

**МИНИСТЕРСТВО ВЫСШЕГО И СРЕДНЕГО СПЕЦИАЛЬНОГО
ОБРАЗОВАНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН**

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ
УЗБЕКИСТАН**

**САМАРКАНДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
ИНСТИТУТ**

На правах рукописи

УДК: 616.321.006.07.08

Рузибоев Одилжон Абдумажидович

**РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ
ОПУХОЛЕЙ РОТОГЛОТКИ**

специальность – **5A510104** оториноларингология

ДИССЕРТАЦИЯ

на соискание академической степени магистра

Научный руководитель:

доктор медицинских наук,

доц. **Лутфуллаев Г.У.**

Самарканд- 2016

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	4
ГЛАВА I. Клиника, диагностика и лечение доброкачественных опухолей ротоглотки (обзор литературы)	8
1.1. Частота заболеваемости, этиология, патогенез и морфологическая характеристика доброкачественных опухолей ротоглотки.....	8
1.2. Клиника доброкачественных опухолей ротоглотки.....	21
1.3. Диагностика доброкачественных опухолей ротоглотки.....	24
1.4. Лечение доброкачественных опухолей ротоглотки.....	28
ГЛАВА II. Материалы и методы исследования больных	33
2.1. Характеристика клинического материала.....	36
2.2. Методы исследования больных.....	37
2.3. Методы статистической обработки больных.....	42
ГЛАВА III. Клиника и лечение больных с доброкачественными опухолями ротоглотки	53
3.1. Клиническое течение доброкачественных опухолей ротоглотки	54
3.2. Информативность различных методов диагностики доброкачественных опухолей ротоглотки.....	55
3.3. Результаты лечения больных доброкачественными опухолями ротоглотки	67
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	71
ВЫВОДЫ	79
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ	80
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	80

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ СОКРАЩЕНИЙ

ДО - доброкачественные опухоли

ОР – опухоли ротоглотки

НГ – новообразования глотки

ДОР – доброкачественные опухоли ротоглотки

ДОНМ – доброкачественные опухоли небных миндалин

ОО – опухолеподобное образование

КУЗ – криоультразвук

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы:

Одной из наиболее сложных проблем в оториноларингологии до настоящего времени остается диагностика и лечение опухолей ротоглотки (ОР). Доброкачественные опухоли ротоглотки, по данным Г.У. Лутфуллаева составляют 21% среди всех доброкачественных опухолей глотки (40).

Доброкачественные опухоли среднего отдела глотки составляют, по данным разных авторов, от 0,5 до 5% всех опухолей человека[1]. Как и новообразования других локализаций, опухоли ротоглотки (ОР) делят на опухолоподобные образования (ОО) и истинные опухоли. В ротоглотке встречаются папилломы, ангиомы, фибролипомы, фибромиомы, ретенционные кисты, смешанные опухоли, невриномы, зуб корня языка, волосатые полипы. До настоящего времени не решен вопрос о выборе оптимальных методов диагностики и лечения доброкачественных опухолей ротоглотки (ДОР) [1, 76].

При характеристике больных опухолевыми процессами врачи основываются главным образом на клинических показателях. Между тем, информативность некоторых методов исследования, зависимо от локализации и структуры опухоли, имеет огромное значение в диагностике опухоли и эффективности проводимой терапии[3,9,36,75].

Учитывая актуальность проблемы и ее практическое значение, мы предприняли настоящее исследование.

Цель работы: Разработать диагностический алгоритм и изучить эффективность хирургического лечения доброкачественных опухолей ротоглотки (ДОР) с использованием хирургического лазера и криодеструкции.

Задачи исследования:

- Изучить клинические проявления доброкачественных опухолей ротоглотки (ДОР).
- Сопоставить методы исследования для определения доброкачественных опухолей ротоглотки (ДОР) и разработать алгоритм их применения.
- Определить показания к применению „AESCULAP“™ 350 лазер и криодеструктора, а также изучить их эффективность.

НАУЧНАЯ НОВИЗНА

Впервые с целью диагностики новообразований (НО) среднего отдела глотки сопоставлены данные фарингоскопии, микроскопии, рентгенографии, ангиографии, компьютерной томографии (КТ), магнитно-резонансной томографии (МРТ), гистологического исследования и определена их диагностическая информативность;

- проведено изучение функции глотки у больных доброкачественными опухолями ротоглотки (ДОР). Определена пригодность некоторых исследований как дополнительного и достаточно информативного метода диагностики при ДОР.

- разработаны и осуществлены высокоэффективные хирургические вмешательства при доброкачественных новообразованиях небных миндалин (ДОНМ) и передних, задних дужек, задней стенки глотки и корня языка.

- разработаны и применены малоинвазивные методы криодеструкции и хирургического лазера при лечении ДОР, опухолеподобных образований (ОО), определена их терапевтическая эффективность;

- получены сведения о фарингоскопии, микроскопии, рентгенографии, ангиографии, КТ, МРТ при новообразованиях ротоглотки (НР) и

опухолеподобных образованиях (ОО), позволившие уточнить объем и распространенность опухоли и определить возможную операбельность процесса.

Практическая значимость работы.

- Определены показания к эндоскопии, микроскопии, КТ, МРТ и гистологического исследования.
- Разработаны пути повышения эффективности малоинвазивного хирургического лечения доброкачественных опухолей небных миндалин (ДОНМ), передних, задних дужек, корня языка и задней стенки глотки.
- Дан анализ состояния диагностики и лечения больных доброкачественными опухолями (ДО) среднего отдела глотки.
- Разработаны новые методы криогенного и лазерного хирургического лечения опухолей ротоглотки (ОР).
- Вскрыты причины запущенности заболевания при поступлении больных в стационар, предложены мероприятия, направленные на улучшение своевременной диагностики этой патологии.
- Проведен сравнительный анализ традиционного хирургического и малоинвазивного метода лазерной хирургии, и криодеструкции при доброкачественных опухолях ротоглотки (ДОР), показана эффективность последних.

Внедрение результатов работы

Основные положения магистерской работы внедрены в практическую работу отделения оториноларингологии ФУВ клиники Самаркандского Государственного медицинского института.

Объем диссертации и ее содержание

Магистерская диссертация состоит из введения, обзора литературы, материала и методов исследования, заключения, выводов, практических рекомендаций и списка использованной литературы. Текст изложен на 93 страницах компьютерного текста, иллюстрирован 16 таблицами, 14 рисунками. Список использованной литературы состоит из 93 источников.

ГЛАВА I.

Клиника, диагностика и лечение доброкачественных опухолей ротоглотки.

(Обзор литературы)

1.1. Частота заболеваемости, этиология, патогенез, классификация и морфологическая характеристика доброкачественных опухолей ротоглотки (ДОР).

Проблема доброкачественных опухолей ротоглотки (ДОР) сохраняет свою актуальность во всем мире в связи с неуклонным ростом заболевания.

Доброкачественные опухоли ротоглотки, по данным Г.У. Лутфуллаева составляют 21% среди всех доброкачественных опухолей глотки (40).

Доброкачественные опухоли среднего отдела глотки составляют, по данным разных авторов, от 0,5 до 5% всех опухолей человека [1]. Как и новообразования других локализаций, опухоли ротоглотки (ОР) делят на опухолоподобные образования (ОО) и истинные опухоли. В ротоглотке встречаются папилломы, ангиомы, фибролипомы, фибромиомы, ретенционные кисты, смешанные опухоли, невриномы, зуб корня языка, волосатые полипы. К опухолям ротоглотки (ОР) следует отнести опухоли, исходящие из ретрофарингеального пространства и интрамуральные смешанные опухоли неба [45].

Симптоматика ДОР очень разнообразна и приводит к ошибкам при диагностике. Нарушение акта жевания, глотания, речи, и дыхания порождают постоянные движения, и всякая, даже мало выраженная, опухоль вызывает необычные ощущения, неловкость в горле, чувство инородного тела. В последующем наступают расстройства глотания, страдает речь, наступает нарушение дыхания. Речь становится невнятной, голос глухой, беззвучный. Иногда при опухоли голос приобретает

вибрирующий характер. Диагноз ввиду легкой доступности для осмотра не представляет затруднений. Большинство ДО покрыто нормальной слизистой оболочкой, они растут медленно, не изъязвляются, безболезненны и не имеют инфильтрирующего роста. Трудности могут иногда возникать при дифференцировании их с инфекционными гранулемами (склерома, туберкулез, гумма и др.). Иногда встречается значительное увеличение или удвоение миндалин, которые ошибочно принимаются за опухоль [12, 34, 49].

Лечение ДОР хирургическое. Удаленные новообразования следует подвергать гистологическому исследованию, так как известны случаи, когда доброкачественный «полип» или «папиллома», висевшие на тонкой ножке, представляли собой саркому или карциносаркому [64, 32].

Папиллома

Приблизительно 40% всех ДОР составляют папилломы. Они встречаются чаще у женщин в возрасте 20-40 лет и располагаются обычно на язычке, мягком небе и небных лужках. Редко достигая больших размеров, они могут оставаться незамеченными [2, 55]. Папилломы мягкой консистенции, по цвету несколько светлее окружающей слизистой оболочки, мелкозернистого строения, с шероховатой поверхностью. Мягкие папилломы у детей приобретают распространенный множественный и стелющийся характер. Они иногда занимают все мягкое небо и дужки [17,19].

При папилломах ротовой части глотки необходимости в биопсии не возникает. Диагноз затруднений не представляет благодаря характерному внешнему виду папиллом, напоминающих тутовую ягоду[17].

Лечение одиночных папиллом заключается в снятии их ножницами, петлей или конхотомом с последующей гальванокаустикой места прикрепления. Множественные папилломы подлежат также снятию, однако при них часто наблюдаются рецидивы. Локализация на мягком небе не позволяет провести радикальное иссечение, коагуляцию гальванокаустикой. У

некоторых больных удовлетворительный результат даст лучевая терапия. А.А. Смутнева наблюдала положительные результаты от применения сока чистотела после хирургического удаления папиллом.

Фибромы ротоглотки представляют собой со соединительнотканые ДО и встречаются в виде фибромиом, ангиофибром, фибролипом. Они чаще всего имеют форму полипа, прикрепляясь тонкой ножкой к миндалинам, небным душкам [32].

Фиброма ротоглотки развивается в основном у мальчиков 10-13 лет, из-за чего получила название юношеской фибромы. До завершения полового созревания опухоль интенсивно растет, после чего она медленно подвергается обратному развитию. Однако до этого из-за врастания в окружающие ткани опухоль наносит непоправимый вред соседним органам, отличается значительной кровоточивостью, поэтому получила название ангиофибромы.

Этиология этого заболевания практически неизвестна. Существующие теории дисэмбриогенеза и эндокринной дисфункции проблемы этиологии до конца не решили. Эндокринная теория основана на том, что опухоль развивается одновременно с развитием вторичных половых признаков и ее развитие завершается вместе с завершением указанного периода. Замечено также при юношеской фибром ротоглотки наблюдается нарушение 17-кетостероидов и соотношения таких гормонов, как альдостерон и тестостерон.

Ангиома

По данным И. И. Потапова, ангиомы составляют 13% среди всех ДОР [27,35].

Лимфангиомы отличаются от гемангиом более светлой с желтоватым оттенком окраской. Гемангиомы бывают капиллярные и кавернозные. Капиллярные, состоящие из расширенных капилляров, артериол и вен, чаще

встречаются на коже и слизистой оболочке ротовой полости. Кавернозная гемангиома — это мягкая опухоль, содержащая большие тонкостенные полости, образованные венозными сосудами и выстланные эндотелием. Макроскопически она имеет узловатую поверхность темно-красного или коричнево-красного цвета и широкое основание. Локализуется на мягком небе и небных дужках, корне языка, миндалинах, боковых и задних стенках глотки. Ангиомы могут достигать больших размеров. А. М. Никандров наблюдал гигантскую кавернозную ангиому языка, не помещавшуюся во рту и свисавшую ниже подбородка [18].

Симптоматика ангиом складывается из неопределенных ощущений постороннего предмета (иногда и этих жалоб может не быть) и кровотечений. Последние, учитывая легкую травмируемость ротоглотки, могут быть ведущим симптомом. Файджи (Figi) отмечает, что малейшая травма кавернозной ангиомы может вызвать серьезное кровотечение, иногда даже смертельное.

При гемангиомах применяется медикаментозное, хирургическое и лучевое лечение.

Протасевич А.В. рекомендует введение склерозирующих веществ (70% спирта) для уплотнения и уменьшения опухоли. Другие авторы применяют эту методику только в качестве предоперационной подготовки для уменьшения кровотечения при последующем хирургическом удалении опухоли. Введение склерозирующих веществ в ангиому при некоторых локализациях (например, ангиоме языка) иногда осложняется резким отеком с распространением его на гортань и последующей асфиксией. По наблюдениям Файджи, капиллярные ангиомы очень радиочувствительны и могут полностью исчезнуть под влиянием препаратов радия; на опухоли же, выстланные зрелым эндотелием, лучевая терапия не только не оказывает лечебного действия, но может даже вызвать их малигнизацию.

Кавернозные ангиомы у детей, по данным того же автора, лучше всего излечиваются имплантацией радоновых зерен по 0,3 мк, помещаемых на расстоянии 1 см друг от друга; рентгенотерапия не ликвидирует, а только склерозирует гемангиомы.

Признанным методом лечения кавернозных ангиом является также электрокоагуляция [Л. И. Свержевский, И. И. Потапов, Файджи (Figi)J. Обычно пользуются трансоральным подходом [35].

При больших ангиомах, расположенных на задней стенке глотки, иногда приходится прибегать к боковой фаринготомии с предварительной перевязкой наружной сонной артерии.

Киста ротоглотки.

Кисты ротоглотки обычно локализуются в миндалинах, на корне языка, реже на мягком небе. Кисты миндалин, чаще ретенционные, содержат желтоватого цвета густую гнойную массу. Они обычно не вызывают никаких ощущений и обнаруживаются случайно. Иногда больные испытывают чувство раздражения глотки чем-то посторонним.

