

Капиллярная гемангиома ЛОР-органов (клиника, диагностика, лечение)

К.М.н. Т. В. АНТОНИВ

Кафедра оториноларингологии (зав. — проф. В.И. Попадюк) Российского университета Дружбы народов, Москва

Capillary ENT hemangioma

ANTONIV T.V.

Department of Otorhinolaryngology, Russian University of People's Friendship, Moscow

Одной из самых распространенных (часто встречающихся) сосудистых опухолей ЛОР-органов является капиллярная гемангиома. Она чаще всего локализуется в полости носа, значительно реже — в глотке и гортани и очень редко — в наружном и среднем ухе. Основным методом лечения при этом заболевании является хирургический. Лазерная и радиоволновая деструкция, широко применяемая при удалении гемангиом, мало облегчила труд хирурга. Удаление этих опухолей связано с возможностью интенсивных интраоперационных и послеоперационных кровотечений. Для борьбы с кровотечением в ходе хирургического вмешательства мы применяли ТахоКомб и раствор Фибро-Вейна (впервые). Детально описана методика использования препаратов, от которой зависит эффективность и безопасность лечения. Указано на возможность сочетания хирургического вмешательства и данных препаратов, подчеркнуты преимущества радиоволновой деструкции.

Ключевые слова: капиллярная гемангиома, кровотечение, ТахоКомб, раствор Фибро-Вейна.

Capillary hemangioma is considered to be one of the most widespread (frequently occurring) vascular ENT tumours. These neoplasms are usually localized in the nasal cavity, sometimes in the larynx or pharynx, and rarely in the outer or middle ear. The principal method for the treatment of this pathology is surgical intervention. Tumour destruction by laser and radiowave radiation finding wide application for the removal of hemangiomas does not substantially lighten the work of a surgeon; moreover the use of these tools is fraught with a high risk of serious intra- and postoperative complications. In an attempt to avoid or reduce bleeding in the course of surgical intervention we used for the first time hemostatic TachoComb and a Fibro-Vein solution. The mode of using these preparations is described in much detail because it determines to a large degree the efficacy and safety of the treatment. The possibility to combine the surgical intervention with the application of TachoComb and a Fibro-Vein solution is considered; also, the advantages of radiowave-induced destruction of hemangiomas are emphasized.

Key words: capillary hemangioma, bleeding, TachoComb, Fibro-Vein solution.

Сосудистые опухоли составляют от 1 до 7% всех доброкачественных опухолей человека [1—3]. Основная масса гемангиом человека (от 60 до 80%) локализуется в области головы [5, 6]. Гистологическая структура этих опухолей очень разнообразна. Имеется много детальных и сложных гистологических классификаций. В клинической практике врачи пользуются упрощенным делением гемангиом на кавернозные, ветвистые (артериальные, венозные и смешанные), капиллярные и фиброангиомы. Кроме этих ангиом, относящихся, как правило, к доброкачественным, редко встречаются и злокачественные (гемангиоэндотелиома и ангиосаркома). Из всех этих сосудистых опухолей чаще встречаются капиллярные и кавернозные гемангиомы [4].

Исходя из наших наблюдений, первое место по частоте принадлежит капиллярной гемангиоме. Она может локализоваться в ухе, полости носа, глотке и гортани. Излюбленным местом развития капиллярной гемангиомы является полость носа. Мы наблюдали 25 больных с гемангиомой полости носа. Новообразование чаще всего

выявляли в хрящевом отделе перегородки носа, в области зоны Киссельбаха. В этом месте много поверхностно расположенных сосудов, стенки которых, по-видимому, и являются субстратом развития новообразования. Капиллярные гемангиомы этой локализации растут экзофитно и представляют собой шаровидное, на широком основании образование ярко-красного цвета, мягкой консистенции с мелкозернистой поверхностью, без эпителиальной оболочки. Гистологически опухоль состоит из густой сети мелких патологических кровеносных сосудов (капилляры, прекапилляры), лишенных эластических и мышечных элементов. Довольно редко новообразование локализуется на нижней стенке преддверия полости носа или на переднем конце нижней носовой раковины.

Значительно реже этот вид гемангиомы встречается в ухе. Локализуется она в основном на нижней стенке хрящевого отдела наружного слухового прохода. Внешний вид ее напоминает капиллярную гемангиому полости носа. Капиллярную гемангиому барабанной полости можно отнести к разряду казуистики. Мы располагаем только одним наблюдением опухоли этой локализации. Локализовалась она на нижней стенке барабанной полости.

