

Х. Т. Абдулкеримов

НОВООБРАЗОВАНИЯ ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА В ПРАКТИКЕ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГА

ГОУ ВПО «УРАЛЬСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ РОСЗДРАВА», ГОРОДСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА №40, ЕКАТЕРИНБУРГ

Благодаря особенностям строения ЛОР органов, глубоким распространением опухолей основания черепа, а также возможным массивным кровотечением при их удалении, несмотря на внедрение прогрессивных технологий, хирургическое лечение новообразований этой локализации остаётся чрезвычайно сложной и актуальной проблемой в оториноларингологии. Под нашим наблюдением находились 36 пациентов с юношеской ангиофибромой основания черепа (ЮАОЧ), которая была гистологически верифицирована во всех случаях. Возраст больных составлял от 8 до 20 лет. При поступлении все пациенты предъявляли типичные жалобы. В клинике, кроме общеклинических освидетельствований, всем больным выполнялись лучевые исследования: компьютерная томография (КТ) с 3D и VRT-реконструкцией, магнитно-резонансная томография (МРТ). На основании результатов исследования, определяли локализацию опухоли, характер роста, стадию развития, степень разрушения костного скелета, тип (форму) и источник кровоснабжения опухоли. По результатам морфологических исследований было выявлено: мелкососудистая форма ЮАОЧ у 9 пациентов; крупнососудистая форма АОЧ у 11 лиц; смешанная форма опухоли у 16 больных. Благодаря использованию микроскопа, эндоскопов и совершенных инструментов, включая радиоволновые хирургические аппараты, алмазные фрезы, и др., мы отказались от классических подходов удаления с «лицевыми разрезами». Вмешательство производилось под интубационным наркозом с предварительной эндоваскулярной окклюзией кровоснабжающего опухоль сосуда или временной окклюзией наружной сонной артерии на стороне наибольшего поражения. Опухоль удаляли транс-верхнечелюстно-щечным подходом. Разрез мягких тканей осуществлялся под губой с применением высокочастотного хирургического аппарата с эффектом радиоволны «Фотек Е80М» (Россия, г. Екатеринбург). Вскрывалась верхнечелюстная пазуха с удалением передней и медиальной стенок, также резецировался лобный отросток верхней челюсти и носовая кость. После удаления опухоли, кровоточащие участки на раневой поверхности подвергались аргонусиленной коагуляции с применением аппарата «Фотек ЕА141» (Россия, г. Екатеринбург). Перед тампонадой, производили эндовидеоскопический осмотр послеоперационной полости с целью визуализации возможных остатков фрагментов опухоли. Заканчивали операцию обычной передней тампонадой носа. Результаты. Все пациенты выписаны домой в удовлетворительном состоянии, рецидивы опухоли у 3 больных, летальных исходов не было. Сроки наблюдения более 7 лет.

Заключение

Использование современных исследований, применение прогрессивных медицинских технологий, а также рационализация техники удаления опухоли с минимализацией агрессивных действий в полости носа и послеоперационного ведения, приводит к улучшению результатов лечения и уменьшению рецидивов.