Интрамуральные, или внутривенные, кисты мягкого неба также ничем не проявляются и могут достигать больших размеров, особенно те из них, которые относятся к тератоидным опухолям.

Кисты легко распознаются по их характерному виду. У детей иногда встречаются кисты корня языка, могущие вызвать стридор [12,36, 57, 43].

Лечение кист исключительно хирургическое. Оно состоит в удалении кисты вместе с оболочкой. Внутривенные кисты мягкого неба должны быть вылучены целиком подслизисто с наложением швов на разрез.

Смешанные опухоли ротоглотки.

В ротоглотке эти опухоли встречаются довольно редко. Они могут располагаться на боковой стенке глотки, представляя собой часть смешанной опухоли, развившейся из глоточного отростка околоушной железы. Чаще, однако, развиваются в мягком небе и представляются опухолями внутрисстенными [32,54,76,43]. Отличаясь медленным, не инфильтрирующим ростом, они все же могут достигать больших размеров, истончать слизистый покров. Смешанные опухоли имеют гладкую поверхность, округлую форму. Иногда приобретают крупноузловатую поверхность, имеют капсулу и располагаются подслизисто, чаще сбоку от средней линии на границе твердого и мягкого неба.

К смешанным опухолям близко примыкают эндотелиомы, тоже редко встречающиеся опухоли, происходящие из эндотелия преимущественно кровеносных и лимфатических сосудов[64,87].

Как смешанные опухоли, так и эндотелиомы имеют один и тот же гистогенез.

Эндотелиомы растут медленно, имеют капсулу и протекают клинически доброкачественно, однако описаны случаи злокачественного их течения[34,73].

Распознавание характера опухоли возможно только гистологически. Эндотелиомы, как и другие смешанные опухоли, чаще располагаются на мягком и твердом небе, покрыты нормальной слизистой оболочкой и могут достигать больших размеров [34,75].

Лечение смешанных опухолей и эндотелиом исключительно хирургическое. Операция производится интраоральным путем под местной анестезией. При правильно проведенной (строго подслизисто) инъекции 1% раствора новокаина удастся легко вылущить опухоль через разрез по выпуклой ее части. Правильное расслоение тканей до капсулы обеспечивает

удаление опухоли тупым путем. На разрез накладывают швы из шелка, так как кетгутовые быстро под действием слюны расплавляются, и края раны расходятся.

Нейринома

Впервые нейриному глотки описал Верокей (Verocay), отметивший ее связь с периферическими нервными стволами. В дальнейшем разные авторы, описывавшие эту опухоль, давали ей различные названия: периневральная фибробластома, неврилеммома, нейрофиброма, периферическая глиома и шваннома [4,35, 43,64,85].

При дальнейшем изучении выяснилось, что под этими названиями подразумевают две разные опухоли: солитарную нейрофибром (в отличие от множественного нейрофиброматоза или болезни Реклингаузена) — опухоль, имеющую все элементы нервного ствола, и неврилеммому или шванному — исходящую только из клеток шванновской оболочки. Однако большинство авторов объединяют их под названием нейринома. Среди 43 больных с ДОР, прошедших через ЛОР - клинику Киевского института усовершенствования врачей, нейринома глотки отмечалась у 8 больных. Нейринома глотки может исходить из периферических разветвлений любого шейного симпатического или парасимпатического нерва, включая и черепно-мозговые. Если опухоль связана с симпатическими нервами, то нередко, на стороне поражения до или после операции отмечается синдром Горнера; при вовлечении в процесс блуждающего нерва иногда появляется гемипарез гортани [54].

Вначале опухоль клинически ничем не проявляется, но по мере роста может вызвать чувство сдавливания глотки, затруднение глотания и дыхания. Макроскопически невринома имеет овальную или веретенообразную форму, плотно-эластическую консистенцию, покрыта гладкой неизменной слизистой оболочкой, никогда не изъязвляется и не кровоточит; она расположена чаще на боковой, реже на задней стенке глотки и всегда покоится на широком основании. На ощупь это плотно-эластическая,

безболезненная при пальпации опухоль. Нейринома всегда заключена в соединительнотканную капсулу. Она растет медленно и, по данным подавляющего большинства авторов, не метастазирует.

Лечение нейрином исключительно хирургическое, так как они не чувствительны к лучевой терапии. При злокачественном течении лучевая терапия показана. Обычно операция производится через рот, но иногда приходится использовать наружный подход (боковая или срединная фаринготомия). После радикального удаления нейриномы, как правило, не рецидивируют.

Зоб корня языка.

По клиническому течению эта опухоль приближается к доброкачественным, поэтому ее уместно рассмотреть в данном разделе. Зоб корня языка встречается относительно редко.

Зоб корня языка — порок эмбрионального развития, представляющий собой или добавочную щитовидную железу, не связанную с нормальной, расположенной на обычном месте, либо «заблудившуюся» железу — единственное в организме скопление тиреоидной ткани [9,56,69]. Зоб корня языка возникает тогда, когда щитовидная железа или часть ее не успевает в эмбриональном периоде опуститься на свое обычное место по ходу ductusthyreogbssus от места своей закладки (у foramenoesum). Зобом корня языка чаще страдают женщины [1,4,10,32].

Симптомы сводятся к жалобам на ощущение сдавления глотки, чувство инородного тела; при больших размерах опухоли наступает дисфагия, изменение тембра голоса, затруднение дыхания.

Иногда больные отмечают выделение крови изо рта, что объясняется богатой васкуляризацией струмы и ее выпяченным в просвет глотки положением, способствующим постоянному травмированию пищевым комком. Иногда эти симптомы отсутствуют и зоб обнаруживается случайно.

При осмотре струма корня языка представляет собой опухолевидное образование на широком основании, покрытое слизистой оболочкой с густой сетью расширенных вен. Располагается иногда симметрично, чаще же сбоку от *foramencoesum*. Пальпаторно дает ощущение плотно-эластической консистенции[45,53,86].

Лечение в начальных стадиях развития зоба консервативное. Назначают препараты йода внутрь; у некоторых больных хорошее действие оказывает радиоактивный йод. Спрингер (Springer) описал два случая уменьшения в размерах язычного зоба и полного исчезновения патологических симптомов у детей 2 и 4 месяцев после однократного приема 10 мк радиоактивного йода в 30 мл молока.

При больших размерах опухоли, заметных нарушениях дыхания и глотания, при повторных кровотечениях требуется хирургическое вмешательство, размеры которого зависят от наличия или отсутствия щитовидной железы на обычном месте, что определяется пальпацией шеи и состоянием основного обмена и уровнем содержания кальция. В первом случае струма может быть удалена полностью, во втором показана только частичная резекция во избежание развития микседемы и даже тетании (Л. Н. Безрученко, Г. Б. Подгаецкий, Спрингер).

Предложены различные оперативные подходы через рот (Л. И. Свержевский, Г. Б. Подгаецкий, А. Л. Макуха), трансбуккальный (по Спрингеру) и путем надподъязычной поперечной фаринготомии. Наиболее распространенным следует признать интраоральный путь, тем более что при удалении зоба корня языка не нужно стремиться к радикальному удалению его. При проведении операции под местной новокаин-адреналиновой анестезией большого кровотечения не наблюдается. С целью предотвращения его после операции накладываются швы (по краям разреза) [31,45,73,66].

Л. И. Свержевский предложил хирургическую диатермию при зобе корня языка. Электрокоагуляция применялась и другими авторами. Объем и глубина коагулирования ограничиваются выступающей над поверхностью корня языка частью зоба.

Стадийность ДО, исходящих из среднего отдела глотки (ротоглотка):

- I.** Стадия – опухоль не выходит за пределы одного фрагмента. Она ограничена миндалиной, передней или задней небными дужками, не выходит за пределы задней стенки ротоглотки. Новообразование без изъязвления.
- II.** Стадия – гемангиома занимает несколько фрагментов ротоглотки, но не выходит за ее пределы. Изъязвление нет.
- III.** Стадия – гемангиома занимает несколько фрагментов ротоглотки, или всю ротоглотку и выходит за ее пределы (на другие отделы глотки). Изъязвившиеся опухоли тоже относим к третьей стадии.

Стадия– новообразование занимает несколько или все отделы глотки и выходит за ее пределы, переходит на другие анатомические области (полость рта, через хоаны в полость носа, на гортань, в ткани шеи и на ее поверхность).

1.2. Клиника ДОР

Клинические симптомы ДО среднего отдела глотки не отличаются большим разнообразием. Как ОО, так и ДО в течении определенного времени, на протяжении нескольких лет, ничем себя не проявляют. У 20-25% больных ДОР обнаруживают случайно[3,54,76]. У большинства больных с ОР первыми признаками заболевания служат ощущение инородного тела в глотке, першение или другие перестезии. Нередко больные жалуются на сухость в глотке, а иногда и на несильную боль по утрам при глотании слюны(“пустой глоток”)[11,34,42].

Такие новообразования, как папилломы, фибромы, кисты, локализующиеся на небных дужках или миндалинах, годами могут не вызывать никаких симптомов; лишь при достижении опухолью больших размеров (1,5-2 см в диаметре) возникает ощущение инородного тела в глотке. Дисфагия более характерна для опухолей мягкого неба[34]. Нарушение герметичности носоглотки во время глотка приводит к расстройству акта глотания, попаданию жидкой пищи в нос. Такие больные иногда гнусавят. Ощущение инородного тела в глотке и другие парестезии очень рано появляются при новообразованиях корня языка и валлекул. Эти опухоли могут вызвать затруднения при глотании, в том числе поперхивание при приеме жидкой пищи. Болевые ощущения для ДОР не характерны. Боли при глотании или независимо от глотания могут возникать при невриномах, нейрофибромах, и очень редко при изъязвившихся сосудистых опухолях[53,64,74,93].

Кровотечения и примесь крови в мокроте и слюне характерны лишь для гемангиом, а также для изъязвившим и распадающихся злокачественных опухолей.

Клинические проявления ангиомы зависят от локализации и распространенности опухоли. При локализации в верхнем отделе гортани беспокоит ощущение инородного тела, иногда покашливание. Постепенно, в течение нескольких лет, симптоматика нарастает: появляется охриплость, болезненность, а затем и примесь крови в мокроте. Если опухоль исходит из голосовой складки, то первым симптомом является постепенное изменение голоса от незначительной слабости до афонии. Нарушение дыхания характерно для крупных опухолей, исходящих из нижнего отдела гортани[23,83].

Выраженность симптомов ДО зависит от локализации, величины и направления роста опухоли. ДО имеют медленный экспансивный рост, не рецидивируют и не метастазируют, нечувствительны к облучению[38].

Клиническое проявление фибромы. Фиброма носоглотки обычно наблюдается у лиц мужского пола в возрасте 10-25 лет. Если опухоль образуется у ребенка моложе 10 лет, то она отличается злокачественным течением и часто рецидивирует. Опухоль имеет широкое основание округлой формы с гладкой или крупноузловой поверхностью, иногда с сосудами на ней; очень плотная, иногда почти хрящевой консистенции; цвет варьирует от ярко-красного до бледно-розового [25,43].

Опухоль высокодифференцированная, состоит из соединительнотканной основы с большим количеством эластических волокон и тонкостенных кровеносных сосудов. Могут быть участки гиалиноза, миксоидного отека, некротические фокусы, кровоизлияния. Строение не везде одинаково. Чем дальше от места прикрепления, тем фиброма становится мягче. У места прикрепления она твердая. Опухоль не изъязвляется и не метастазирует.

При локализации опухоли в ротоглотке на первый план выступают нарушения акта глотания и дыхания [8,23,54,65,76].

Клиническое проявление папилломы. Опухоль мягкой консистенции представляет собой розовые узелки с неровной поверхностью на небных миндалинах, дужках, язычке, мягком небе, миндалинах. Часто сочетаются с папилломатозом ротоглотки. Обычно развиваются на фоне длительного воспалительного процесса [3,44,65,94]. Нередко локализуются на фиброзных полипах, имеют неровную ворсинчатую поверхность, напоминая цветную капусту или петушинный гребень, иногда похожи на фиброзные или ангиоматозные полипы. Располагаются на широком основании или имеют узкую ножку. Могут быть единичными и множественными (папилломатоз) [45,75].

Различают твердые и мягкие папилломы. Твердые папилломы наиболее многочисленны; имеют основу из грубой соединительной ткани, покрыты многослойным плоским, иногда ороговевающим эпителием; чаще односто-

ронные, обычно достигают величины горошины; сероватого цвета, плотные, напоминают бородавку, не кровоточат; редко рецидивируют[32,54,71].

Мягкие папилломы встречаются значительно реже; имеют рыхлую отечную строму, окружающую тонкостенный кровеносный сосуд, покрыты цилиндрическим эпителием; протекают доброкачественно, иногда склонны к самопроизвольному излечению. Морфологически зрелые папилломы могут прорасти в окружающие органы, часто рецидивируют[23,82,52].

Клиническая картина смешанной опухоли или полиморфной аденомы. Местом ее локализации являются: глубокие ткани мягкого неба, боковая или задняя стенка среднего отдела глотки. Опухоль возникает и развивается в толще тканей, а на поверхности хорошо просматривается четко очерченная припухлость, которая имеет неровную поверхность и плотную консистенцию. Она при пальпации бесполезна, а расположенная над ней слизистая оболочка не изменена. Отличить ее по внешнему виду от таких образований как: аденома, нейрофиброма, невринома практически невозможно. Окончательный диагноз ставят только после получения результатов гистологического исследования[42,48,54].

1.3. Диагностика ДОР

В диагностике новообразований ЛОР-органов вообще и ротоглотки в частности немаловажное значение имеет тщательно собранный анамнез. Из анамнестических данных важны сведения о возрасте больного, вредных привычках, порядке возникновения симптомов. Для опухолей характерно неуклонное нарастание симптоматики[34,52,55].