© Коллектив авторов, 2012

© Вестник оториноларингологии, 2012

Vestn Otorinolaringol 2012; 1: 11

e-mail: t_antoniv@loroncology.ru

Новообразование стелилось по этой стенке, повторяя ее рельеф (стелющийся, фунгоидный рост опухоли).

В глотке капиллярная гемангиома локализовалась у 10 наших больных. В 6 наблюдениях новообразование располагалось на краю мягкого неба, вблизи язычка, в 3 — на передней небной дужке и в одном — в гортаноглотке, на черпалонадгортанной складке. В одном наблюдении эта опухоль напоминала по клинике, внешнему виду и локализации контактную гранулему. Новообразование локализовалось в задней трети правой голосовой складки.

Следует подчеркнуть, что ни в одном из наших наблюдений мы не видели распространенной опухоли, занимающей больше одного фрагмента той или иной анатомической области, т.е. это был опухолевый процесс I—II степени распространенности согласно нашей клинической классификации.

Еще раз подчеркиваем, что для данной опухоли характерен экзофитный рост. Только в одном наблюдении при капиллярной гемангиоме барабанной полости был отмечен стелющийся (фунгоидный) рост.

Возраст больных колебался в пределах от 18 до 45 лет. Средний возраст составил 28 лет. Большинство наших больных были в возрасте от 18 до 35 лет. Возраст мы отмечали при поступлении больного в больницу. Многие больные долгое время не обращались к врачу или не соглашались на лечение в стационаре. Если определять возраст во время появления первых симптомов заболевания, то средний возраст сместится в сторону еще более молодого возраста. Среди больных преобладали лица женского пола.

Симптоматика заболевания в определенной степени зависит от локализации опухоли. Одним из первых симптомов капиллярной гемангиомы носа было носовое кровотечение. Сначала кровотечения повторялись редко (2—3 раза в год), а затем в течение 3—4 лет постепенно учащались и становились более интенсивными. Больные начинали отмечать затруднение дыхания через одну половину носа. Затруднение это было, как правило, незначительным. К врачу обращались в основном из-за учащения кровотечений и усиления их интенсивности.

Больные с гемангиомой глотки отмечали примесь крови в слюне или мокроте, жаловались на ощущение инородного тела в глотке, а некоторые — и на незначительную болезненность при глотании. Больной с гемангиомой в области голосового отростка правого черпаловидного хряща жаловался на слабость и утомляемость голоса и примесь крови в мокроте. При осмотре в клинике (непрямая ларингоскопия, микроларингоскопия) поставлен диагноз: гранулема гортани. При прямой ларингоскопии под наркозом с инъекционной вентиляцией легких гранулема удалена. После удаления отмечалось умеренное кровотечение, которое остановлено коагуляцией ранки с помощью сургитрона. Данные гистологического исследования: капиллярная гемангиома.

Опухоль наружного слухового прохода была выявлена случайно. Больная обратилась в поликлинику с жалобой на заложенность уха. При отоскопии выявили серную пробку. После промывания уха обнаружили опухоль красного цвета, округлой формы, с гладкой шаровидной поверхностью, на широком основании диаметром 0,5 см, возвышающуюся над поверхностью кожи нижней стенки хрящевого отдела наружного слухового прохода

на 2—3 мм. Больную направили в клинику. Из анамнеза стало известно, что слух на это ухо снизился 10—12 дней назад после купания. Опухоль не обтурировала слуховой проход и не могла вызвать снижение слуха, но она стала причиной формирования серной пробки. С помощью сургитрона опухоль удалена. Данные гистологического исследования: капиллярная гемангиома.

Все больные, за исключением больной с капиллярной гемангиомой наружного слухового прохода, жаловались на кровотечение или кровянистые выделения (примесь крови в мокроте, в слюне). Этот симптом характерен для сосудистых образований. Но проводя дифференциальную диагностику, следует иметь в виду, что кровянистые выделения из носа, примесь крови в слюне или мокроте возможны при злокачественных новообразованиях ЛОР-органов.

Капиллярная гемангиома безболезненна при легком дотрагивании и при зондировании, однако малейшая травма вызывает кровотечение. На основные функции носа и других ЛОР-органов опухоль долгое время почти не влияет. При обычном осмотре (риноскопия, отоскопия, ларинго- и фарингоскопия с применением оптики) видно, что поверхность образования зернистая, влажная, не блестящая, слегка бугристая. Сосудистый рисунок виден только вокруг опухолевого очага на здоровой слизистой оболочке. Он без признаков атипии, иногда слегка усилен. Сосуды вокруг опухоли хорошо реагируют на сосудосуживающие средства, а сама опухоль в размерах не уменьшается и не бледнеет. Исходя из этих признаков, предположительно ставим диагноз: капиллярная гемангиома. Диагностической биопсии следует избегать. Желательно чтобы биопсия была и радикальным вмешательством.

