

<https://doi.org/10.56598/2957-6377-2022-3-4-10-14>

УДК 616-006; 616-089; 617.5

МРНТИ 76.29.49; 76.29.39

Описание клинического случая

Опыт хирургического удаления капиллярной гемангиомы каменистой части височной кости

Шалабаев Б.Д.

Врач хирург отоларинголог Центра многопрофильной хирургии, Национальный научный онкологический центр,
Нур-Султан, Казахстан. E-mail: naymantay@mail.ru

Резюме

Несмотря на развитие современных технологий, многие проблемы лечения нерезектабельных опухолей каменистой части височной кости остаются актуальными и несомненно вызывают практический интерес.

В настоящей статье мы представили наше клиническое наблюдение по оценке результатов влияния методики последовательной перевязки общей сонной артерий, а затем наружной сонной артерий на интенсивность кровотока во внутренней сонной артерии и кровоснабжение капиллярной гемангиомы каменистой части височной кости.

Результаты данного клинического случая позволили нам сделать предварительный вывод, что примененные нами тактические установки и методические основы подхода к радикальному лечению доброкачественной опухоли и внутриоперационные хирургические вмешательства по полученным результатам заслуживают внимания.

Ключевые слова. капиллярная гемангиома, височная кость, опухоли височной кости, хирургическое лечение.

Corresponding author: Bolat Shalabayev, Surgeon otolaryngologist of the Center for Multidisciplinary Surgery, National Scientific Cancer Center, Nur-Sultan, Kazakhstan
Postal code: C34B8T5
Address: Kazakhstan, Nur-Sultan, Kerey, Zhanibek khandar st. 3
Phone: +77026415065
E-mail: naymantay@mail.ru

Oncology.kz 2022; 3 (4): 10-14
Recieved: 16-07-2022
Accepted: 02-08-2022



This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License

Представленный клинический случай из материалов докторской диссертации автора. Операция разработана и выполнена под руководством заслуженного врача Кыргызской Республики, д.м.н., академика Международной Академии оториноларингологии – хирургии головы и шеи, заслуженного врача Кыргызской Республики, почетного профессора кафедры Кыргызско-Российского Славянского университета Георгия Ароновича Фейгина.

Профессор Г.А. Фейгин награжден почетными грамотами Министерства здравоохранения Республики Кыргызстан, медалью за доблестный труд в ВОВ, орденом «Данакер» (Кыргызстан), медалями имени профессора Н.П. Симоновского, М.В. Ломоносова (Россия), медалью «Аль-Фараби» (Казахстан).

Введение

Височная кость, где расположены наиболее крупные сосуды, органы слуха и равновесия, а также синусы является довольно сложной областью в плане хирургического лечения онкологических пациентов [1,2].

Первичные гемангиомы черепа также встречаются редко, составляя 0,2% всех доброкачественных опухолей черепа и 0,7% всех костных новообразований [3-5]. По данным доступной литературы наиболее часто поражающими областями черепа являются лобная и теменная кости, в то время как поражение височной кости встречается крайне редко [6-8].

Наиболее частыми симптомами гемангиом височной кости являются паралич лица и фациальный гемипазм, также гемангиомы могут сопровождаться с слуховыми и вестибулярными дисфункциями [9].

Удаление объемных образований, которые отличаются глубокой локализацией, несмотря на значительное количество работ, посвященных

Описание клинического случая

Больная А, 49 лет, в 2011 году поступила в Национальный научный центр онкологии и трансплантологии (ныне - Национальный научный онкологический центр) с жалобами на кровотечение из левого уха и сильную головную боль. Из анамнеза стало известно, что больная дважды оперирована по поводу капиллярной гемангиомы наружного и среднего уха (патоморфологическое исследование от 24.04.11 г.). У нее после первой операции, выполненной в 2001 и 2002 гг., был диагностирован продолженный рост опухоли, из-за не останавливающего кровотечения, которое периодически усиливалось и тяжелого общего состояния с мучительной головной болью, которая

этой проблеме, в отдельных случаях не может быть осуществлено по отработанным методикам [4,10]. Это обусловлено большим разнообразием доброкачественных опухолей и опухолеподобных заболеваний, порою необычной их локализацией, а также требованиями, обусловленными стремлением по возможности получить послеоперационную, хотя бы, частичную функциональную состоятельность [11].

По нашему мнению, знакомство с таковым рода операционными и послеоперационными терапевтическими мероприятиями представляют практический интерес.