В ранней диагностике большое значение имеет онкологическая настороженность врачей поликлиник. Очень важно своевременно заподозрить опухоль и провести целенаправленное обследование, причем лишь самое необходимое и информативное, чтобы не терять времени. Продолжительность периода от первого обращения до установления

диагноза и начала лечения должна быть минимальной. Нередко в поликлиниках, а особенно в онкологических диспансерах при подозрении на опухоль больному назначают ряд исследований. Только при получении результатов многочисленных исследований берут мазок-отпечаток, для цитологического кусочек ткани для гистологического исследования, в то время как эти манипуляции можно было выполнить одними из первых, сократив тем самым продолжительность периода обследования и установления диагноза на 10-12 дней[93].

Большинство авторов рекомендуют начинать клиническое обследование больных с ДОР с анализа жалоб, анамнестических сведений, клинического осмотра, пальпации[34,44]. Первые и ранние симптомы заболевания чаще всего отмечает сам больной и сообщает о них врачу в виде жалоб. Из анамнеза важно учесть порядок появления симптомов, наличия травм и операций, наследственность, перенесенные заболевания. Тщательно собранный анамнез может дать ценную информацию о первых признаках заболевания, о развитии опухоли. О скорости и направлении ее роста[16,52,91].

При осмотре определяется цвет опухоли, ее размеры, наличие деформации лицевого скелета. Осмотр ЛОР - органов не всегда дает представление о размерах и распространенности опухоли, если последняя расположена на гортани, полости носа или в среднем ухе.

Эндоскопический метод в диагностике новообразований ЛОР - органов является основным. Он очень эффективен и прост. При эндофарингоскопии определяется цвет слизистой оболочки ротоглотки а также наличие новообразования. Осторожно используя зонд можно определить консистенцию и исходную локализацию опухоли, однако следует опасаться кровотечения[34,63,83].

Главное достоинство эндофарингоскопии- это высокая разрешающая способность, отсутствие «слепых» зон при осмотре, относительно дешевизна метода. Данный метод позволяет более тщательно осмотреть ротоглотку,

установить исходную локализацию и распространение опухоли, что крайне необходимо для выбора объема и методики вмешательства.

Рентгенологическое исследование предусматривает выполнение рентгенографии в стандартных и дополнительных проекциях. К стандартным относят переднюю прямую, переднюю полуаксиальную, боковую левую и правую, аксиальную, косые левую и правую проекции[63].

Дополнительные проекции используют при выполнении снимков, нацеленных на выявление распространения опухоли в те анатомические зоны, опухолевое поражение которых подозревается при клиническом обследовании, но об их состоянии нельзя получить представление по данным рентгенографии, выполненной в стандартных проекциях. Рентгенография может также производиться после введения в придаточные пазухи носа контрастных веществ.

Рентгенологическое исследование с применением томографии среднего отдела глотки в случае их опухолевого поражения, позволяет лишь косвенно, без четкого изображения тени опухоли судить о ее наличии и распространенности. В этих случаях рентгенография позволяет получить данные о наличии затемнения полости ротоглотки [52,86,90,93].

Метод термографии представляет собой способ регистрации теплового (инфракрасного) излучения от органа и тканей. Тепловое излучение улавливается с помощью тепловизоров, находящихся на расстоянии от исследуемого объекта. Получаемые импульсы аппарат воспроизводит на электрохимической бумаге в виде теневого изображения- термограммы. Современные тепловизоры позволяют получить термографический «портрет» при разнице температуры 0,1 градус по Цельсию. При термографическом исследовании отмечается повышение термогенеза в проекции опухоли, но определить точные размеры новообразования и его распространенность не представляется возможным[34,53,71,92].

Метод компьютерной томографии приобретает все большее значение в диагностики новообразования. Компьютерная томография основана на

принципе создания рентгеновского изображения с помощью ЭВМ. Рентгеновские лучи проходя через ткани преобразуются в энергию отраженных волн различной длины. Энергия волн воспринимается детектором, преобразуется в электрические импульсы и передаются в ЭВМ, которая в зависимости от рентгеновской плотности ткани, дает картину на экран монитора. Компьютерные томограммы можно производить негативные и контрастные. В качестве контрастного вещества используют уротраст. Компьютерная томография во многих случаях избавляет больного от сложных и не безопасных методов инструментального обследования[67,91].

Позволяет получить убедительные данные не только топографо-анатомических взаимоотношениях органов и тканей, но и определить протяженность поражения и относительную степень проникновения в различные структуры. Дает информацию о состоянии таких труднодоступных областей, как крылонебная и подвисочная ямки, основная пазуха, задние отделы глазницы, ткани парафарингиального пространства. С помощью компьютерной томографии и клиники дает возможность судить о природе новообразования. В настоящее время метод компьютерной томографии по мнению большинства авторов, является ведущим в диагностике новообразований.

Магнитно-резонансная томография (МРТ) основана на измерении реакции ядер атомов в молекулах воды, белков, липидов и др., в ответ на воздействие импульсами в магнитном поле. Ядра водорода (протоны) наиболее чувствительны к эффекту ядерно-магнитного резонанса. МРТ имеет следующие преимущества перед компьютерной томографией: 1- более высокая разрешающая способность тканей; 2- получение многоплоского изображения без изменения положения частей томографа и больного; 3- отсутствие воздействия радиации на пациента; 4- отсутствие артефактов от костных структур. Но вместе с преимуществами методов МРТ имеет серьезные недостатки в сравнении с компьютерной томографией; 1- более длительное время процедуры; 2- невозможность диагностики костных

структур; 3- невозможность использования метода у лиц с металлическими протезами (обширная зона выпадения сигнала), искусственным водителем ритма сердца (возможность своя в работе)[34,35,65,84].

Ангиография – метод рентгенологического исследования кровеносных сосудов с введением в них контрастных (дающих резкую тень и безвредных для организма) веществ. Ангиография наружной сонной артерии является весьма информативным методом определения сосудистого генеза опухоли, ее отношение к ближайшим сосудам, выявление локализации и распространенности, что в свою очередь, определяет объем и методику хирургического вмешательства. Метод дает возможность определить сосуды, из которых опухоль получает кровь. О распространенности опухоли можно судить не только по прямым признакам, но и по косвенным[43,73,93].

При выраженных признаках макроскопически можно нередко ставить диагноз уже на основании внешнего вида опухоли. Вопрос о характере опухоли(доброкачественная или злокачественная) окончательно может быть решен на основании данных гистологического исследования.

1.4. Лечение ДОР

Способы лечения ДОР многочисленны и весьма разнообразны. Некоторые из них направлены на остановку роста опухоли, другие на полную ее ликвидацию, третьи на замещение опухолей рубцовой соединительной тканью. Для выбора метода лечения необходимо учитывать возраст больного, локализацию, размеры, строение и клиническое течение опухоли[74,94].

Все методы лечения можно разделить на 3 группы: хирургические, консервативные и комбинированные.

Наиболее простым, доступным и эффективным способом лечения ДО является их удаление. Большинство хирургов высказывается в пользу удаления ДОР, как только они обнаруживаются. Эти же авторы в сообщениях о различных способах лечения ДО считают хирургический метод основным, однако находят различные показания и противопоказания к

нему в зависимости от вида опухоли, ее размера, локализации, а также других обстоятельств[52,93].

Хирургические вмешательства по поводу ДО небольших размеров являются безопасными и несложными. Однако хирургическое лечение опухолей затруднено, если новообразование очень больших размеров или оно имеет обширное прорастание в соседние органы, в связи, с чем одномоментное удаление ДО иногда не представляется возможным. По мере развития хирургической техники при операциях по поводу ДО использовали различные методы борьбы с кровопотерей. У. Л. Лутфуллаев (2004) для остановки кровотечения использовал биологическую тампонаду свободным мышечным лоскутом. Для обеспечения надежного гемостаза во время операции и в послеоперационном периоде В. Ф. Антонив использует фибриноколлагеновый комплекс «Тахокомб»[42,72,83,94]

К хирургическим методам лечения можно отнести крио- и лазерную деструкцию опухоли и фотодинамическую терапию.

Криодеструкция (замораживание) - метод локального криогенного воздействия на биологическую ткань с целью ее разрушения. Эффект замораживания ДО заключается в первичном повреждении тканевых элементов и вторичном ответе, обусловленном действием вторичного фактора - низкой температуры. Применение низких температур для лечения ДО известно уже более 50 лет. Для этой цели используются вещества с низкой температурой кипения: лед с солью, хлорэтил, жидкий воздух, снег угольной кислоты, жидкий азот. Первые два из них оказались неэффективными, так как вызывали поверхностное замораживание. Наиболее перспективным в развитии криогенного метода явилось использование в качестве хладагента жидкого азота[62].

К основным способам локального замораживания относятся: аппликационный, при котором замораживание производится охлажденным криозондом, в виде открытой струи и способ глубокой аппликации, когда

замораживание производится в глубине тканей с помощью термоизолированного криозонда. Положительный результат после применения жидкого азота любым способом отмечается лишь при воздействии на небольшие по размеру и интенсивности окраски опухоли. Лечение жидким азотом опухолей приводит к резким рубцовым изменениям, которые еще больше усугубляют тягостное состояние больного, так как наслаиваются дополнительные функциональные нарушения[80,92,].

Лазерная деструкция опухоли. Для лечения ДО в последнее время широко используют лазеры. Основным действующим фактором лазерного излучения является мощный световой поток. Световой поток высокой интенсивности при взаимодействии с тканями в первую очередь вызывает термический эффект, который в зависимости от его мощности сопровождается рядом изменений в тканях: коагуляцией, ожогом, обугливанием и испарением.

Для лечения больных ДО (в частности папилломами) используют СО₂-лазер, ИАГ-Nd-лазер, лазер на парах меди. Так как глубина проникновения лазера составляет 1,2 мм. , лазеры редко применяются при лечении глубоких опухолей. Кроме того, существует риск рубцевания после использования лазера.

Фотодинамическая терапия (ФДТ). Больному внутривенно вводят фотосенсибилизатор (препарат повышающий чувствительность тканей к свету), который концентрируется в опухоли. Низкоинтенсивное лазерное излучение возбуждает фотосенсибилизатор. В результате фотохимической реакции образуется синглетный кислород и другие высокоактивные свободные радикалы, которые являются токсичными для опухолевых клеток. Опухоль замещается соединительной тканью. ФДТ селективна – фотосенсибилизатор накапливается избирательно в опухоли и почти не задерживается в окружающих опухоль нормальных тканях. Недостатком ФДТ является повышенная чувствительность кожи к яркому солнечному

свету. Для избежания нежелательного эффекта больные соблюдают определенный световой режим[52,82].

К группе консервативных методов лечения относятся: лучевая терапия, гормональная терапия, облучение гемангиом СВЧ- полем, ультразвуковое лечение, склерозирующая терапия.

Все эти методы лечения используются как самостоятельные, так и в сочетании с другими методами лечения ДО.

Лучевая терапия. В основе лучевого лечения лежит повреждающее действие на ткани лучей с короткой длиной волны. Лучевая энергия при воздействии на ткани частично поглощается последними и вызывает ряд физических, химических и биологических процессов, которые приводят к угнетению и подавлению роста клеток, а при значительных дозах – к гибели и даже деструкции. В зависимости от вида источника излучения различают гамма-терапию, бета-терапию, рентгенотерапия[63,59].

Лечению папиллом лучами присущи существенные недостатки, куда можно отнести сложность определения доз облучения, изготовления и хранения аппликаторов, выявлены и весьма серьезные – это частое развитие различных ранних и поздних лучевых осложнений. Из поздних осложнений радиотерапии сосудистых опухолей отмечаются хронические радиодермиты, имеющие склонность к малигнизации, атрофия кожи, лучевые язвы, рубцы и келоиды, серьезные повреждения мягких тканей вплоть до некроза, гипоплазия суставов, мышц, связок, некрозы и задержки роста костей, нарушение нормального развития, разрушение и выпадение зубов, лучевая катаракта и потеря зрения, отставание в психическом развитии, органические и функциональные поражения головного мозга, адипозо–генитальная дистрофия, частые головные боли и глубокие обмороки.

Облучение ДО СВЧ- полем. Метод используется у больных с ДО выраженной подкожной частью, сложной анатомической локализации. СВЧ-поле действуя на связанную воду дестабилизирует ее структуру. СВЧ-облучение проводится в физиотерапевтическом режиме с плотностью потока мощности в среднем 1,2 Вт/кв.см. в течение 4-5 минут с последующей криодеструкцией в течение 1,5- 2 минут. Перед началом лечения рекомендуется выполнить ангиографию и эмболизацию опухоли. К недостаткам этой методики можно отнести развитие массивных отеков[63,83].

Склерозирующая терапия. Лечение ДО путем введения в образование различных химических веществ основано на свертывающем и прижигающем действии их как на кровь, так на паренхиму и строму сосудистого образования, где в дальнейшем развивается асептическое воспаление с последующим рубцеванием ДО.

Таким образом, несмотря на большое количество работ , посвященных вопросам клиники, диагностики и лечения ДО среднего отдела глотки, многие аспекты этой проблемы до конца не изучены.

Фундаментальных работ, где даны обобщенные результаты изучения вопросы клиники, диагностики и лечения ДОР, в доступной литературе мы не встретили.

Недостаточно четко показана ценность и место современных методов диагностики, целесообразность их комплексного применения у данной категории больных.

Нет единого мнения о тактике лечения больных с ДОР. Не проведена оценка эффективности лазерной хирургии и криодиструкции при удалении ДОР.

ГЛАВА II. Материал и методы исследования больных

2.1. Характеристика клинического материала

Данное исследование выполнялось в период с 2012 по 2015 гг. в клинике болезней уха, горла и носа факультета усовершенствования врачей СамМИ.

Настоящая работа основана на анализе результатов обследования и лечения 28 больных. Все больные были разделены на 2 группы. В контрольную группу входило 10 больных с ДОР, которым применялись традиционные методы лечения, а именно хирургическое удаление ДОР различными способами в зависимости от их локализации, применяя конхотома и петель. В составе основной группы было 18 больных, которым использовали малоинвазивную хирургию (криодеструкция и хирургический лазер).



Рис 2.1. Материалы исследования

При изучении возникновения заболевания тщательный сбор анамнеза позволил нам выявить факторы способствующие возникновению ДОР.

