

Не претендуя на исчерпывающую классификацию. трансабдоминальные операции можно расположить в одной ряду в порядке изменения их основных характеристик.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ
ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИ ДОПОЛНЕННЫЕ ОПЕРАЦИИ
ОПЕРАЦИИ ИЗ МИНИДОСТУПА с использованием приемов безгазовой (открытой) лапароскопии
ТРАДИЦИОННЫЕ ЛАПАРОТОМНЫЕ ОПЕРАЦИИ

Первая группа предполагает чисто эндоскопическое оперирование, последняя - чисто открытое. Между ними располагаются методики, обладающие свойствами обеих крайних групп. Вполне вероятно, что их значительно больше.

Возвращаясь к схеме и принципу, положенному в основу, нетрудно заметить, что приведенные группы операций действительно различаются не толь

ко по соотношению эндоскопических и открытых манипуляций. Так же постепенно меняются их травматичность, возможности, ограничения и стоимость.

Очевидно также, что одну и ту же операцию можно выполнить несколькими, если не всеми способами. При этом эффект в различных социально-экономических условиях будет различным.

Это позволяет построить концепцию разработки и внедрения малоинвазивных вмешательств, исходя из конкретных, в том числе и региональных, задач и особенностей.

В общем смысле, в интересах больных, хирургии и общества в целом, необходимо разработать и поддерживать в рабочем состоянии все эффективные способы оперирования. При этом каждой хирургической задаче должен соответствовать свой оптимальный вариант решения.

Решение этих сложнейших проблем требует создания специализированного регионального центра малоинвазивной хирургии, комплексной региональной программы внедрения малоинвазивных технологий. Необходимо также введение профессиональной аттестации хирургов. В задачи такого центра должно входить оказание лечебной и консультативной помощи, изучение и разработка новых технологий, обучение хирургов и информационно-методическое обеспечение работы в регионе.

При планировании работы центра предпочтение должно отдаваться прикладным социально значимым технологиям - тем, которые реально могут использоваться в широкой сети стационаров и способны дать ощутимый эффект.

Основной прогресс в ближайшее время следует ожидать не от "полной и окончательной победы лапароскопии", а на ее стыке с лапаротомией, открытыми операциями и другими хирургическими технологиями, что также следует учитывать при организации центра и определении направленности его работы.

УДК 616.327.2-006.31-053.7-08

И.И. Томилов

АНГИОФИБРОМА ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА: ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ
Кафедра оториноларингологии

Ангиофиброма основания черепа - доброкачественное новообразование, развивающееся в основном у подростков и юношей в период

полового созревания. Эту опухоль называют еще юношеской фибромой, полипом основания черепа, носоглоточной фибромой.

Характерными признаками ангиофибром основания черепа являются кровоточивость, бурная энергия роста, способность проникать в полость носа, решетчатый лабиринт, основную пазуху, крылонебную ямку, полость черепа.

По своей гистологической структуре опухоли относятся к ангиофибромам, так как наряду с фибробластическим, наблюдается и ангиобластический процесс [10, 12]

Среди доброкачественных опухолей носоглотки ангиофиброма составляет 53,6% [10]. По литературным данным опухоль дает рецидивы от 32 до 50% случаев [1,9,11], летальность составляет 3% [9].

Операция удаления ангиофибром, вследствие их кровоточивости и глубинного расположения у основания черепа, принадлежит к числу сложных, трудных и ответственных. Спорным является вопрос о перевязке наружной сонной артерии: имеются различные мнения по способам удаления, методике обезболивания и т.д. [1, 4, 7, 9, 11].

Учитывая вышеизложенное, мы решили поделиться опытом клиники по удалению ангиофибром основания черепа и полученными результатами.

Под нашим наблюдением находились 24 больных в возрасте от 7 до 44 лет, из них 10 детей, 12 юношей и 2 взрослых. Все больные - лица мужского пола.

Диагностика ангиофибром основания черепа основывается на выяснении анамнеза, жалоб и объективных данных. Важно определить не только место нахождения опухоли, но и характер роста, степень разрушения окружающего костного скелета, тип гистологического строения.