Цель: оценить результаты влияния методики последовательной перевязки общей сонной артерий, а затем наружной сонной артерий на интенсивность кровотока во внутренней сонной артерии и кровоснабжение капиллярной гемангиомы каменной части височной кости.

была обусловлена, в том числе, внутрочерепной гипертензией. В результате проведенной компьютерной томографии была выявлена значительная по размерам деструкция, обусловленная предшествующим хирургическим вмешательством, но и таковая относительно больших размеров в области каменной части височной кости, в том числе и в области канала внутренней сонной артерии (ВСА) (рисунок 1 (а,б)). Через позадишной доступ была открыта полость, заполненная пульсирующим образованием, представляющее продолженный рост опухоли.

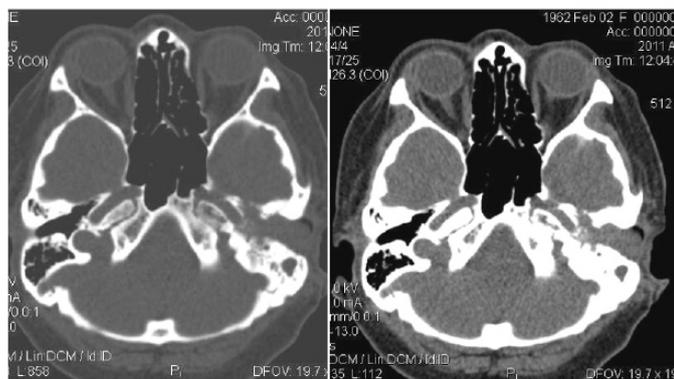


Рисунок 1 – Компьютерная томография пациента, выполненной на уровне средней трети пирамид височных костей в костном (а) и мягкотканном (б) окнах. Определяется остеодеструкция пирамиды височной кости слева по типу «тающего сахара». В проекции наружного слухового прохода и среднего уха слева, выполняя весь их объем, определяется мягкотканное объемное образование, мягкотканной плотности (+44,1 ед.Н.), с достаточно четкими контурами. КТ-признаков инфильтрации прилежащих костных структур не выявлено

Учитывая периодически возникающее кровотечение до 150-200 мл., и пульсирующий характер новообразования, свидетельствующие об угрожающей кровопотере несовместимые с жизнью и удаление опухоли из-за наличия признаков ее связи с каменистой частью височной кости, было решено прекратить ток крови по ВСА. Техника выполнения этого этапа операции сводилось к следующему.

Через разрез кожи по проекции переднего края m.sternocleidomastoideus и последующие общепринятые манипуляции была открыта общая, наружная и внутренняя сонные артерии.

Последовательно с промежутком до 20 контрольных минут была вначале перевязана общая сонная артерия, затем наружная. После каждой такой манипуляции контролировали состояние больного и двигательную способность верхней и нижней конечности с противоположной стороны. Сознание и подвижность конечностей у больной в течение указанного времени сохранялись в полном объеме. Данная картина дала нам основание окончательно увязать вышеуказанные артерии и тем самым прекратить ток крови по ВСА. Это отразилось и на состоянии опухоли. Гемангиома перестала

пульсировать. Это позволило нам убрать большую часть опухоли и осуществить разрезы твердой мозговой оболочки, прилегающей к чешуе височной кости, и тем самым за счет протрузии мозга заметно снизить внутричерепное давление.

Определяется остеодеструкция пирамиды височной кости слева по типу «таящего сахара». В проекции наружного слухового прохода и среднего уха слева, выполняя весь их объем, определяется мягкотканное объемное образование, мягкотканной плотности (+44,1 ед.Н.), с достаточно четкими контурами. КТ-признаков инфильтрации прилежащих костных структур не выявлено.

В результате примененной нами тактики вмешательства уже в течение года состояние больной остается хорошим. Головная боль ее не беспокоит. Пациент ведет активный образ жизни. Сохраняется паралич мимической мускулатуры лица со стороны опухоли, который появился до первой операции.

Обсуждение

В нашем клиническом наблюдении, при котором жизни больной с капиллярной гемангиомы каменистой части височной кости угрожали повторные и часто возникающие кровотечения и сильная головная боль, обусловленная высоким внутричерепным давлением, были предприняты, как следует из приведенной истории болезни, редко применяемые меры в практической оториноларингологии-хирургии головы и шеи. К ним относим наряду с удалением части опухоли:

1) перевязку общей и наружной сонной артерий с прекращением тока по ВСА и уменьшение объема опухолевого образования из-за ее обедненного кровенаполнения;

2) хирургическую провокацию пролапса головного мозга, способствовавшего наряду с первым мероприятием ликвидации внутричерепной гипертензии.

