

УДК 616.714.3-006.04-089

https://doi.org/10.33619/2414-2948/68/17

К ВЫБОРУ ХИРУРГИЧЕСКИХ ДОСТУПОВ ДЛЯ УДАЛЕНИЯ ОПУХОЛЕЙ ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА

©Шалабаев Б. Д., канд. мед. наук, Международная высшая школа медицины,
г. Бишкек, Кыргызстан

©Орозалиева А. М., канд. мед. наук, Международная высшая школа медицины,
г. Бишкек, Кыргызстан

©Ахунбаев С. М., канд. мед. наук, Международная высшая школа медицины,
г. Бишкек, Кыргызстан

ON THE CHOICE OF SURGICAL APPROACHES FOR REMOVING TUMORS OF THE BASE OF THE SKULL

©Shalabaev B., M.D., International Higher School of Medicine, Bishkek, Kyrgyzstan

©Orozaliyeva A., M.D., International Higher School of Medicine, Bishkek, Kyrgyzstan

©Akhunbaev S., M.D., International Higher School of Medicine, Bishkek, Kyrgyzstan

Аннотация. Опухоли основания черепа — чаще всего, это тяжелые заболевания, хирургическое лечение, которых представляет сложную проблему, связанную с относительно большой глубиной локализации этих образований в анатомических образованиях основания черепа, нередко с прорастанием в ее полость и неизбежной травмой твердой мозговой оболочки и развитием ликвореи.

Abstract. Tumors of the base of skull which are serious diseases, where surgical operation is very big problem because location of these tumors very deep in the base of skull which can spread to cranium and damage dura mater and may cause liquorrhea. We tried to compare the possibilities of surgical approaches for advanced rhinotomy and Lauers-Balon in developing optimal treatment for various variants of tumor of the base of skull.

Ключевые слова: опухоли основания черепа, доступы для хирургического лечения.

Keywords: tumors of the base of skull, access to surgical treatment.

Введение

Радикальное удаление опухолей основания черепа, имеющих обширное распространение в глубокие анатомические образования лицевого скелета, а именно крыловидные, крыловидно-небные ямки и подвисочные области, основную пазуху, представляет серьезные трудности [1–9].

Чаще всего для удаления распространенных опухолей челюстно-лицевой области с распространением на основание черепа используется боковая ринотомия, в различных ее вариантах и реже челюстно-лицевой доступ по Лауэрс-Балону. Каждый, из указанных доступов, имеет свои преимущества. В первом случае хирургический доступ позволяет обеспечить визуальный контроль и удаление опухоли из носоглотки, полости носа, решетчатого лабиринта, верхнечелюстной и основной пазух, и из анатомических образований ретромаксиллярного пространства.

При распространении опухоли в подвисочно-щечную область, т. е. в латеральные пределы базокраниальной области, больше преимуществ имеет доступ Лауэрс-Балона. Доступ позволяет обеспечить хороший визуальный контроль и удаление опухоли из названной области. И, конечно же, доступ Лауэрс-Балона не заменим, когда возникает необходимость извлечения опухоли из ретромаксиллярных образований минуя чрезлицевые пределы.

Цель исследования: сравнить возможности хирургических подходов для расширенной ринотомии и Лауэрс-Балона в выработке оптимального лечения при различных вариантах распространения опухолей на основании черепа.

Материалы и методы

Для определения распространенности опухоли и обоснования выбора хирургического доступа проводилось обследование с использованием компьютерной томографии по описанным в литературе методикам [3].

Мы располагаем клиническим материалом, включающим результаты хирургического лечения 34 больного с опухолями и опухолеподобными заболеваниями челюстно-лицевой области с распространением в структуры основания черепа (в 32-х — рак верхней челюсти и парамаксиллярных образований, в 1-м — саркома верхней челюсти, в 1-м — киста ретромаксиллярного пространства и в 1-м — саркома с локализацией в крыловидно-небной ямке). В 7 случаях у перечисленных больных наблюдалось развитие дефекта твердой мозговой оболочки с ликворреей. Во всех этих случаях удаление опухоли было выполнено с использованием доступов варианта расширенной риномаксиллотомии — в 33-х случаях и Лауэрс-Балона — в 2-х.

В 7-ми случаях при дефекте ТМО с ликворреей образовавшейся в результате прорастания опухоли нами производилось ее закрытие с использованием слизисто-надхрящичной оболочки носовой перегородки.