В качестве дополнительных методов исследования применялись рентгенография, рентгенотомография, ангиография, биопсия, а в последние годы - компьютерная томография и ядерно-магнитная резонансная томография.

По нашим данным выявлены виды роста опухолей: сфенозтмоидальный (50%), птеригомаксиллярный (42%) и базальный (8%).

Выбор метода лечения должен быть строго индивидуализирован и зависит от направления роста опухоли, стадии течения и гистологической структуры. В зависимости от гистологического исследования различают два вида ангиофибром: первый - с преобладающим развитием сосудов эмбрионального и мышечного типов, другой - с преобладанием фиброзной ткани. Первый тип встречается в 5 раз чаще.

Хирургическое вмешательство должно быть рациональным, с учетом роста опухоли, с минимальным удалением здоровых тканей при подходе к опухоли. В то же время оно должно обеспечить радикальное удаление опухоли, снизить рецидивы и летальные исходы.

Лечение состояло из следующих этапов:

1) подготовительного; 2) хирургического подхода; 3) удаления опухоли; 4) гемостаза. Нами усовершенствованы все этапы хирургического вмешательства. На первом этапе, кроме обследования, у части больных проводилась перевязка наружной сонной артерии на стороне наибольшего распространения опухоли. Перевязка наружной сонной артерии справа проведена у 11 больных, слева у 5. У одного (больного произведена двусторонняя перевязка наружных сонных артерий. Опыт показывает, что при преобладании фиброзной ткани перевязывать наружную сонную артерию не обязательно, целесообразно делать перевязку при ангиофибромах с развитыми сосудами. У 3-х больных проведена склерозирующая терапия путем введения в опухоль 96 град. спирта от 5 до 10 мл. Для уменьшения боли сначала вводили

1-2 мл. 2% новокаина- спирт вводился эндоназально с помощью 10-граммового шприца и длинной иглы.

Второй этап-хирургический подход к опухоли.

Типичными подходами при удалении опухоли являются: эндоназальный-через естественные пути, лицевой-с разрезом по Муру или Веберу и через гайморову пазуху-по Денкеру.

Чаще применялся подход по Муру - у 15 больных, реже через естественные пути (2) и по Денкеру (1). У 6 больных при глубокой локализации опухоли и при проникновении ее в крылонебную ямку нами совместно с профессором Л.П. Мальчиковой применен транс-верхнечелюстно-щечный подход, сочетающий операции Мура и Денкера. Разрез мягких тканей производился по Муру или Веберу.

Подход через естественные пути нами применялся в первые годы, он не дает гарантии полного удаления опухоли, нередко возникают рецидивы. В 60-е годы такой путь подхода был основным, сейчас мы его использовали редко, обычно при базиллярном росте и фиброзной структуре опухоли. Так как чаще всего опухоль из носоглотки распространялась в основную пазуху, решетчатый лабиринт и полость носа, то использовался подход по Муру с разрезом на стороне наибольшего поражения. Для уменьшения кровопотери и предупреждения травмы слизистой оболочки после ее разреза лоскут слизистой сшивался с краем кожного разреза. При искривлении носовой перегородки, узкой полости носа производилась мобилизация перегородки по Воячеку. Такой подход давал хорошую обзорность опухоли и свободу для хирургических манипуляций.

У одного больного опухоль удалена с подходом по Денкеру и вскрытием задней стенки гайморовой пазухи. Наибольшие затруднения возникали при распространении опухоли в крылонебную ямку. Все рецидивы возникли именно при такой локализации опухоли. Самым рациональным оказался комбинированный подход по Муру-Денкеру (транс-верхнечелюстно-щечный подход по терминологии челюстно-лицевых хирургов) [6].

Третий этап-удаление опухоли. Хирургическое вмешательство, начиная со второго этапа, производилось под интубационным наркозом с применением миорелаксантов и защитой дыхательных путей от попадания крови (раздувание манжеты, тампонада). В период выделения опухоли снижалось артериальное давление-одному больному применена гипотермия. Опухоль удалялась распаторами Мануйлова и щипцами Юраша. Создание гипотонии с перевязкой наружной сонной артерии снижало кровопотерю.

