Рт. Р., Рзаев Рд. Р.

Отделение оториноларингологии-хирургии головы и шеи Центральной дорожной больницы ЗАО «Азербайджанские Железные Дороги», Баку

По настоящее время основным методом лечения больных ювенильной ангиофиброй носоглотки (ЮАН) продолжает оставаться хирургический метод. В числе традиционных операций, проводимых при ЮАН, наиболее часто применяются следующие подходы: через рот и/или через нос, через рот и нос одновременно; через нёба (модифицированная операция по Оуэнсу); через верхнечелюстную пазуху и полость носа с проведением разреза под губой (операция по Денкеру); через верхнечелюстную пазуху и полость носа с проведением лицевого разреза (операция по Муру); через обнаженные костные структуры средней части лица (среднелицевой декортационный подход).

Между тем, применение различных операций даже при адекватной форме роста опухоли, а также наличии высокой частоты "рецидивов" (11-50%) среди оперированных больных, сами по себе игнорируют их универсальность, что в отношении радикальности операции и функциональной сохранности анатомических структур, оставляют желать лучшего.

В настоящее время, эндоскопическая операция, как адекватный и малоинвазивный хирургический метод, применяется также при удалении некоторых ЮАН. По мнению большинства авторов, применение эндоскопической эндоназальной операции в основном оправдано при так называемых "малых" и "средних" опухолях, т.е. в случаях захвата опухолью носоглотки, полости носа, околоносовых пазух и крыловидно-нёбной ямки.

Вместе с тем, различия точек зрения специалистов в вопросах оценки эффективности эндоскопического удаления опухолей, частоты «рецидива» заболевания и кровопотеря, даже при идентичной форме роста опухоли, указывают на дискутабельность данной проблемы.

Цель исследования - оценка эффективности эндоскопической операции при удалении базально-распространенных ЮАН.

Материалы и методы исследования. За период 1986-2012 гг. под нашим наблюдением всего находились 46 больных с ЮАН у 28 (60,8%) из которых согласно собственной классификации (Рзаев Р.М., 1987, 2005) имелась базально-распространенная, а у 18 (39,2%) больных - интракраниально - распространенная формы опухоли. В числе больных с базально-распространенными опухолями у 4 больных имелась I (опухоль занимала носоглотку и полость носа), у 19 - II (опухоль занимала носоглотку, полость носа, крыловидно-нёбную ямку, пазухи решётчатой кости и клиновидную пазуху) и у 5 - III (опухоль занимала носоглотку, полость носа, пазухи решётчатой кости, крыловидно-нёбную и подвисочную ямки) категория опухоли.

Все пациенты были мужского пола в возрасте от 10 лет до 21 года (средний возраст – 15 лет). Всем больным наряду с общим клиническим обследованием проводили КТ, КА, а в некоторых случаях (при подозрении на распространение опухоли во внутрь черепа и глазницу) и МРТ.

Из 28 больных с базально-распространенной формой ЮАН у 22 (2 больных с I, 15 - со II и 5 - с III категорией опухоли) - ранее (1986-2008 гг.), согласно классификации, были произведены традиционные (в той или иной модификации) операции: по Денкеру, Муру, Оуэнсу и путём проведения среднелицевого декортационного подхода. Остальным 6 больным произведена эндоскопическая эндоназальная операция (2009-2012 гг.): у 2 из них имелась I, а у 4 больных II категория опухоли.

В качестве мер, направленных на предотвращение кровотечения во время операции, 3

больным - у одного больного с опухолью I и у 2 больных с опухолью II категорией, произведено интраоперационное клипирование верхнечелюстной артерии (через верхнечелюстную пазуху). У остальных 2 больных с опухолью II категорией, одному, произведена перевязка наружной сонной артерии, а другому - предоперационная эмболизация сосудов питающих опухоль (за день до операции). Одному больному с опухолью I категорией, проведение каких либо мер, относительно предотвращения возможного кровотечения не понадобилось.

Техника операции. После инфильтрационной анестезии носовых раковин на операционном столе (под общим обезболиванием), под контролем эндоскопа (угол обзора 30°), используя элеватор (Cottle), вначале отодвигается в сторону средняя носовая раковина, затем, сделав глубокий разрез в области крючковидного отростка, с помощью прямых щипцов (Blakesley) производится его полное удаление. Далее, используя прямые (Blakesley) и изогнутые на 45° (Blakesley-Wilde) щипцы, вскрывается решетчатая пазуха - удаляются передние, и задние ячейки решётчатой кости (этмоидэктомия). На этом этапе можно идентифицировать верхний сегмент опухоли при распространении её в клиновидную пазуху. Расширяя, таким образом, естественное соустье верхнечелюстной пазухи и ещё более отодвигая в сторону среднюю носовую раковину, идентифицируется и широко обнажается крыловидно-нёбное отверстие. Далее с помощью элеватора и щипцов производится частичное сепарирование боковой части опухоли от костных структур решётчатой и нёбной костей. Используя шейвер, освобождается задняя и вся боковая часть опухоли, и тем самым достигается достаточная мобилизация её в приделах операционной раны. После окончательного выделения опухоли от окружающих структур осуществляется её полное удаление, либо через нос, а при больших размерах опухоли - через полость рта.