Обсуждение хирургического лечения

Для определения операбельности пациентов с опухолями базокраниальной области и выбора хирургического доступа, имеет значение ее распространение в анатомические образования основания черепа. В выборе доступов в своей работе мы отдавали предпочтение расширенному варианту боковой риномаксиллотомии и доступ Лауэрс-Балона.

Возможности каждого из этих доступов мы представили в виде Таблицы. Они были определены благодаря КТ исследованию и сопоставлению их данных с анатомо-топографическими границами челюстно-лицевой области.

Как видно из данных Таблицы, выбор первого способа удаления опухоли, обеспечивает хирургическое вмешательство с предельно возможным визуальным контролем и радикализмом его проведения, при широком распространении злокачественной опухоли верхней челюсти на соседние парамаксиллярные образования и на основание черепа. Помимо радикализма операции, при использовании этого хирургического доступа, при наличии повреждения ТМО с ликворреей, возможно и удобно выполнение пластики дефекта слизисто-надхрящичной оболочки носовой перегородки.

ВОЗМОЖНОСТИ ДОСТУПОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

расширенный вариант боковой риномаксиллотомии (модифицированный доступ по Кюстеру)



Медиальная стенка верхней челюсти (полость носа)
Задняя стенка верхней челюсти
Передняя стенка
Боковая стенка верхней челюсти
Твердое небо
Небный отросток верхней челюсти
альвеолярный отросток верхней челюсти
Околоносовые пазухи
- клетки решетчатого лабиринта
- основные пазухи
Ретромаксиллярное пространство
- крыловидно-небная ямка
- подвисочная ямка
Орбита
- нижняя стенка
- медиальная стенка
Скуловая кость
Основание черепа
- Средняя черепная ямка
- Передняя черепная ямка

Доступ Лауэрс-Балона



Медиальная стенка верхней челюсти
Задняя стенка верхней челюсти
Передняя стенка
Боковая стенка верхней челюсти
Твердое небо
Небный отросток верхней челюсти
Альвеолярный отросток верхней челюсти
Ретромаксиллярное пространство
- крыловидно-небная ямка
Изолированный выход на ретромаксиллярное пространство

Приводим краткую выписку из историй болезни, отражающую возможности использования названного доступа.

Больной С-хов, 59 лет (ист. болезни №33700/2331), Д-з: цистаденоидный рак.

На КТ видна обширная неоплазма челюстно-лицевой области справа. Вероятно, она исходит из правой основной пазухи и распространяется в орбиту, далее через дефект в основании черепа и с признаками обтурационных гайморита и фронтита (рис.).

17.02.11 г. произведена расширенная правосторонняя риномаксиллоорбитоэктомия. В блок удаленного конгломерата включены верхняя челюсть, ткани ретромаксиллярного пространства, крыловиднонебной, над- и подвисочной ямок, содержимое орбиты, а также клетки решетчатого лабиринта (Рисунки 1–2).

При удалении последних обнаружилось, что опухоль прорастает ситовидную пластинку и не только контактирует, но и оказывается спаянной с dura mater. Во время иссечения неоплазмы произошло разрушение костной стенки основания черепа с образованием сквозного дефекта размерами 0,8–1,0 см и ТМО размерами 0,5–0,6 см с истечением ликвора. Для закрытия дефекта мы использовали слизистую оболочку с надрыщницей носовой перегородки противоположной стороны от опухоли, которая была вне неоплазмы по

разработанной нами методике (патент №833 от 30.11.05 г. зарегистрированный в Государственном реестре изобретений КР).



Рисунок 1. На КТ больного С-ва имеются костная деструкция медиальной и латеральной стенок правой в/челюстной пазухи и признаки прорастания опухоли в решетчатый лабиринт, орбиту и подвисочную ямку



Рисунок 2. Этап расширенной правосторонней риномаксиллоорбитэктомии через модифицированный доступ больного у С-ва, этап пластики для закрытия дефекта ТМО

Следующий доступ в нашей работе, который нашел применение для удаления обширных по размерам доброкачественных опухолей и опухолевидных образований, был подход по Лауэрс-Балону.