Четвертый этап-гемостаз. После удаления опухоли кровотечение уменьшилось. С целью предупреждения кровотечения в послеоперационном периоде производилась тампонада носа на стороне подхода и петлевая тампонада по Воячеку на другой стороне.

Результаты хирургического лечения-рецидивы у 4-х больных (16%). Летальных исходов не было.

На основании новейших методов исследования (КТ, ЯМРТ) установлено, что значительно чаще наблюдается птеригоаксиллярный тип роста опухоли: по данным литературы 18,1%, по нашим данным-42%.

Произошли и возрастные изменения: из 24-х больных опухоль наблюдалась у 10 детей. Значит, дети стали болеть чаще.

Нами внесен ряд усовершенствований в методику удаления опухолей: а) сшивание слизистой носа с мягкими тканями; б) мобилизация и отведение нижней носовой раковины (конхопексия с целью уменьшения атрофического процесса в послеоперационном периоде; в) дополнительные подходы к крылонебной ямке-через заднюю стенку гайморовой пазухи или через разрез по боковой поверхности верхней челюсти; г) использование сочетанного подхода по Муру-Денкеру;

д) замена задней тампонады на тампонаду по Микуличу.

По данным ЛОР-клиники Московского стоматологического института рецидивы опухоли наблюдались у 32% больных летальность составила 34.

По нашим данным рецидивы отмечались у 16% больных, летальных исходов не было.

Улучшение результатов хирургического лечения ангиофибром основания черепа объясняется рядом моментов:

1) более точным определением локализации и распространения опухоли благодаря новейшим методам исследования;

2) перевязкой наружной сонной артерии на стороне наибольшего распространения опухоли и уменьшен кровопитерии;

3) применением наркоза с гипотензивными средствами;

4) рациональным выбором подхода с учетом гистологического строения, характером роста и распространенности опухоли;

5) усовершенствованием всех этапов хирургического лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Анятин Р.Г. Лечение больных с юношеской ангиофибромой основания черепа // Метод. реком., М.; 1987. 10 с.

2. Батюнин И.Т. О хирургическом подходе к области носоглотки при носоглоточных ангиофибромах // Вестн. оториноларингол., 1965. N 5. С. 52-55.

3. Батюнин И.Т. К опыту гормонального лечения при юношеских ангиофибромах носоглотки // Вестн. оториноларингол., 1966. N 1. С. 101.

4. Воячек В.И. Основы отоларингологии. Л.; Медгиз. 1953. 358с.

5. Денкер А., Альбрехт В. Учебник болезней уха, верхних дыхательных путей и полости рта. Л.; Биомедгиз. 1936. 626 с.

6. Мальчикова Л.П. Хирургические подходы при глубокой локализации опухоли транс-верхнечелюстно-щечный подход // Вопр. организ. и эконом. в стоматологии. 1994.

7. Мануйлов Е.Н. Варианты щадящей операции удаления фибром основания черепа // Вестн. оториноларингол., 1963. N 3. С. 50-59.

8. Мануйлов Е.Н., Батюнин И.Т. К вопросу о лечении больных с внутричерепным распространением юношеских ангиофибром носоглотки // Вестн. оторинолар., 1970. N 6. С. 35-39.

9. Мануйлов Е.Н., Батюнин И.Т. Юношеская ангиофиброма основания черепа. М.; Медицина. 1971. 144с.

10. Потапов И.И. Доброкачественные опухоли глотки. М.; Медгиз. 1960. 189 с.

11. Темкин Я.с., Рутенбург Д.М. Хирургические болезни носа, придаточных пазух и носоглотки. М.; Медгиз., 1949. 620 с.

12. Фетисова А.Г. О гистологической структуре и гистогенезе юношеских фибром носоглотки. Томск. 1949. 16 с.

13. Финк А.И. Носоглоточные фибромы. Куйбышевское изд. 1937. 95 с.

Шапуров В.В. Хирургическое лечение болезней и повреждений уха, горла и носа. Свердловск. Медгиз., 1949. 226 с.