Иллюстрация приведенного наблюдения, свидетельствует, о таких возможностях выполнения внутриоперационных манипуляций, которые необходимо использовать для того, чтобы спасти жизнь больного. Придерживаясь приведенных тактических установок, к их числу которых можно отнести следующие: применение неординарных паллиативных мер при гемангиоме каменистой части височной кости, осложнившейся повторными и

довольно обильными кровотечениями и выраженным гипертензионным синдромом, помимо частичного удаления опухоли, хирургической провокацией пролапса головного мозга и перевязкой общей и наружной сонных артерий со стороны патологии, существенно изменившими состояние больной из-за прекращения геморрагического синдрома и головной боли и продливших в итоге жизнь больной и более легкой терминальной стадии течения заболевания с сохранением трудоспособности.

По мнению ряда авторов, лечение гемангиом остается эмпирическим. Большинство капиллярных гемангиом имеют самокупирующееся течение и спонтанную регрессию [3,4,8,12]. Тем не менее хирургическое вмешательство остается вариантом лечения и, поскольку, полная резекция гемангиом основания черепа чрезвычайно сложна, для успешного иссечения требуется соответствующий хирургический подход и техника. Капиллярные гемангиомы связаны с высокой частотой рецидивов 43,5% после неполной резекции [4,13].

У данного пациента через один год после операции признаки рецидива не были выявлены.

Выводы

Результаты данного клинического случая позволили нам сделать предварительный вывод, что примененные нами тактические установки и методические основы подхода к радикальному лечению доброкачественной опухоли и внутриоперационные хирургические вмешательства по полученным результатам заслуживают внимания.

Конфликт интересов. Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Этические аспекты. У пациента было получено информированное согласие на публикацию ее медицинской информации.

Литература

1. Chen W.J., Ye J.Y., Li X., Xu J., Yi H.J. Case analysis of temporal bone lesions with facial paralysis as main manifestation and literature review. *Cancer Biomarkers*, 2017; 20(2): 199-205 [[Crossref](#)]
2. Rutt A.L., Hawkshaw M.J., Sataloff R.T. Skull base surgery of the temporal bone. *The Open Otorhinolaryngology Journal*, 2010; 4(1): 5-19. [[Crossref](#)]
3. Zheng S.P., Ju Y., You C. Giant intracranial capillary hemangioma in a 3-year-old child: case report and literature review. *Clinical neurology and neurosurgery*, 2012; 114(9): 1270-1273 [[Crossref](#)]
4. Yang G., Li C., Chen X., Liu Y. et al. Large capillary hemangioma of the temporal bone with a dural tail sign: A case report. *Oncology Letters*, 2014; 8(1): 183-186. [[Crossref](#)]
5. Morace R., Marongiu A., Vangelista T., Galasso V., et al. Intracranial capillary hemangioma: a description of four cases. *World Neurosurgery*, 2012; 78(1-2): 191-e15. [[Crossref](#)]
6. Гюсан А.О., Ламкова А.Х. Гигантская остеома сосцевидного отростка височной кости // Вестник оториноларингологии. 2014. - №4. - С. 52-54. [[Google Scholar](#)]
7. Степанова Е.А., Вишнякова М.В., Самбулов В.И., Мухамедов И.Т. Возможности КТ и МРТ в диагностике гломусных опухолей височной кости // Медицинская визуализация. 2018. - №3. - С. 26-32. [[Google Scholar](#)]
8. Stepanova E.A., Vishnjakova M.V., Sambulov V.I., Muhamedov I.T. Vozmozhnosti KT i MRT v diagnostike glomusnyh opuholej visochnoj kosti (Possibilities of CT and MRI in the diagnosis of glomus tumors of the temporal bone) [in Russian]. *Medicinskaja vizualizacija*. 2018; 3: 26-32. [[Google Scholar](#)]
9. Дайхес Н.А., Диаб Х.М., Пащинина О.А., Михалевич А.Е. и др. Редкие доброкачественные опухоли латерального основания черепа с поражением височной кости: клинический опыт хирургического лечения 15 пациентов // *Otorhinolaryngology. Eastern Europe*, 2021, Т. 11. - №4. - 370-404. [[Crossref](#)]
10. Dajhes N.A., Diab H.M., Pashhinina O.A., Mihalevich A.E. i dr. Redkie dobrokachestvennye opuholi lateral'nogo osnovanija cherepa s porazheniem visochnoj kosti: klinicheskij opyt hirurgicheskogo lechenija 15 pacientov (Rare benign tumors of the lateral skull base with lesions of the temporal bone: clinical experience of surgical treatment of 15 patients) [in Russian]. *Otorhinolaryngology. Eastern Europe*, 2021; 11(4): 370-404. [[Crossref](#)]
11. Friedman O., Neff B.A., Willcox T.O., Kenyon L.C., Sataloff R.T. Temporal bone hemangiomas involving the facial nerve. *Otol Neurotol*. 2022; 23 (5): 760.766. [[Google Scholar](#)]
12. Qian Z.J., Coffey A.M., O'Toole K.M., Lalwani A.K. Management of benign middle ear tumors: A series of 7 cases. *Ear, Nose Throat Journal*, 2017; 96 (10-11): 426-432. [[Crossref](#)]
13. Фейгин Г.А., Кузник Б.И., Стуров В.Г. Кровотечения и тромбозы в практической оториноларингологии и в хирургии головы и шеи / Монография: Экспресс-издательство, Чита. - 2008. - 480 с. ISBN: 978-5-9566-0414-4. [[Google Scholar](#)]
14. Fejgin G.A., Kuznik B.I., Sturov V.G. Krovotechenija i trombozy v prakticheskoj otorinolaringologii i v hirurgii golovy i shei (Bleeding and thrombosis in practical otorhinolaryngology and head and neck surgery) [in Russian]. *Monografija: Jekspress-izdatel'stvo, Chita*. 2008: 480 p. ISBN: 978-5-9566-0414-4. [[Google Scholar](#)]

