

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО УДАЛЕНИЯ ЮНОШЕСКОЙ АНГИОФИБРОМЫ НОСОГЛОТКИ У ДЕТЕЙ

Бекпан А.Ж., Ауталипов Д.Х., Дженалаев Д.Б.

Корпоративный фонд «University Medical Center», Нур-Султан, Казахстан

Обоснование. Юношеская ангиофиброма носоглотки — это новообразование, составляющее 0,05 % всех опухолей головы и шеи, встречающееся у подростков и являющееся доброкачественной только по гистологическому строению, по клиническому течению же может протекать злокачественно, разрушая хрящи и кости черепа. Основным методом лечения юношеской ангиофибromы носоглотки — хирургический, отличающийся разнообразием в зависимости от степени распространения опухоли. В настоящее время, учитывая, что опухоль обильно кровоснабжается, предварительно проводится эмболизация сосудов, питающих ангиофиброму, и ее удаление; оперативное лечение всегда сопровождается обильной кровопотерей и значительной хирургической травмой, иногда инвалидизацией пациента и даже летальным исходом.

Методы. За период с 2021 по 2022 г. нами в КФ «УМС» было прооперировано 5 пациентов с юношеской ангиофибромой носоглотки. Всем пациентам проводили компьютерную томографию придаточных пазух носа в аксиальной, сагитальной и коронарной проекциях с контрастированием и без контраста, а также магнитно-резонансную томографию. Помимо общих клинико-лабораторных исследований дети проходили эндоскопическое обследование полости носа и носоглотки. Предварительно за сутки до операции 3 пациентам произведена поэтапная эндоваскулярная эмболизация образования микросферами 500–700 мкм путем остановки кровотока в проксимальных отделах верхнечелюстной артерии под постоянным рентгенологическим контролем. На следующие сутки 2 пациентам проведены операции трансназальным модифицированным эндоскопическим доступом по Денкеру с удалением медиальной стенки верхнечелюстной пазухи и расширением грушевидной апертуры латерально со сфенотомией и клипированием основного ствола верхнечелюстной артерии интраоперационно. В результате суперселективной ангиографии с эмболизацией сосудов опухоли нам удалось значительно снизить интраоперационное кровотечение и обеспечить обзор операционного поля, но в первом случае отмечалось резкое обильное кровотечение после удаления ангиофибromы, прорастающее из свода черепа. При проведении модифицированной эндоскопической максиллэктомии по Денкеру и этмоидотомии после аккуратного выделения верхнечелюстной артерии было выполнено ее клипирование с наложением двух титановых клипс. Дальнейшая диссекция опухоли сопровождалась умеренным кровотечением, не затрудняющим удаление опухоли.

Результаты. При удалении ангиофибromы носоглотки интраоперационный гемостаз является важным моментом успешности операции. Эмболизация сосудов проведена при одной небольшой и двух распространенных опухолях носоглотки, у одного пациента во время операции было массивное кровотечение. В двух случаях прорастания опухоли в крылонебное пространство произведено клипирование верхнечелюстной артерии интраоперационно, трансназально без каких-либо хирургических рисков. Гистологическое исследование операционного материала во всех случаях подтвердило диагноз юношеской ангиофибromы носоглотки у детей. Послеоперационный период у всех пациентов протекал без осложнений, все выписаны на 7-е сутки с полным восстановлением носового дыхания.

Выводы. Таким образом, по компьютерной томографии околоносовых пазух носа с контрастированием, ЛОР-хирург может оценить распространение опухоли, определить локализацию верхнечелюстной артерии и возможность ее интраоперационного трансназального клипирования, что включает дополнительные этапы лечения и обеспечивает адекватный гемостаз.

Ключевые слова: ангиофиброма; дети; операция; эндоскопия.