Как видно из нижеуказанного рисунка, хронические заболевания ротоглотки, при сборе анамнеза наблюдались у 22 (79%) больного, производственные вредности у 3(11%) больных, наследственный фактор имел место также у 3 (11%) больных.

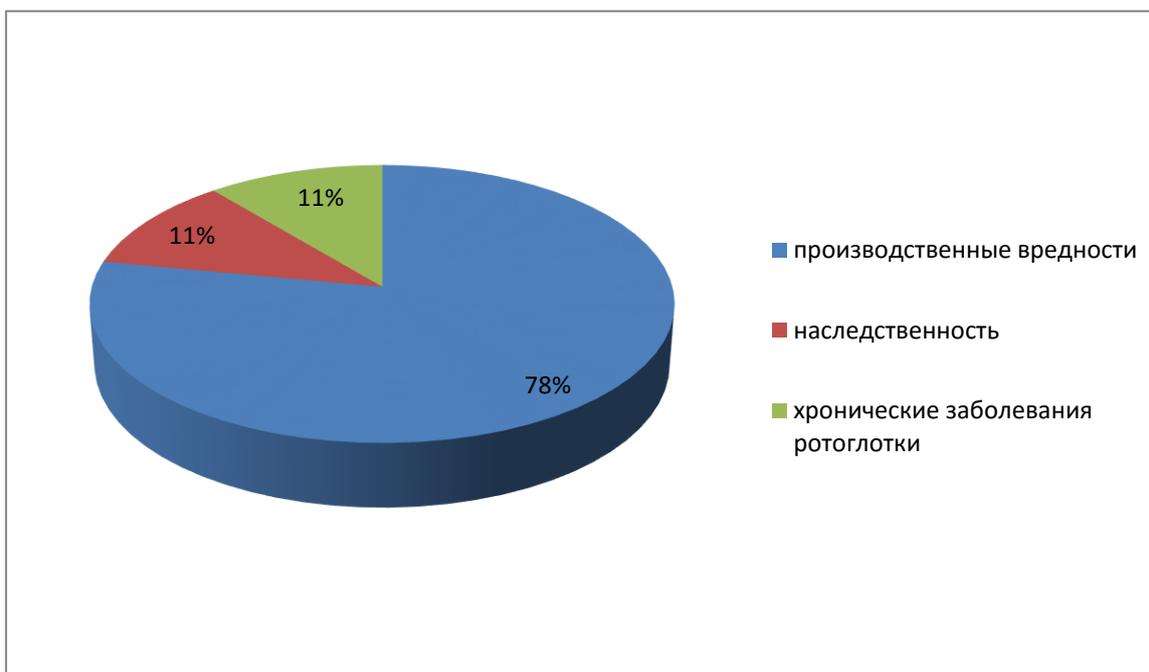


Рис. № 2.2. Факторы, способствующие возникновению ДОР

Развитию ДОР зачастую предшествуют их различные заболевания, а также изменения других органов и систем. В связи с этим мы уделяли большое внимание перенесенным ранее травмам, хроническим воспалительным заболеваниям глотки и др.

Распределение больных производилось также по полу, которое отражено на рисунке №2.2. Как видно из нижеуказанного рисунка, в наших исследованиях в незначительном количестве преобладали лица женского пола(16:12).



Рис №2.3. Распределение больных по полу

В зависимости от места жительства больных и частоты выявления у них опухолевого процесса наши больные были распределены следующим образом (см. рис. №2.3). Из рисунка видно, что 12 (46%) больных из Самаркандской области, 7 (25%) больных из Кашкадарьинской области, 5 (16%) больных из Навоийской области, 2 (7%) больных из Сурхандарьинской области, 2 (6%) больных из Джизакской области.

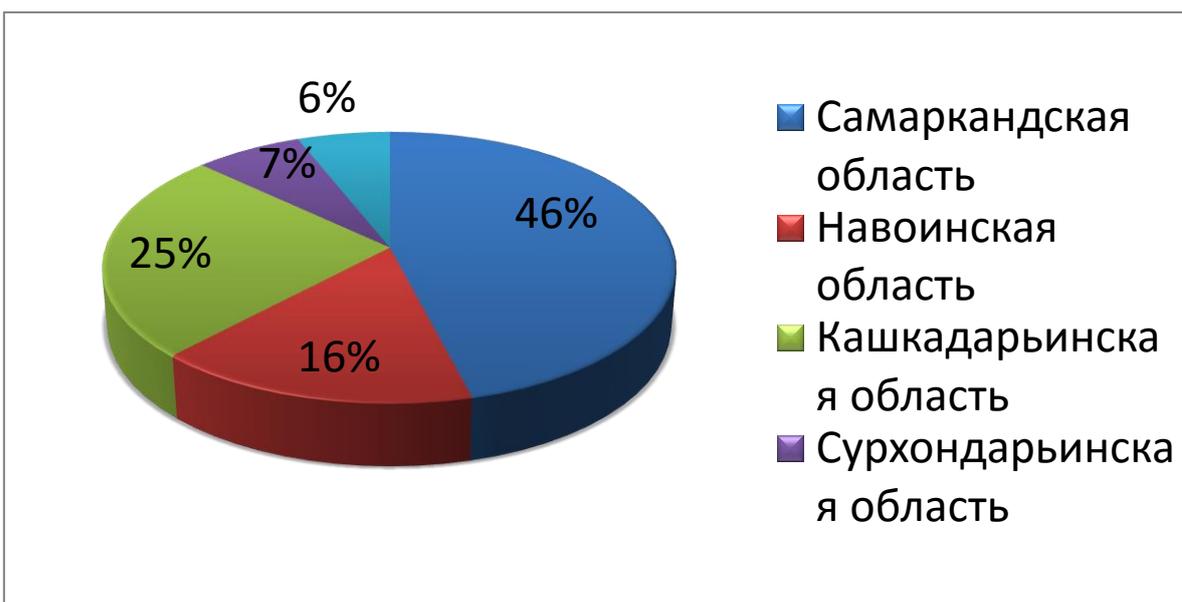


Рис. №2.4. Распределение больных по месту жительства

На рисунке №2.4 представлено распределение больных в зависимости от возраста. Как видно из данного рисунка, 7 (36%) встречались в возрастной группе от 21 до 30 лет, семь больных(36%) в возрасте 31 до 40 лет, по 2 больных (3%) в возрастных группах от 41-50 и 51-60 лет и 4 больных(14%) в возрасте до 20 лет.



Рис. № 2.5. Распределение больных в зависимости от возраста

ДОР преобладали у лиц молодого возраста (от 21 – 40 лет) и в особенности они преобладали у женщин. (16)

Для оценки клинического течения заболевания изучали локализацию ДОР, их размеры, цвет и консистенцию. Локализация ДОР разнообразная.

Исследовались больные у которых доброкачественные опухоли располагались в разных фрагментов ротоглотки. Очень трудно определить исходную локализацию опухолей занимающих глубокие структуры мягкого

неба, корен языка, так у 4 (14%) больных, опухоль исходила из мягкого неба, у 3 (18%) больных латеральных стенок ротоглотки., у 9 (32%) больных из небных миндалин и дужек, у 5 (18%) больных из задней стенки ротоглотки, а у 3 (18%) больных из корня языка. В процесс, как правило, были вовлечены в большинстве случаев ротовая полость, а также носоглотка и гортаноглотка.

Папилломы располагались на язычке, мягком небе и небных дужках. Редко достигая больших размеров, они часто оставались незамеченными. Папилломы мягкой консистенции, по цвету несколько светлее окружающей слизистой оболочки, мелкозернистого строения, с шероховатой поверхностью.

ДОР отличаются крайним разнообразием морфологического строения. В таблице №2.6 отражена гистологическая характеристика ДОР наблюдавшихся нами больных.

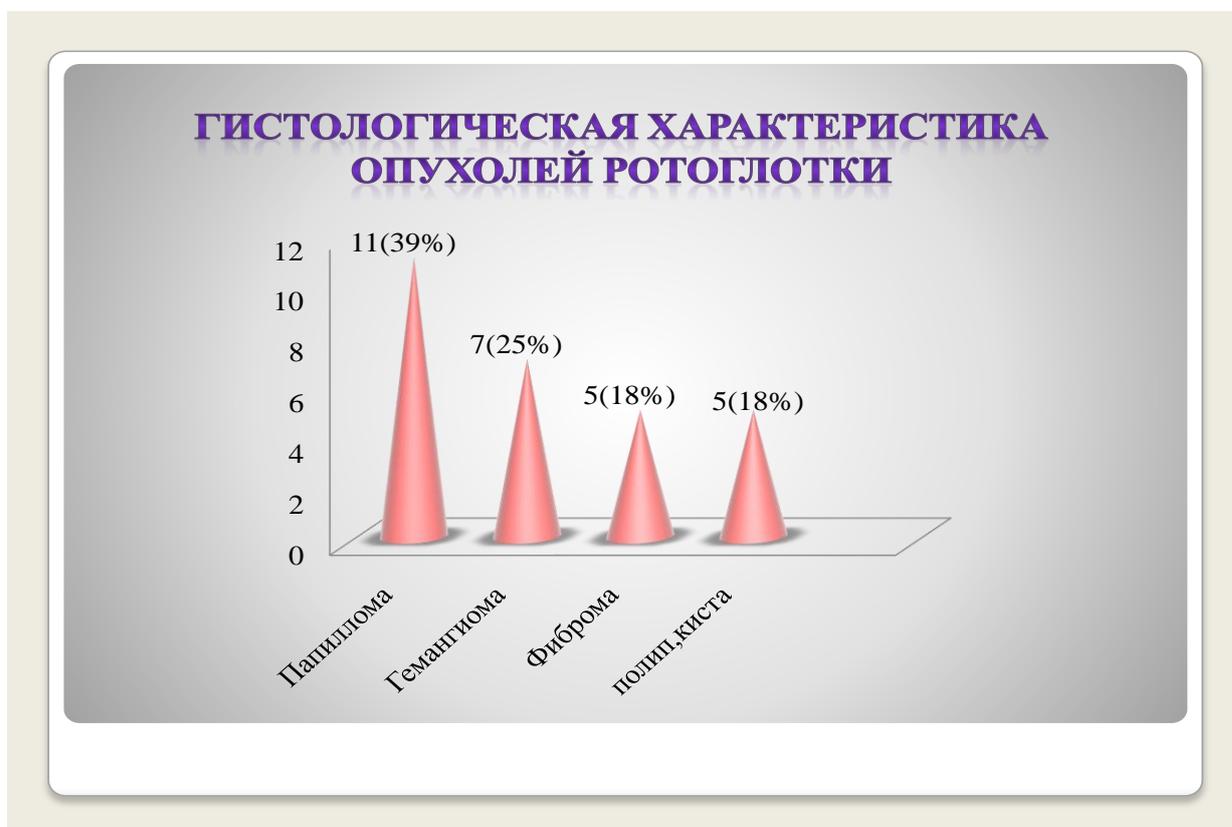


Рис 2.6. Гистологическая характеристика опухолей ротоглотки

Из данных таблицы следует, что из ДОР наиболее часто встречались папилломы (11 – 39%) и гемангиомы (7 – 25%)

Папилломы мы наблюдали у 11 больных, из них 5 (45%) лиц мужского и 6 (55%) женского пола.

Фибромы мы наблюдали у 5 больных и чаще всего это были мальчики 10-13 лет(3). Они чаще всего имели форму полипа, прикрепляясь тонкой ножкой к миндалинам и небным дужкам.

Гемангиомы мы наблюдали у 7 больных, из них 4 лиц женского и 3 мужского пола. Гемангиома имела узловатую поверхность темно-красного или коричнево-красного цвета и широкое основание. Локализовалась на мягком небе и небных дужках, боковых и задних стенках глотки.

Смешанную опухоль мы наблюдали реже(у 5 больных). Из них 3 лиц мужского и 2 женского пола. Опухоль чаще развивалась в мягком небе и представлялась опухольями внутривенными. Смешанные опухоли имели гладкую поверхность, округлую форму. Иногда приобретали крупноузловатую поверхность, имели капсулу и располагались под слизистой, чаще сбоку от средней линии на границе твердого и мягкого неба.

Симптомы ДОР зависимо от локализации, структуры, прорастания и сдавления проявлялись разнообразно: наличием инородного тела в глотке у 13 больных; затруднением глотания у 10 больных; болью в глотке у 9 больных; наличием раздражительности у 6 больных; распространением боли в ухо у 5 больных; заложенностью уха у 4 больных; затруднением дыхания у 3 больных; гнусавостью у 5 больных.

Папиллома. Из ДО наиболее распространены папилломы. Они часто локализуются на небных дужках, миндалинах, слизистой оболочке мягкого

неба и редко - на задней стенке глотки. Папилломы глотки - это единичные образования, диаметр которых редко превышает 1 см.

Папиллому среди ДО глотки встречают довольно часто. Плоскоклеточные папилломы небных дужек, миндалин, язычка и свободного края мягкого неба, как правило, единичны.

Папиллома - образование с сероватым оттенком, неровными краями и зернистой поверхностью, подвижное, поскольку чаще всего оно имеет тонкое основание (ножку). Слизистая оболочка вокруг папилломы не изменена.

Окончательный диагноз устанавливают, основываясь на результатах гистологического исследования.

Гемангиома. Частая опухоль ротоглотки - гемангиома. Она имеет много разновидностей, но в среднем отделе глотки преобладают кавернозные диффузные и глубокие капиллярные гемангиомы. Значительно реже можно встретить ветвистые венозные или артериальные сосудистые опухоли.

Гемангиому в среднем отделе глотки встречают несколько реже, чем папиллому.

Глубокая капиллярная гемангиома покрыта неизменной слизистой оболочкой, контуры ее нечеткие.