Хирургиялық тәсілмен алынбайтын самай сүйегінің «тасты» бөлігінің капиллярлы гемангиомасының хирургиялық ем тәжірибесі

[Шалабаев Б.Д.](#)

Көпсалалы хирургия орталығының хирург-отоларингологы, Ұлттық ғылыми онкологиялық орталық, Нұр-Сұлтан, Қазақстан. E-mail: paumantay@mail.ru

Түйіндеме

Заманауи технологиялардың дамуына қарамастан, самай сүйегінің «тасты» бөлігінің резекцияланбайтын ісіктерін емдеудегі көптеген мәселелер өзекті болып қала береді және, сөзсіз, тәжірибеде қызығушылық тудырады.

Бұл мақалада біз жалпы ұйқы артериясын, содан кейін сыртқы ұйқы артериясын дәйекті байлау техникасының ішкі ұйқы артериясындағы қан ағымының және самай сүйегінің «тасты» бөлігінің капиллярлы гемангиомасының қанмен қамтамасыз етілуінің қарқындылығына әсерін бағалауға мүмкіндік беретін клиникалық жағдайды сипаттадық. Осы клиникалық жағдайдың нәтижелері негізінде біз пайдаланған тактикалық әдістер қатерлі емес ісікті радикалды емдеу әдістемесі және отаішілік араласу кезінде қол жеткізілген нәтижелер назар аударуға тұрарлық деген тұжырымдама жасадық.

Түйін сөздер: капиллярлы гемангиома, самай сүйегі, самай сүйегінің ісіктері, хирургиялық емдеу.

Experience of Surgical Removal of Capillary Hemangioma of the Petrous part of Temporal Bone

[Bolat Shalabayev](#)

Surgeon otolaryngologist of the Center for Multidisciplinary Surgery, National Scientific Cancer Center, Nur-Sultan, Kazakhstan. E-mail: naymantay@mail.ru

Abstract

Despite modern technologies development, many problems of unresectable tumors of the petrous part of the temporal bone treatment are relevant and undoubtedly arouse practical interest.

This paper presents our clinical observation on the evaluation of the results of the influence of the technique of sequential ligation of the common carotid arteries, and then the external carotid arteries on the intensity of blood flow in the internal carotid artery and the blood supply to the capillary hemangioma of the petrous part of the temporal bone. Results of this clinical case allowed us to make a preliminary conclusion that tactical guidelines and methodological basis of the approach to the radical treatment of a benign tumor and intraoperative surgical interventions that we used deserve attention based on the results obtained.

Key words: capillary hemangioma, temporal bone, tumors of the temporal bone, surgical treatment.