При распространении опухоли в крыловидно-нёбную ямку требуется проведение медиальной максиллэктомии, которая позволяет осуществить клипирование верхнечелюстной артерии непосредственно через пазуху. Так, до начала сепарирования опухоли, предварительно удаляются медиальная стенка верхнечелюстной пазухи, включая нижнюю носовую раковину, а также часть перпендикулярной пластинки нёбной кости. Широко обнажив при этом поверхности задней стенки пазухи, костными кусачками (Stammberger) производится её резекция (вскрывается в виде окна), после чего на нижнем уровне крыловидно-нёбной ямке, идентифицируется конечный отдел верхнечелюстной артерии. Используя стандартный эндоскопический клипаппликатор, на артерию накладывают не менее трех лигирующих клипов (Grena LTD) и тем самым осуществляют её окклюзию. Так, после наложения клипса, непосредственно на ствол артерии (проксимально), с целью предотвращения ретроградного кровотока, один за другим накладываются (дистально) две другие клипсы: на клиновидно-нёбное (a. sphenopalatina) и нисходящее нёбное (a. palatina descendens) разветвления верхнечелюстной артерии. Используя изогнутые риноскопические ножницы, артерия рассекается между проксимально и дистально наложенными клипсами. Далее при помощи аспиратора с изогнутым наконечником (Luer) и изогнутых щипцов (45°), производится безопасное сепарирование деваскуляризованной опухоли от крыловидных и нёбных мышц, что позволяет в достаточной степени мобилизовать её в крыловидно-нёбной ямке. Для окончательной мобилизации опухоли в носоглотке, особенно при её обтурации, операция проводится по принципу «две ноздри + четыре руки». Так после резекции заднего конца перегородки носа, с помощью «обратного выкусывателя» (Stammberger), перемещая эндоскоп и наконечник отсоса в противоположную ноздрю, ассистентом проводится дальнейшая визуализация операционной раны, синхронно с хирургом, завершившего мобилизацию опухоли в носоглотке. Возникнувшее кровотечение в крыловидно-нёбной ямке после удаления опухоли останавливается путём биполярной коагуляцией кровоточащих сосудов.

Достигается гемостаз, производится задняя тампонада носа; эндоназально - на раневую поверхность (в средний носовой ход) вводится смоченная в физиологическом растворе гемостатическая губка «MeroSel» затем производится рыхлая передняя тампонада носа. Тампоны извлекаются спустя 2 дня после операции.

Результаты исследования. Катамнестическое наблюдение показало на отсутствие рецидива опухоли в отдаленные сроки после операции (более 2-х лет).

Несмотря на оказание мер по предотвращению возможного кровотечения (перевязка наружной сонной артерии, клипирование или эмболизация питающих опухоль сосудов, управляемая гипотензия) средняя потеря крови составила 850 мл, а средняя продолжительность операции - 4 часа.

Сравнение этих показателей с данными ранее оперированных нами больных (Рзаев Р.М., 2005) свидетельствует о превосходстве модифицированных операций по Оуэнсу (продолжительность операции 2 часа 55 мин., кровопотеря 650 мл) и Денкеру (продолжительность операции 2 часа, кровопотеря 855 мл) перед эндоскопической операцией при удалении соответственно опухолей I и II категорий.

О преимуществе указанных операций при удалении некоторых базально-распространенных ЮАН (опухолей I и II категории) свидетельствуют также ряд аргументов: наименьшая продолжительность и простата выполнения операции, относительно функционально-щадящие свойства и благоприятные эстетические качества, практически отсутствие каких либо осложнений. Между тем, некоторые отличительные особенности, уступающие в приоритетности эндоскопической операции (продолжительность операции, ряд трудностей в технике операции, немалые экономические затраты, почти идентичные функционально-эстетические показатели), в свете внедрения инновационной технологии, не умоляют её достоинство.

Заключение. Эндоскопическая эндоназальная операция, как и традиционные операции, по Денкеру и/или Оуэнсу, обеспечивает радикальное удаление большинства базально-распространенных ЮАН (опухолей I и II категорий). В силу известных аргументов она, вместе с тем, не превосходит возможностей указанных операций, что определяет её значимость как метод выбора при лечении данного контингента больных.

Наш скромный опыт эндоскопической операции не претендует на исчерпывающее и окончательное мнение касающейся эффективного удаления некоторых базально-распространенных опухолей, он скорее побуждает к поиску путей рационального применения её, как при удалении базально-распространенных опухолей (включая и опухолей III категории), так и интракраниально-распространяющихся ЮАН.

ПРИЧИНЫ ЗАПУЩЕННОСТИ И НИЗКОЙ ВЫЖИВАЕМОСТИ БОЛЬНЫХ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ ЛОР ОРГАНОВ В Г. МОСКВЕ

Сдвижков А. М., Шацкая Н. Х., Белов Е. Н.

ГБУЗ Онкологический клинический диспансер №1 ДЗМ

Россия, Москва

Смертность от рака верхних дыхательных и пищеварительных путей в Москве остается высокой. Основной причиной этого является высокий процент запущенных больных, впервые обратившихся на консультацию в специализированное учреждение. Запущенные стадии злокачественных опухолей значительно снижают возможность благоприятного исхода лечения, даже самого современного и адекватного (комбинированного и комплексного). Средняя продолжительность жизни больных со злокачественными опухолями ротовоглотки и