По внешнему виду опухоль трудно отличить от невриномы и других новообразований, локализующихся в толще тканей. Кавернозная и венозная гемангиомы чаще всего расположены поверхностно. Они синюшные, поверхность этих опухолей бугристая, консистенция мягкая. Инкапсулированные кавернозные гемангиомы имеют четкие границы. Ветвистая артериальная гемангиома, как правило, пульсирует, и эта пульсация заметна при фарингоскопии. Поверхность опухоли может быть бугристой. Артериальную гемангиому необходимо дифференцировать в первую очередь от аневризмы (с помощью ангиографии).

Границы гемангиомы определить трудно. Это связано с тем, что опухоль распространяется не только по поверхности, но и в глубь тканей, нередко достигая сосудисто-нервного пучка шеи, заполняя зачелюстную

область или возникая в виде припухлости, чаще спереди от грудино-ключично-сосцевидной мышцы.

Смешанная опухоль. Смешанную опухоль обнаруживают в среднем отделе глотки так же часто, как и гемангиому. Развивается она из малых слюнных желез. По частоте возникновения это новообразование уступает лишь папилломе. В связи с большим полиморфизмом ее принято называть смешанной опухолью или полиморфной аденомой. В ротоглотке смешанная опухоль может локализоваться в толще мягкого неба, на боковой и, реже, на задней стенке среднего отдела глотки. Поскольку опухоль возникает и развивается в глубине тканей, на поверхности стенок глотки она выглядит как хорошо очерченная припухлость плотной консистенции, безболезненная при пальпации, с неровной поверхностью. Слизистая оболочка над опухолью не изменена. По внешнему виду отличить смешанную опухоль от других новообразований данной локализации (невринома, нейрофиброма, аденома) не представляется возможным. Окончательный диагноз устанавливают на основании результатов гистологического исследования.

Фиброма ротоглотки. Фибромы ротоглотки представляют собой соединительнотканые ДО и встречаются в виде фибромиом, ангиофибром, фибролипом. Они чаще всего имеют форму полипа, прикрепляясь тонкой ножкой к миндалинам, небным дужкам и, реже, к мягкому небу, задней стенке глотки и корню языка. На ощупь могут быть мягкими (ангиофибромы) и более плотными (фибромиомы); цвет их ярко-розовый, иногда с синюшным оттенком, поверхность гладкая (рис. 78).

Близки к фибромам полипы, имеющие также соединительнотканное происхождение, очень похожие на них своим видом, но в отличие от фибром, имеющие более бледную окраску, чем окружающая слизистая оболочка. Полипы имеют ножку и локализуются в тех же местах, что и фибромы. Жалобы больных сводятся к ощущению чего-то постороннего в горле.

Фибромы и полипы подлежат только хирургическому удалению петлей, конхотомом или ножницами; при локализации их на миндалине рекомендуется удалять опухоль вместе с миндалиной.

При фибромах корня языка, особенно если они прикрепляются широким основанием, иногда приходится прибегать к фаринготомии (подъязычной или боковой) с целью улучшения доступа к опухоли.

Такие опухоли, как липома, лимфангиома и др., в среднем отделе глотки встречаются редко. Из этих опухолей лишь остеому можно диагностировать без гистологического исследования. Она рентгеноконтрастна, однако окончательный диагноз все же устанавливают на основании результатов гистологического исследования, позволяющего определить морфологическую структуру опухолевого очага.

Как было указано выше, в наших исследованиях принимало участие 28 больных ДОР. Всем больным, находящимся под нашим наблюдением, проведено клиническое обследование, которое включало детальный расспрос, выявление жалоб, сбор анамнестических данных, осмотр ротоглотки, оценку состояния внутренних органов.

Сбор жалоб больных и данных анамнеза имеет важное значение в диагностике и выборе тактики лечения. На основании полученных данных можно сделать предположение о характере и исходной локализации процесса. По давности развития процесса можно судить о доброкачественном и злокачественном характере опухоли. Часто встречались опухоли, занимающие всю полость ротоглотки, иногда распространяющиеся в смежные области. В таких случаях установить исходную локализацию опухоли представлялось возможным с большой степенью вероятности только путем тщательного ретроспективного анализа первичных симптомов.

2.2. Методы обследования больных

В связи с тем, что в последнее время отмечается бурный рост онкологических заболеваний ЛОР-органов, необходимо повысить ценность

своевременной и ранней диагностики заболеваний ротоглотки, в последующем приводящих к развитию онкологических заболеваний. Для раннего выявления ДОР необходимо проводить своевременные профилактические медосмотры населения. С этой целью необходимо планомерно и регулярно выполнять осмотр местного населения в сельских врачебных пунктах и районных поликлиниках, а также постоянно повышать уровень квалификации врачей, своевременно проводить санпросвет работу населения.

Характеристика методов исследования. Всем больным, находящимся под нашим наблюдением, проведено клиническое обследование, которое включало детальный расспрос, выявление жалоб, сбор анамнестических данных, осмотр ротоглотки, оценку состояния внутренних органов, эндоскопическое исследование ЛОР-органов.

2.3.1. Сбор анамнеза

Сбор жалоб больных и данных анамнеза имеет важное значение в диагностике и выработке плана лечения. На основании полученных данных можно сделать предположение о характере и исходной локализации процесса. По давности развития процесса можно судить о доброкачественном или злокачественном характере процесса. Часто встречались опухоли, занимающие всю полость ротоглотки, иногда распространяющиеся в смежные области. В таких случаях установить исходную локализацию опухоли представлялось возможным, с большей степенью вероятностью, только путем тщательного ретроспективного анализа первичных симптомов.

Как было отмечено выше, развитию ДОР зачастую предшествуют их различные заболевания, а также изменения других органов и систем. В связи с этим мы уделяли большое внимание перенесенным ранее травмам, хроническим воспалительным заболеваниям ротоглотки и тд.

2.3.2. Наружный осмотр

При наружном осмотре обращали внимание на внешний вид ЛОР-органов. Проводили пальпацию регионарных лимфоузлов, порой отмечали незначительное увеличение.



Рис 2.7. Методы исследования ДОР

2.3.4. Фарингоскопия

Большое значение при диагностике заболеваний отводили клиническим объективным методам исследования, которые не требуют сложного оборудования или инвазивного вмешательства в организм.

Фарингоскопия – это методика визуального исследования слизистой оболочки горла. Название походит от греческих слов *pharyngos*, *pharynx*, что в переводе означает глотка и *skopeō*, что означает рассматривать, исследовать.

Методикой фарингоскопии должен владеть не только ЛОР-врач, а и любой другой.

Провели фарингоскопия во всех случаях при подозрении на ЛОР заболевание, аномалии развития, подозрении на опухоль, сторонний предмет или с профилактической целью.

При фарингоскопии обращали внимание на цвет и состояние слизистой оболочки ротоглотки, небных миндалин, передней и задней дужки, задней стенки глотки и корня языка. При необходимости проводили эпифарингоскопию и непрямую ларингоскопию, выявляя степень прорастания ДОР в носоглотку и гортаноглотку.

2.3.3. Микроскопия

Стационарный микроскоп нашел широкое применение в клинической практике. Сейчас уже трудно представить себе обследование ЛОР-органов без применения микроскопа. Операционный микроскоп используется не только при хирургических вмешательствах по поводу ОР но и при исследовании больных. Изучение опухоли под микроскопом дает возможность определить более точно границы новообразования, а иногда и характер самой опухоли.

Под микроскопом с небольшим увеличением (x5) производили общий осмотр очага, изучали его поверхность, состояние слизистых оболочек вокруг опухоли. Даже при таком увеличении можно отметить микроизъятия, бугристость новообразования, недоступные определению невооруженным глазом. Такое увеличение помогает определить усиление или атипичию сосудистого рисунка в опухолевом очаге или вокруг него.

Детальное изучение сосудистого рисунка проводили под 10 или 20 кратным увеличением. Это увеличение позволяет основательно изучить характер ветвления сосудов, их диаметр и ход. При таком увеличении хорошо видны края и дно микроизъятий. В изучении сосудистого рисунка некоторую ясность может внести применение сосудосуживающих средств

(адреналин). Адреналиновую пробу при ОР мы проводили непосредственно перед радикальным вмешательством по поводу новообразований. Подкожно вводили 1% раствор новокаина с добавлением на каждый миллилитр новокаина одной капли 0,1% раствора адреналина. Кожа вокруг опухоли бледнела, сосуды суживались как в результате сдавления, так и под влиянием воздействия раствора адреналина. Атипичные участки сосудов на адреналин не реагируют. Они остаются хорошо заметными на анемичном бледном фоне. После проведения и оценки этой пробы новокаин вводили в глубь ткани глотки и инфильтровали ткань вокруг опухоли.

Сосудистый рисунок лучше виден при зеленом свете. Для изучения сосудистого рисунка пользовались зеленым светофильтром. В зеленом свете сосуды видны контрастно и четко.

Сосуды напоминали ветвление дерева от крупных до мелких веток. Отдельные ветви анастомозировали между собой, образовывали петлистую сеть. Во время воспаления сосуды расширялись и были полнокровны.

2.3.5. Компьютерная томография

Особое место среди методов лучевой диагностики, позволяющих верифицировать патологический процесс ЛОР-органов, занимает **компьютерная томография (КТ)**. Метод обладает значительно большей разрешающей способностью при исследовании патологий ЛОР-органов и имеет существенные преимущества перед традиционной рентгенографией. КТ дает изображение поперечного анатомического среза исследуемой части тела. Изучение компьютерных томограмм ротоглотки позволяет создать образ их пространственного построения, при этом предельно четко регистрируется разница плотности отдельных тканей: кости, слизистой оболочки, жидкости. Используются обычно коронарная, аксиальная или сагиттальная проекции.

Метод дает четкое пространственное отображение взаимоотношения внутриглоточных структур, позволяет судить о характере анатомических

нарушений и их влиянии на развитие патологического процесса, является важным подспорьем при планировании объема хирургического вмешательства и облегчает ориентировку хирурга во время операции. Наличие предоперационных компьютерных томограмм помогает хирургу избежать ненужных вмешательств на интактных участках ротоглотки и тщательно спланировать ход предстоящей операции. Метод позволяет уточнить распространенность патологического процесса в ротовую полость, носовую и гортанную часть глотки, установить причины рецидивирования в них воспалительного процесса, избежать повреждения жизненно важных окружающих структур. В стандартной ситуации при подготовке к операции достаточно выполнения компьютерной томографии только в одной, коронарной проекции в сложных для диагностики случаях. В сложных случаях назначается компьютерная томография в двух проекциях - коронарной и аксиальной.

Мы проводили исследования на аппарате «Somotom-2». Аппарат универсален, рассчитан на исследования любого участка тела. Исследование головы можно проводить как в горизонтальной, так и вертикальной плоскостях (горизонтальные и продольные срезы). Продольный срез (коронарная проекция) в сочетании с другим дает возможность получить объемное представление (изображение) о новообразовании. Толщина среза и ширина шага (минимальная) составляет 2мм. Положение больного во время исследования, лежа на спине, голова зафиксирована на специальном подголовнике.

Компьютерную томографию мы применили для обследования больных ДОР. Компьютерную томографию назначали не всем больным, но по показаниям назначали для определения распространенности опухоли на основании информации, полученной методами исследования, которые дешевле и доступнее.

2.3.6. Магнитно-резонансная томография

Еще более совершенным методом лучевой диагностики мягкотканых образований является **магнитно-резонансная томография (МРТ)**. Метод основан на возможности регистрации высокочастотных сигналов от ядер водорода (протонов) в ответ на воздействие радиочастотными импульсами в магнитном поле. Получаемый сигнал улавливается индукционной катушкой, расположенной вокруг исследуемого объекта. МРТ- характеристиками исследуемого объекта служат такие параметры, как протонная плотность и время релаксации протонов T1 и T2, которые в комплексе влияют на контрастность изображения тканей. С использованием МРТ удается получать более высокое качество изображения мягких тканей, при этом отсутствует лучевая нагрузка, возможно сканирование и получение срезов в любой плоскости. Преимуществом МРТ является то, что она может быть выполнена в любой плоскости без перемены положения пациента.

В ряде случаев МРТ за счет хорошей разрешающей способности в отношении мягких тканей имеет преимущества перед КТ при дифференциации ДО, а также при необходимости перед операцией иметь точное представление о границах распространения опухоли в различных плоскостях. МРТ позволяет дифференцировать опухолевую ткань от вторичных воспалительных изменений. Метод дает ценную информацию при интраорбитальном или интракраниальном распространении опухоли, хорошо показывая прорастание в твердую мозговую оболочку, при этом плотная кость и plombировочные материалы не дают заметных артефактов.

С точки зрения лучевого воздействия КТ и МРТ менее агрессивны, чем рентгенография.

МРТ также имела место в наших исследованиях. Данным методом диагностики мы пользовались для дифференциации ДО от злокачественных а также для уточнения распространения патологического процесса в ротоглотку и близлежащие анатомические структуры.

2.3.7. Гистологическое исследование



Рис 2.8. Гистологическое исследование

Гистологическое исследование проводили в клинике СамМИ на кафедре патологической анатомии. Присланный материал окрашивался наиболее распространенным методом- гематоксилин эозином.

Эта окраска является двойной: гематоксилин – основной краситель – окрашивает ядра клеток, эозин – кислый краситель, красит цитоплазму клеток и в меньшей степени различные неклеточные структуры. Гематоксилин представляет собой экстракт древесины кампешевого дерева, произрастающего в Америке. Эозин – искусственная краска.

Подготовка срезов к окраске: заключается в их кратковременной обработке спиртом. Поскольку при заливке в парафин или целлоидин материал обезживался в спиртах, срезы, полученные при этих способах заливки, в особой подготовке для окраски гематоксилин-эозином не нуждались. Обрабатывать необходимо замороженные срезы. При этом происходит их обезжиривание и другие изменения в структуре, что значительно улучшает окрашивание гематоксилин-эозином. Срезы

обрабатывали в 96 градусном спирте не более 3-5 минут. Из спирта срезы переносили обратно в дистиллированную воду.