Мы использовали этот подход в тех случаях, когда невозможно было удаление неоплазмы через естественные пути или другие лицевые доступы и необходим был изолированный доступ на основание черепа, а именно в ретромаксиллярное пространство с сохранением структур лицевого скелета. Он оказался гораздо выгоднее в косметическом аспекте, т. к. оставлял послеоперационный рубец в менее заметной подбородочной области и при этом полно решает терапевтическую задачу по ликвидации опухоли под достаточным визуальным контролем.

Перечисленные достоинства доступа Лауэрс-Балона позволяет демонстрировать краткая выписка из истории болезни больной с кистой ретромаксиллярного пространства.

Больная Дж-ва, 31 года, (ист. болезни №13410/798), Д-з: киста ретромаксиллярного пространства.

На КТ в аксиальной проекции и на МРТ справа в ретромаксиллярном пространстве определяется образование неправильной формы. Размеры его 3,4×4,8 см, плотность мягкотканная, равная +67НУ. Образование отдавливает мягкие ткани щечно-скуловой области и продавливает заднебоковую стенку верхнечелюстной пазухи (Рисунок 3).



Рисунок 3. На КТ в аксиальной проекции больной Дж-й имеется образование неправильной формы, размерами 3,4×4,3 см, мягкотканной плотности. Оно находится в правом ретромаксиллярном пространстве

18.05.05 г. произведена правосторонняя операция — удаление кисты ретромаксиллярного пространства через доступ Лауэрс-Балона (Рисунок 4 а, б, в).

Произведен разрез кожи и мягких тканей, начиная от нижней губы по срединной линии и в подчелюстной области до шилососцевидного региона. Кожноподкожнопаротидный лоскут отсепарован и отвернут в сторону. Обнажены переднебоковая стенка верхнечелюстной пазухи, скуловая кость и венечный отросток нижней челюсти (Рисунок 4).

Для обеспечения доступа в ретромаксиллярное пространство была дополнительно произведена частичная резекция венечного отростка нижней челюсти, скулового отростка височной кости и часть верхнебоковой стенки верхнечелюстной пазухи. После этого опухоль была отделена по большому периметру от костных и мягких тканей распатором Мануйлова и удалена при помощи геморроидальных щипцов.



а



б



в

Рисунок 4. Этапы удаления опухоли ретромаксиллярного пространства с подходом по Лауэрс-Балону у больной Дж-й. Обозначения: а — этап удаления опухоли; б — вид оперированной после ушивания раны; г — блок удаленной опухоли

Выводы:

1. Для выполнения радикальной операции с удалением распространенной злокачественной неоплазмы верхней челюсти и параназальных образований с прорастанием в структуры основания черепа, можно рекомендовать вариант расширенной боковой риномаксиллотомии.

2. Доступа Лауэрс-Балона позволяет щадящим образом, удалять опухоль с распространением на ретромаксиллярные образования в области основания черепа, минуя структуры лицевого скелета и в нашем случае удалить кисту из указанного анатомического региона.

Список литературы:

1. Араблинский А. В., Сдвижков А. М., Гетман А. Н., Панкина Н. В. Компьютерная и магнитно-резонансная томография в диагностике и оценке местной распространенности опухолей полости носа, придаточных пазух и верхней челюсти // Медицинская визуализация. 2002. №3. С. 74-83.

2. Анютин Р. Г., Колесникова Е. К., Туманов А. Б. Возможности компьютерной томографии в диагностике новообразований носоглотки и придаточных пазух носа // Вестник оториноларингологии. 1983. №2. С. 33-36.

3. Богомилский М. Р., Яблонский С. В. Доброкачественные опухоли полости носа, околоносовых пазух и носоглотки в детском возрасте // Вестник оториноларингологии. 1999. №1. С. 58-62.

4. Габуня Р. И., Колесникова Е. К. Органы головы и шеи // Компьютерная томография в клинической диагностике. М.: Медицина, 1995. С. 28-38.

5. Фейгин Г. А., Павлов Б. Л., Ибрагимов М. Х. К методике удаления юношеских ангиофибром с обширным распространением в птеригоретромандибулярную и подвисочную области // Российская оториноларингология. 1982. №1. С. 25-28.

6. Миненков Г. О. О классификации юношеских ангиофибром носоглотки и о значении компьютерной томографии в выборе хирургического подхода для их удаления // Материалы 1 съезда оториноларингологов Киргизской республики. Бишкек, 1999. С. 234-239.