У большинства больных наш клинический диагноз совпал с результатами гистологического исследования. Только в двух наблюдениях капиллярная гемангиома (наружный слуховой проход и голосовой отросток черпаловидного хряща) была принята за гранулему.

Основным методом лечения больных с сосудистой опухолью вообще и капиллярной гемангиомой в частности до настоящего времени остается хирургический. За последнее время в клиническую практику внедрены сравнительно новые методы лечебного воздействия — лазерная и радиоволновая деструкция тканей. Нужно подчеркнуть, что данные методы при удалении сосудистых опухолей не намного облегчили труд хирурга. Основной трудностью остается борьба с интра- и послеоперационными кровотечениями.

За последние годы мы снова обратили внимание на возможность применения склерозирующей, а вернее, сосудоблитерирующей терапии гемангиом. Для уменьшения кровотечения, а значит, и кровопотери в ходе хирургического вмешательства используем ТахоКомб. Более 5 лет тому назад мы перестали удалять капиллярные гемангиомы перегородки носа. Раньше их иссекали вместе с подлежащей слизистой оболочкой и надхрящницей, используя при этом радиоволновую дезинтеграцию тканей (сургитрон).

Для лечения капиллярных гемангиом полости носа и других локализаций используем инъекции 1% раствора Фибро-Вейна. Под местным аппликационным обезболиванием с помощью орошения слизистой оболочки полости носа или глотки 10% раствором лидокаина тончайшей

инъекционной иглой и 1-миллиметровым шприцем через здоровую слизистую оболочку, отступя от края опухоли на 3—4 мм, вводим в основание опухоли 0,2—0,3 мл раствора Фибро-Вейна. До введения лекарства полость носа вокруг гемангиомы, особенно ниже новообразования, тампонируем марлевой турундой. Таким образом мы до некоторой степени уменьшаем приток крови к опухолевому очагу и возможность попадания инъецируемого раствора за пределы гемангиомы. После введения препарата опухоль несколько увеличивается в объеме.

Введение раствора Фибро-Вейна непосредственно в ткань опухоли сопровождается выраженным кровотечением. Патологические сосуды новообразования не способны сокращаться. Препарат вместе с кровью выливается из опухолевой ткани. Введение его через здоровую слизистую оболочку значительно уменьшает возможность кровотечения после укола, а значит, и выведения с кровью лекарственного препарата.

Обычно уже на следующий день меняется цвет опухоли. Она темнеет, а через 2—3 дня уменьшается в объеме. На 4—5-й день капиллярная гемангиома отделяется от здоровой ткани. Гистологическое исследование только в одном наблюдении выявило остатки, напоминающие капиллярную гемангиому, в остальных случаях это была некротическая ткань.

Большинство наших больных наблюдаются от 1 до 5 лет и больше.

С 5 пациентами связь потеряна. Рецидивы гемангиомы возникли в 2 наблюдениях, спустя 12 и 18 мес после лечения.

Рецидивы возникли после хирургического вмешательства (механическое удаление опухоли без применения сургитрона). У 18 человек, наблюдающихся в сроки от 1 до 3 лет, рецидивов заболевания нет. Нет их и после деструкции опухоли с помощью раствора Фибро-Вейна (21 человек; срок наблюдения 1—3 года).

ЛИТЕРАТУРА

1. *Антонив В.Ф., Акоюн Р.Г., Давудов Х.Ш.* О диагностике сосудистых опухолей уха. В кн.: Актуальные вопросы оториноларингологии. Алма-Ата 1979; 426—428.
2. *Антонив В.Ф., Акоюн Р.Г., Лутфуллаев У.Л.* Наша тактика при лечении гемангиом и хемодектом среднего уха. В кн.: 7-я научно-практ. конференция оториноларингологов Молдавской ССР. Кишинева 1985; 13—14.
3. *Антонів В.Ф., Заболотний Д.І., Проконів І.М.* Новоутворення вуха. Київ: Здоров'я 1997; 202.
4. *Бохосян Х., Духлев С.Г., Васицева П.* Лечение ларингеальных гемангиом. Оториноларингология. София 1980; 3: 108—110.
5. *Горбушина П.М.* Сосудистые новообразования лица, челюстей и органов полости рта. М: Медицина 1978; 150.
6. *Долецкий С.Я.* Гемангиома кожных покровов у детей и ее лечение. Сов. мед. 1952; 7: 58—61.