Окраску производили сначала гематоксилином. Срезы из воды переносили в раствор красителя (в зависимости от того, как приготовлен срез, для окраски и других манипуляций пользовались биологическими стаканчиками, бюксами, часовыми стеклами или наносили раствор на предметное стекло). Начиная окраску, на первых 2-3 срезах определили время окраски и затем, уже строго придерживались установленного срока, красили все остальные срезы данного блока. Нужно только помнить, что во всех случаях, если краска зрелая, для получения хорошего окрашивания ядер требуется не более 5-6 минут.

Срез из гематоксилина переносили в дистиллированную воду и на предметном стекле контролировали при слабом увеличении микроскопа. Если окраска была удачной, ядра клеток имели интенсивный красновато-фиолетовый цвет, в них отчетливо видны ядрышко и глыбки хроматина, цитоплазма клеток не окрашивалась. Если ядра имели слабый фиолетовый цвет и в них не удавалось отчетливо видеть какие-либо структуры, то мы увеличивали время окраски. Когда ядра настолько сильно закрашивались, что выглядели почти черными (красноватый оттенок сохраняется), внутриядерные структуры были видны нечетко, а цитоплазма клеток имела красновато-фиолетовую окраску, мы уменьшали время окраски.

Если гематоксилин окрашивал срезы очень быстро и, даже при кратковременной обработке ядра, резко переокрашивалось, мы применяли метод окраски с последующим ее ослаблением. С этой целью срезы красили несколько больше, чем нужно для получения нормальной окраски, т.е. заведомо переокрашивали. Для ослабления окраски срезы из воды переносили на несколько секунд в слабый раствор соляной кислоты в 70 градусном спирте (5-6 капель крепкой соляной кислоты на 100 мл спирта). При этом усиливался красный оттенок. В большинстве случаев достаточно опустить

срез в солянокислый спирт на 1-2 секунды, чтобы ослабилась окраска до желаемого тона.

Из гематоксилина или из солянокислого спирта срезы переносили на несколько минут в дистиллированную воду.

Далее следовала промывка в воде, с небольшим количеством щелочи. В такой подщелоченной воде срезы синели через 20-30 секунд. Практически промывали срез в течение 10-15 минут (до его посинения) в водопроводной воде. Окрашенные гематоксилином и промытые водопроводной водой срезы переносили в дистиллированную воду на 3-5 минут. Для окраски цитоплазмы клеток срезы переносили на $\frac{1}{2}$ - 2 минуты в раствор эозина. Продолжительность обработки здесь также зависела от самого объекта, фиксации и т.д., поэтому следует в каждом отдельном случае определить продолжительность окраски на нескольких срезах. При удачной окраске срез имел равномерный желтовато-розовый цвет.

В результате промывания срезов в водопроводной воде, цвет ядер становился интенсивно синим.

Описанная двойная окраска гематоксилином – эозином. Эрлиха является наиболее распространенным методом окрашивания ядер и фона цитоплазмы и различных неклеточных структур. Существует много других ядерных и фоновых красок, которые в сочетании дают принципиально те же результаты.

Сопоставляя информативность методов диагностики, исходя из локализации и структуры, объема прорастания ДОР нами разработан алгоритм распределения больных для ранней диагностики и своевременного лечения.



Рис 2.9. Алгоритм распределения больных

ГЛАВА III. КЛИНИКА И ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ РОТОГЛОТКИ.

3.1. Клиническое течение доброкачественных опухолей ротоглотки (ДОР)

Успех лечения ДОР во многом зависит от выявления их на ранних этапах развития, своевременности обращения больного к врачу и сроков, прошедших с момента установления диагноза до направления больного в стационар. Из этого вытекает важность изучения начальных клинических проявлений, их изменения в процессе роста опухолей. Представляет интерес анализ сроков поступления больных в стационар с момента начала заболевания.

Для ДОР характерны такие симптомы, как ощущение инородного тела в глотке, першение, сухость в глотке, несильная боль по утрам при глотании слюны («пустой глоток»), затруднение глотания, поперхивание при приеме жидкой пищи. Болевые ощущения для ДОР нехарактерны. Боли при глотании или независимо от глотания могут возникать при изъязвившихся сосудистых опухолях. Кровотечение и примесь крови в мокроте и слюне характерны лишь для гемангиом.

Клинические проявления опухолевого процесса, в частности ДОР зависели от места локализации последних. По локализации процесса больные распределены следующим образом (количество, проценты), что нашло свое отражение в таблице №3.1.

На передней поверхности мягкого неба ДОР локализовались у 4 больных(14%), на боковых стенках ротоглотки у 5 больных(18%), на задней стенке ротоглотки у 5 больных(18%), на корне языка у 5 больных(18%) и на дужках небных миндалин у 9 больных(32%).

Распределение больных в зависимости от локализации опухолей					
Фрагменты ротоглотки					
	Мягкое небо	Латеральные стенки ротоглотки	Дужки небных миндалин	Задняя стенка ротоглотки	Корень языка
	4	5	9	5	5
Всего (%)	14	18	32	18	18

Рис 3.1. Распределение больных от локализации опухолей.

Симптомы ДОР зависимо от локализации, структуры, прорастания и сдавления проявлялись разнообразно: наличием инородного тела в глотке у 13 больных; затруднением глотания у 10 больных; болью в глотке у 9 больных; наличием раздражительности у 6 больных; распространением боли в ухо у 5 больных; заложенностью уха у 4 больных; затруднением дыхания у 3 больных; гнусавостью у 5 больных.

Клинические симптомы ДОР

Распределение больных в зависимости от клинических симптомов					
Местные симптомы	Количество больных	%	Симптомы появившиеся после сдавления окружающих тканей	Количество больных	%
Наличие инородного тела в горле	13	46	Распространение болей в ухо	5	18
Затруднение глотания	10	35	Заложенность уха	4	14
Боль в горле	9	32	Затруднение дыхания	3	10
Наличие раздражительности	6	22	Гнусавость	5	18

3.2. Информативность различных методов диагностики ДОР.

В настоящее время не вызывает сомнения необходимость комплексной диагностики ДОР. Несмотря на это мы проанализировали информативность и значимость примененных нами методов исследования в отдельности, так как не везде и в первую очередь в первичном звене оказания медицинской помощи, существует возможность комплексного их применения.

С самого начала следует отметить, что информационная ценность различных методов диагностики ДОР у всех обследованных больных зависела от локализации и распространенности поражения, морфологического строения опухоли. Результаты сравнивали в первую очередь с подтвержденными гистологическим исследованием окончательным диагнозом и данными других методов исследования.

Высокой была диагностическая ценность клинико-анамнестических исследований. Подробное выяснение характера жалоб больных, тщательное изучение анамнестических данных, проведение простейших, доступных методов, таких как осмотр и пальпация позволили нам у всех обследованных больных заподозрить опухолевой характер заболевания.

Рентгенологическое исследование производилось всем больным, однако оно не позволяло с достаточной степенью точности судить о гистологической структуре и размерах опухолевого процесса, так как не определялись его границы.

Рентгенологическое исследование с применением томографии ротоглотки при его опухолевом поражении позволяло лишь косвенно судить о его наличии и распространенности. Рентгенотомографическая картина опухолей зависела от величины и природы опухоли.

В 44% случаях результаты серийной томографии совпадали с данными клинического обследования, операционными находками, верифицированными гистологически.

В 7 случаях имело место расхождение, связанное с невозможностью отдефференцировать при серийной томографии опухолевую ткань от гиперплазии слизистой оболочки.

КТ и МРТ, выполненные у 17 и 7 пациентов соответственно, оказались наиболее информативными диагностическими методами исследования ДОР независимо от их гистологической структуры и стадии развития. У 7 пациентов эти два метода были выполнены одновременно, что дало возможность до тончайших деталей определить стадию заболевания и разработать план предстоящей операции.

Однако проанализировав данные КТ, мы пришли к заключению, что с помощью этого метода в настоящее время невозможно отдефференцировать ДОР от злокачественных новообразований и опухолеподобных заболеваний, так как компьютерно-томографические признаки данных опухолей не имеют существенных различий.

В тоже время в ряде случаев совокупность КТ и МРТ признаков и объективные данные позволяет с достаточной степенью точности судить о природе опухолевого процесса.

Результаты КТ сравнивали с данными клинического обследования, операционными находками, верифицированными гистологическим исследованием. Данные КТ полностью совпадали с операционными находками у 15 из 17 обследованных больных, то есть диагностическая точность метода составила 88,2%.

Данные МРТ полностью совпали с операционными находками у 6 больных, у 1 имело место расхождение результатов.

В 1 случаях имела место расхождение диагнозов, так как при компьютерной томографии не удалось отдифференцировать опухолевую ткань от вторичного (полипозного) воспалительного процесса.

Проанализировав наши наблюдения, мы пришли к заключению, что метод МРТ обладает рядом преимуществ перед КТ, к которым относятся:

- возможность изменения ориентации плоскости сканирования (аксиальная, фронтальная, сагиттальная) без перемены положения частей томографа или тела пациента, что достигается простым изменением градиентных полей;
- МРТ позволяет составить более полное представление о размерах и распространенности процесса;
- метод позволяет получить высококонтрастное изображение мягкотканых образований;
- отсутствие ионизирующей радиации и артефактов от костных структур, возможность повторного исследования в процессе лечения без вреда для больного.

В тоже время МРТ не лишена некоторых недостатков, основными из которых являются:

- сложность, а порой и невозможность определения деструкции кости и кальцификации, так как сигналы от кости при этом методе не регистрируются;

- более длительное, чем при КТ время сканирования;
- получение магнитно-резонансного изображения невозможно у лиц со стальными зубными протезами, которые вызывают обширные зоны выпадения сигнала в области лицевого скелета за счет нарушения однородности магнитных полей.

Таким образом, наиболее ценными методами диагностики ДОР являются КТ и МРТ, однако не один из этих методов не может заменить другой, они взаимно дополняют друг друга.

В настоящее время основным методом лечения ДОР является хирургический. Выбор того или иного способа хирургического лечения зависит от локализации и распространенности опухолевого процесса. Известно, что важным требованием, предъявляемым к хирургическим методам лечения опухолей, является максимально радикальное их удаление, что позволяет предупредить развития рецидива. С другой стороны, при ДОР необходимо бережно относиться к окружающим тканям и учитывать косметический эффект операции.

Применение малоинвазивной эндоскопической хирургии (хирургического лазера и криодиструкции) в нашей работе основано на минимизировании области вмешательства в организм, степени травмирования тканей, уменьшении кровопотери и рецидива.

Данные технологии являются усовершенствованными и предлагаются впервые в ЛОР-отделении клиники СамМИ. Методы хирургических операций с применением лазерной хирургии для лечения папиллом, фибром, полип-кисты, а также криохирургии для лечения гемангиом ротоглотки открыли широкие возможности в оториноларингологии. Получив хороший клинический эффект были отмечены преимущества малоинвазивной эндоскопической хирургии (лазерной и криохирургии) по сравнению с другими видами доброкачественных опухолей и опухолеподобных образований ротоглотки. К настоящему времени техника лазерных и криохирургических вмешательств разработана практически для всех

нозологий в оториноларингологии. Такое распространение лазерных технологий и криодиструкции обусловлено, с одной стороны высокой воспроизводимостью методов лазерных и криохирургических вмешательств, а с другой- более быстрым, по сравнению со скальпельным, заживлением ран и практически полным отсутствием и уменьшением кровотечений и рецидива.

Возможность осуществления точных, строго дозированных воздействий позволяет разработать органосберегающие операции. Использование малоинвазивной эндоскопической хирургии (лазерной и криохирургии) позволяет резко снизить величину послеоперационного отека, избежать нежелательных последствий и сократить время больного в операционной и стационаре в целом.

ЛЕЧЕНИЕ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ РОТОГЛОТКИ

Применение лазера «AESCULAP» tm 350 и криодеструкции во время операции мало травмирует окружающие ткани и предотвращает послеоперационные кровотечения.



Рис 3.3. Лечение доброкачественных опухолей ротоглотки.

Учитывая малоинвазивность, почти безболезненность, практическое отсутствие послеоперационных реактивных явлений, высокую точность при

работе, рекомендуется широкое применение малоинвазивной эндоскопической хирургии (лазерной и криохирургии) для лечения ДОР.

Распределение больных на группы, в зависимости от способа лечения

В ЛОР-отделении клиники СамМИ наблюдалось 28 больных ДОР с 2012-2015 г.г. Все больные были разделены нами на 2 группы.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ

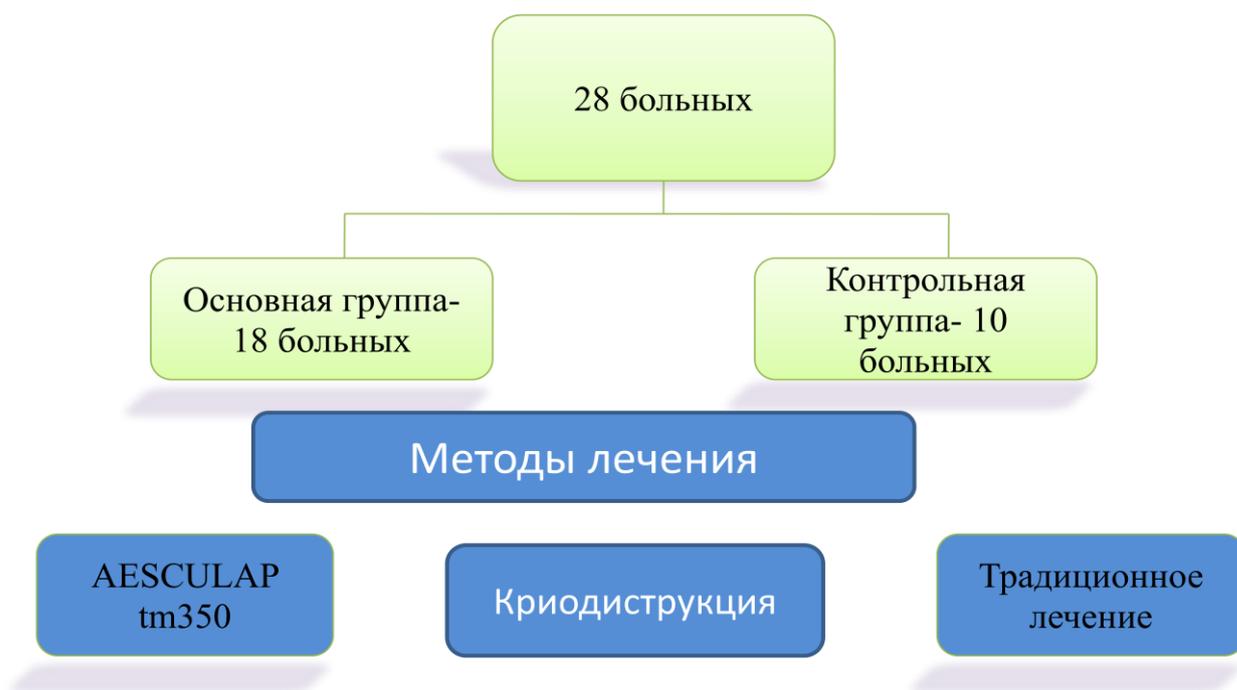


Рис 3.4. Материалы и методы лечения.