7. Chagnaud C. H., Petit P. H., Bartoli J. M., Champsaur P., Gaubert J. Y., Dessi P., Moulin G. Postoperative follow-up of juvenile nasopharyngeal angiofibromas: assessment by CT scan and MR imaging // European radiology. 1998. V. 8. №5. P. 756-764. <https://doi.org/10.1007/s003300050468>

8. Scholtz A. W., Appenroth E., Kammen-Jolly K., Scholtz L. U., Thumfart W. F. Juvenile nasopharyngeal angiofibroma: management and therapy // The Laryngoscope. 2001. V. 111. №4. P. 681-687. <https://doi.org/10.1097/00005537-200104000-00022>

9. Sennes L. U., Butugan O., Sanchez T. G., Bento R. F., Tsuji D. H. Juvenile nasopharyngeal angiofibroma: the routes of invasion // Rhinology. 2003. V. 41. №4. P. 235-240.

References:

1. Arablinsky, A. V., Sdvizhkov, A. M., Getman, A. N., & Pankina, N. V. (2002). CT and MRI in Diagnosis and Assessment of Local Tumors Dissemination of Nose, Its Sinuses and Maxilla. *Meditinskaya vizualizatsiya*, (3), 74-83.

2. Anyutin, R. G., Kolesnikova, E. K., & Tumanov, A. B. (1983). *Vozmozhnosti komp'yuternoi tomografii v diagnostike novoobrazovaniy nosoglotki i pridatochnykh pazukh nosa. Bulletin of Otorhinolaryngology*, (2), 33-36.

3. Bogomilskii, M. R., & Yablonskii, S. V. (1999). Dobrokachestvennyye opukholi polosti nosa, okolonosovykh pazukh i nosoglotki v detskom vozraste. *Bulletin of Otorhinolaryngology*, (1), 58-62.
4. Gabuniya, R. I., & Kolesnikova, E. K. (1995). Organy golovy i shei. *Komp'yuternaya tomografiya v klinicheskoi diagnostike. Moscow, Meditsina*, 28-38.
5. Feigin, G. A., Pavlov, B. L., & Ibragimov, M. Kh. (1982). K metodike udaleniya yunosheskikh angiofibrom s obshirnym rasprostraneniem v pterigoretromandibulyarnuyu i podvisochnuyu oblasti. *Rossiiskaya otorinolaringologiya*, (1), 25-28.
6. Minenkov, G. O. (1999). O klassifikatsii yunosheskikh angiofibrom nosoglotki i o znachenii komp'yuternoii tomografii v vybore khirurgicheskogo podkhoda dlya ikh udaleniya. *Materialy I s"ezda otorinolaringologov Kirgizskoi respubliki. Bishkek*, 234-239.
7. Chagnaud, C. H., Petit, P. H., Bartoli, J. M., Champsaur, P., Gaubert, J. Y., Dessi, P., ... & Moulin, G. (1998). Postoperative follow-up of juvenile nasopharyngeal angiofibromas: assessment by CT scan and MR imaging. *European radiology*, 8(5), 756-764. <https://doi.org/10.1007/s003300050468>
8. Scholtz, A. W., Appenroth, E., Kammen-Jolly, K., Scholtz, L. U., & Thumfart, W. F. (2001). Juvenile nasopharyngeal angiofibroma: management and therapy. *The Laryngoscope*, 111(4), 681-687. <https://doi.org/10.1097/00005537-200104000-00022>
9. Sennes, L. U., Butugan, O., Sanchez, T. G., Bento, R. F., & Tsuji, D. H. (2003). Juvenile nasopharyngeal angiofibroma: the routes of invasion. *Rhinology*, 41(4), 235-240.

Работа поступила
в редакцию 11.06.2021 г.

Принята к публикации
15.06.2021 г.

Ссылка для цитирования:

Шалабаев Б. Д., Орозалиева А. М., Ахунбаев С. М. К выбору хирургических доступов для удаления опухолей основания черепа // Бюллетень науки и практики. 2021. Т. 7. №7. С. 128-134. <https://doi.org/10.33619/2414-2948/68/17>

Cite as (APA):

Shalabaev, B., Orozalieva, A., & Akhunbaev, S. (2021). On the Choice of Surgical Approaches for Removing Tumors of the Base of the Skull. *Bulletin of Science and Practice*, 7(7), 128-134. (in Russian). <https://doi.org/10.33619/2414-2948/68/17>