В контрольную группу входило 10 больных ДОР, что составляло 36% от общего числа больных (см. рис. №3.2). У больных контрольной группы мы применяли традиционные виды хирургического удаления без применения малоинвазивной эндоскопической хирургии (лазерной и криохирургии).



Рисунок №3.5. Метод лечения больных в контрольной группе

Во вторую, основную группу, входило 18 больных- 64% от общего числа больных, которым удаление ДОР производилось при помощи малоинвазивной эндоскопической хирургии (лазерной и криохирургии).



Рисунок №3.6. Метод лечения больных в основной группе

Как было указано выше, в контрольную группу входило 10 больных(36%) с ДОР, которым применялись традиционные хирургические методы лечения. Тактика хирургического вмешательства и объем операции зависел от клинического течения опухоли, обусловленного исходной локализацией, типом роста новообразования и степенью поражения близлежащих анатомических структур.

Выбор способа оперативного вмешательства при ДОР зависит от характера новообразования, его месторасположения и объема. При опухоли незначительной величины, прикрепленной на ножке, удаление осуществлялось со стороны полости рта при помощи петли. Незначительных размеров опухоли с широким основанием удалялись конхотомом. Удаление новообразований значительной величины осуществлялось режущим инструментом. Опухоли, имеющие склонность к кровотечению, устраняли при помощи хирургической диатермии. Для предупреждения возможного кровотечения при удалении гемангиом режущим инструментом предварительно вводили в нее склерозирующее вещество, в частности спирт. Удаление ДОР малой величины обычно проводилось в сидячем положении с применением поверхностного обезболивания. При новообразованиях значительной величины и широком основании поверхностное обезболивание может быть недостаточным, в связи с чем приходилось применять инфильтрацию 0,5% раствора новокаина в окружности предполагаемого вмешательства.

Удаление ДОР в целях снижения глоточного рефлекса велось натошак. Оперативное вмешательство обычно легко переносится и сопровождается незначительным кровотечением, которое легко останавливалось. В послеоперационном периоде больному назначали дезинфицирующее полоскание и предлагали в течение 2-3 дней воздерживаться от горячей и грубой пищи.

Предоперационная подготовка больных

Подготовка больного к оперативному вмешательству заключается в санации полости рта, что осуществлялось пломбированием и при необходимости удалением кариозных зубов. В целях повышения сопротивляемости организма истощенным больным в предоперационном периоде назначалось внутривенное введение 40% глюкозы, ослабленным больным следовало провести предварительное переливание крови. Перед операцией провели для предупреждения последующих осложнений антибиотикотерапия.

Обезболивание обычно проводилось инфильтрационным способом при помощи 1% раствора новокаина. Слизистая полости рта смазывали 10% раствором кокаина. При местном обезболивании проводили предварительное подкожное введение 1 мл 1% раствора морфина.

В контрольной группе в зависимости от локализации опухолевого процесса и степени его распространенности на соседние анатомические структуры удаление опухолей проводили по следующим методам: эндofарингеальное удаление. В основной группе больным по удалению опухолей проводили эндofарингеальное удаление с помощью петлевого лазерного аппарата «AESCLAP»™350 и криодеструктора.

Рис 3.7. «AESCLAP»™350



Виды лечебного воздействия, применяемые больным ДОР

В клинике применяли два вида эндонфарингеального хирургического вмешательства:

- 1) удаление опухоли при помощи лазерного аппарата AESCULAP TM350
- 2) удаление опухоли при помощи криодеструктора
- 3) удаление опухоли при помощи полипной петли и конхотома.

	Виды хирургического вмешательства			Всего
	Эндонфарингеальное удаление при помощи лазерного аппарата «AESCULAP TM350»	Эндонфарингеальное удаление при помощи криодеструктора	Эндонфарингеальное удаление опухоли при помощи полипотомом и конхотомом.	
<u>Передняя поверхность мягкого неба</u>	2(7%)		1(3,5%)	3(11%)
<u>Боковые стенки ротоглотки</u>	3(11%)	1(3,5%)	2(7%)	6(21%)
<u>Задняя стенка ротоглотки</u>	4(14%)		1(3,5%)	5(18%)

<u>Корень языка</u>	2(7%)	2(7%)	1(3,5%)	5(18%)
<u>Небная миндалина</u>	3(11%)	4(14%)	2(7%)	9(32%)
Всего	14(50%)	7(25%)	7(25%)	

Рис 3.8. Виды хирургического вмешательства.

Операцию проводили после местного обезболивания. (Удаление папиллом, фибром, полипа-кисты с помощью лазера дает хорошие результаты: рубцевания тканей не происходит, рецидивы крайне редки)

Криодеструкция— также доступный метод лечения ДОР (в особенности- гемангиом). Прижигание жидким азотом популярно для удаления разных новообразований в ротоглотке, так как имеет свои преимущества: не требует в большинстве случаев обезболивания, так как холод исключает чувствительность нервных окончаний.



Рис 3.9. Криодиструктор

Процедура простая, но требует подготовки и точности от врача, так как нужно самостоятельно оценить продолжительность воздействия на гемангиому. Криодеструкция может проводиться несколько раз.

Рубцы образуются крайне редко, рецидивы не чаще, чем при других методиках. На местах опухоли образуется струп (корочка), которая за несколько дней отпадает. Под ней возобновляется новая слизистая оболочка, сначала более светлая, затем приобретает привычный розовый здоровый цвет.

Но иногда глубокое расположение новообразований является показанием для применения современных эндоскопических аппаратов, способных с помощью насадок-манипуляторов достать папилломы в труднодоступных местах.

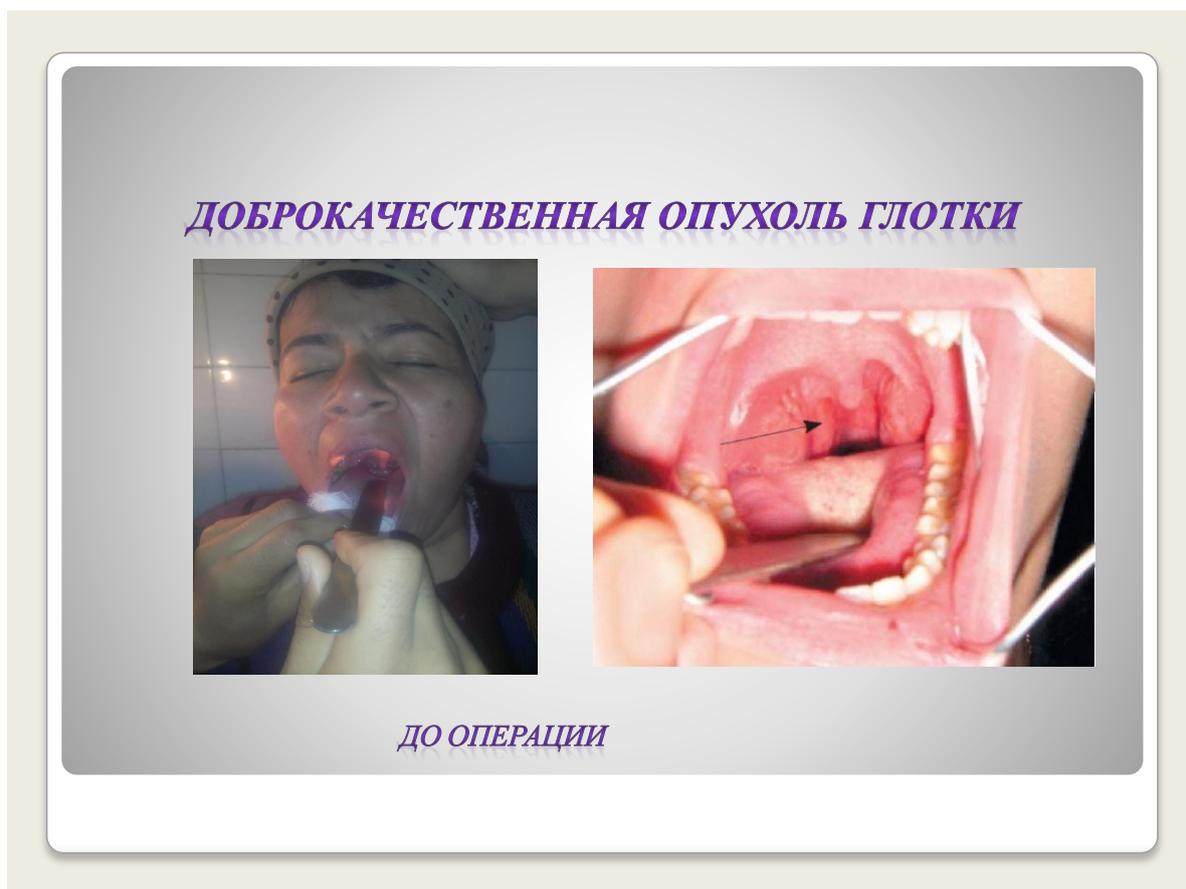


Рис 3.10. Доброкачественная опухоль ротоглотки.

Рассмотрим на примере из основной группы.

Больной Э., 21 лет, № ист. Болезни 6107/517, поступил в ЛОР-отделение клиники СамМИ 18.05.2014 года с жалобами на боль в горле, незначительное нарушение дыхания и затруднение глотания, общую слабость и недомогание. Из анамнеза: считает себя больным в течение 1,5- 2 года, травму отрицает. Связывает свое заболевание с частыми простудами.

При фарингоскопии: губы бледно-розового цвета, язык влажный, десна, твердое и мягкое неба без изменений. Небные миндалины увеличены, в поверхности определяются папилломы разных размеров: 0,5x0,5, 0,7x0,7, 0,8x0,8, 0,9x0,9 см., бледно-розового цвета, мягкой консистенции, поверхность неровная, лакуны расширены, отмечаются гнойно-казеозные пробки(последние локализованы в обоих небных миндалинах между передними и задними дужками). Глотание затруднено. Со стороны других ЛОР-органов патологий не выявлено.

На компьютерной томограмме глотки выявили объемное образование овальной формы, с четкими ровными контурами однородной структуры, полностью прикрывающее небные миндалины.



Рис 3.11. Компьютерная томография больного Э., 21 лет

После полного клинико-лабораторного обследования было решено произвести хирургическую операцию по удалению.

Операцию проводили после местного обезболивания. Учитывая сложный рельеф небных миндалин области дужек, порой из-за глубокого расположения папиллом применяли эндоскоп с углом отклонения оптической части на 12,30,70 градусов, как при диагностики, так и во время операций.

После хорошей визуализации провели лазерную хирургию с применением лазерного аппарата AESCULAP TM350.



Рис 3.12. Больной Э., 21 лет. Диагноз: папиллома небных миндалин ротоглотки. Операция с применением лазерного аппарата AESCULAP TM 350.

При гистологическом исследовании данного микропрепарата от 10.05.2014 №5902-06 выявлено гиперплазия небных миндалин с папилломатозом.

Рассмотрим пример больного из основной группы.

Больная Х. 43 года обратилась в ЛОР-отделение клиники СамМИ 6 февраля 2012 года с жалобами на наличие новообразования в области корня языка, на чувство инородного тела в глотке. Из анамнеза выяснили, что около 2-х лет назад в области корня языка появилось образование, которое постепенно начало увеличиваться в размерах. Заболевание ничем не связывает.

При фарингоскопии губы и десна бледно-розового цвета, твердое, мягкое небо без изменения, в зубах (при моляри, моляри) отмечается кариес. При гипофарингоскопии в корне языка отмечается образования 2х1,5 см. бледно-розового цвета, овальной формы, мягкой консистенции. При пальпации боль не отмечается. В других ЛОР-органах патологий не наблюдалось.

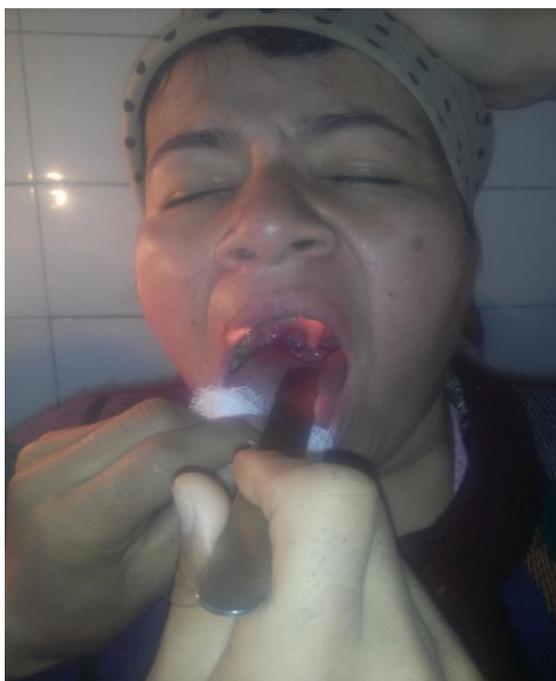


Рис 3.13. Больная Х., 43 года. Диагноз: смешанная опухоль корня языка.

Удаление при помощи AESCULAP TM 350.

Клинический диагноз: смешанная опухоль корня языка.

Больному после премедикации через 20 минут введено внутримышечно Sol. Ketanoli 2,0 +soldimedroli 1x 1,0. Местно обработано с 10% ледокаином и введено местно 1% новокаин 20,0. После хорошей анестезии при помощи лазерного аппарата AESCULAP TM 350 опухоль была удалена.

Полученный во время операции материал был отдан на гистологическое исследование.

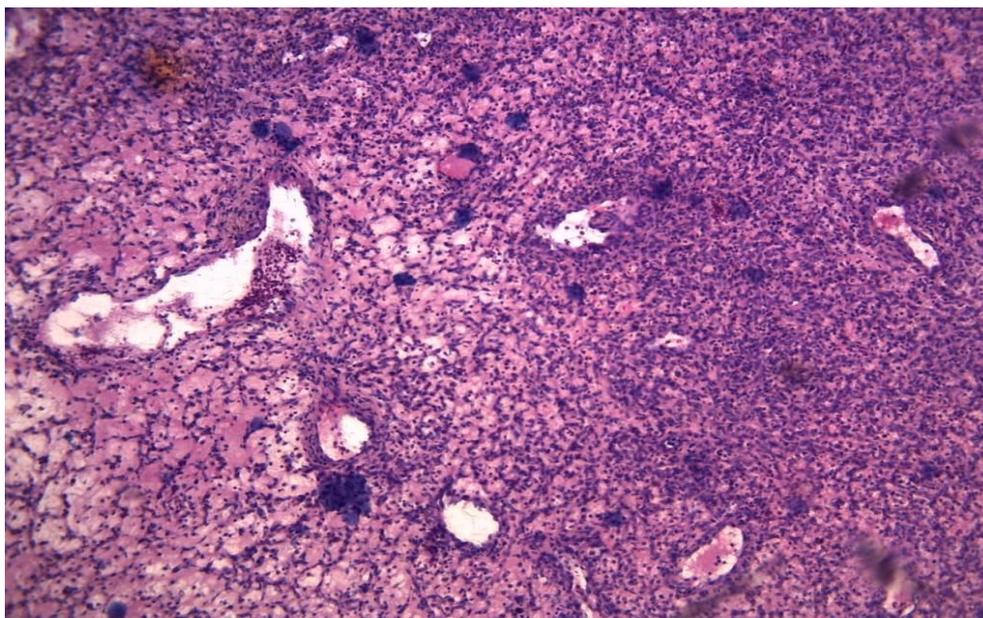


Рис 3.14. Микропрепарат

Рассмотрим пример больного из основной группы группы:

Больной У. 15 лет обратился в ЛОР-отделение клиники СамМИ 9 декабря 2013 года с жалобами на затруднение носового дыхания, чувство инородного тела в глотке, высокую температуру, тошноту и рвоту.

Из анамнеза: больной по поводу данного заболевания нигде раньше не лечился, свое заболевание ни с чем не связывает.

При фарингоскопии: язык влажный, налетов не отмечается. Твердое небо без изменений. На основании языка отмечаются образования 0,5-1 см. Поверхность бугристая, края неровные, твердой консистенции. Небные миндалины без изменения. Другие ЛОР-органы оставались без изменений.

Биопсия от 10 декабря 2013 года №13876/80 плоскоклеточная папиллома.

Операция №471 удаление гемангиомы правой небной миндалины. Провели криодеструкцию. Гемангиому прожгли жидким азотом.

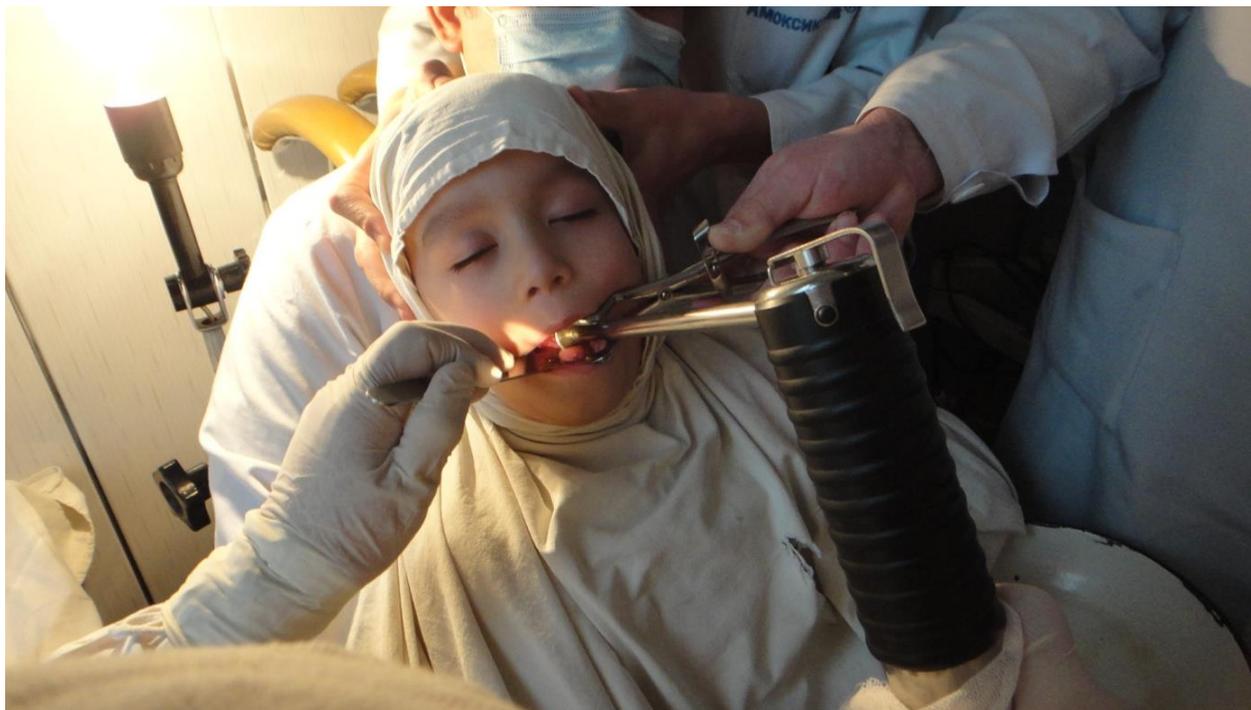


Рис 3.16. Больной У., 15 лет. Диагноз: гемангиома правой небной миндалины. Удаление криохирургическим путем.

Полученный во время операции материал был отдан на гистологическое исследование.

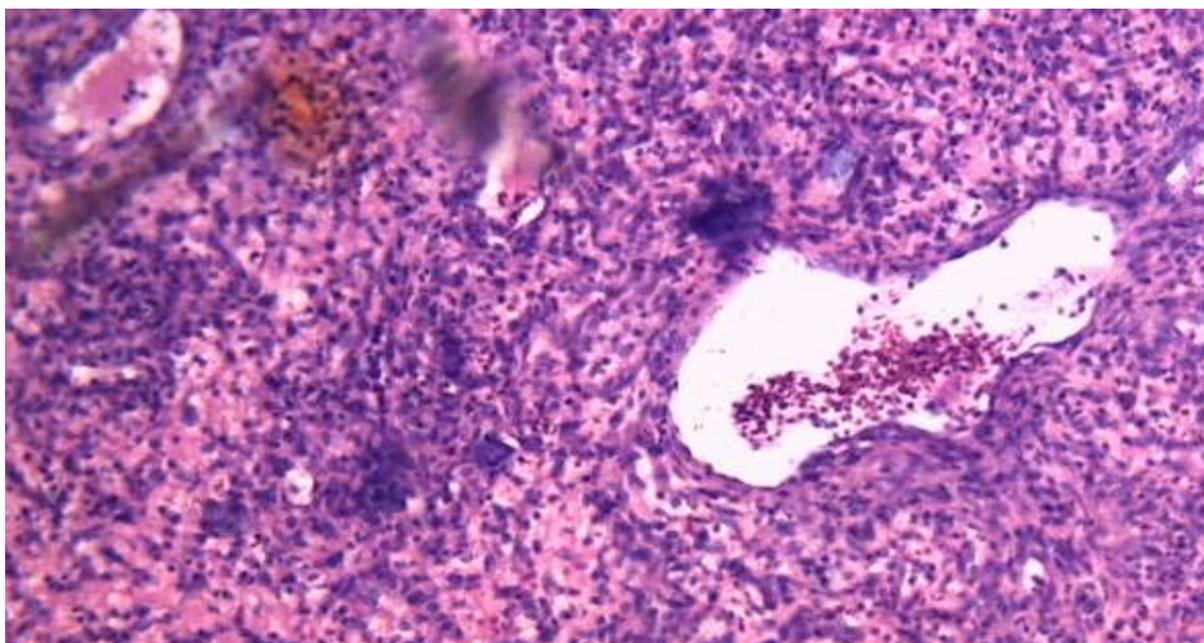


Рис 3.17. Больной У., 15 лет. Микропрепарат (окраска гематоксилин-эозином x160)

Рассмотрим пример больного из контрольной группы.

Больной Т. 37 года обратился в ЛОР-отделение клиники СамМИ 16 января 2014 года с жалобами на наличие новообразования в области левой небной миндалины, на чувство инородного тела в глотке. Из анамнеза выяснили, что около 3-х лет назад в области появилось образование в левой небной миндалине, которое постепенно начало увеличиваться в размерах. Заболевание ничем не связывает. В области левой небной миндалины по середине отмечается образования 4х2,5 см. бледно-розового цвета, овальной формы, мягкой консистенции, покрывающее миндалину. При пальпации боль не отмечается. В других ЛОР-органах патологий не наблюдалось. Клинический диагноз: папиллома левой небной миндалины. Больному после премедикации через 20 минут введено внутримышечно Sol. Ketanoli 2,0 +soldimedroli 1x 1,0. Местно обработано с 10% ледокаином и введено местно 1% новокаин 20,0. После хорошей анестезии при помощи скальпеля рассечена слизистая оболочка в области новообразования и проведен гемостаз. При помощи распатора и специальной ложкой образование отципоровано от окружающей ткани и удалено при помощи петли Бахона. Послеоперационная полость томпонирована и прошита кетгутум.



Рис 3.18. Больной Т., 37 лет. Диагноз: папиллома левой небной миндалины. Хирургическое удаление при помощи петли.

Полученный во время операции материал был отдан на гистологическое исследование.

Гистологическое исследование

Макропрепарат



Микропрепарат

(Окраска гематоксилин-эозином x160).

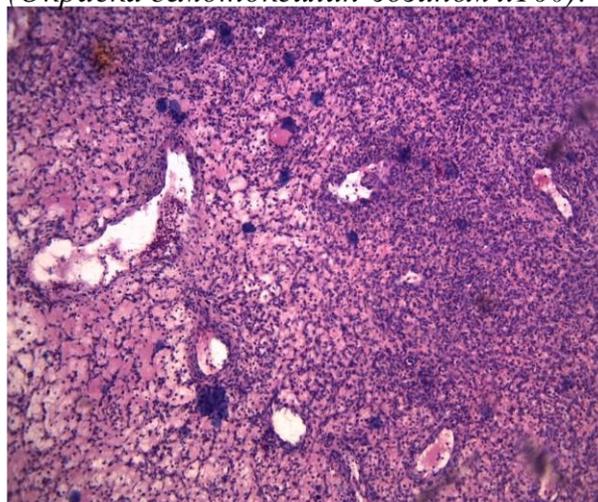


Рис 3.18. Гистологическое исследование.

3.3. Результаты лечения больных ДОР.

В настоящее время основным методом лечения ДОР является хирургический. Выбор того или иного способа хирургического лечения зависит от локализации и распространенности опухолевого процесса, морфологической структуры опухоли. Известно, что важным требованием, предъявляемым к хирургическим методам лечения опухолей, является максимально радикальное их удаление, что позволяет предупредить развитие рецидива. С другой стороны, при ДО необходимо бережно относиться к окружающим тканям, а при их локализации в ротоглотке учитывать косметический эффект операции.

Как видно из вышеизложенного, при лечении ДОР, наши больные были разделены на 2 группы (основную и контрольную). Больным контрольной группы, в количестве 10 человек мы применяли традиционные методы лечения, а именно различные способы хирургического удаления опухоли, в зависимости от локализации и размера последней. Больным основной группы в количестве 18 человек производились операции при помощи малоинвазивной хирургии.

Определение показаний к операции, выбор метода и объема хирургического лечения проводились нами на основании:

- локализации опухоли;
- распространенности процесса и его направления;
- морфологической структуры опухоли;
- индивидуальных условий течения заболевания с учетом общего состояния больного;
- наличия сопутствующих заболеваний.

В зависимости от объема предстоящего хирургического вмешательства планировали адекватный способ анестезии, которая имеет важное значение в исходе операции. Опубликованные данные, а так же наш собственный опыт свидетельствует о бесспорном преимуществе общего обезболивания при выполнении операций на ЛОР-органы. При выборе метода обезболивания мы отдавали предпочтение наркозу. 18 больному операция проведена под оротрахеальным интубационным наркозом. 3 больным под общим обезболиванием. У всех больных с ДО передней поверхности мягкого неба операция была выполнена под местным обезболиванием. Для обезболивания использовали 0,5-2% растворы новокаина или 2-10% растворы лидокаина с добавлением на каждый мл препарата одной капли 0,1% раствора адреналина гидрохлорида.

Результаты лечения больных ДОР, с использованием малоинвазивной эндоскопической хирургии, дал идеальный послеоперационный эффект, в то время как применение других видов хирургических вмешательств, дал менее благоприятный результат.

Рис 4.1. Результаты лечения в зависимости от метода лечебного воздействия ДОР.

За период проделанной работы, в нашем исследовании встретилось 2 рецидива заболевания из 10 больных контрольной группы, что составило 20% от общего количества больных данной группы. В основной группе рецидивов заболевания не наблюдалось. В ходе проведенного лечения у больных первой группы, в которую входило 10 человек (36%), на второй день после операции у 8 больных (80%) отмечалось кровотечение. У больных второй группы, в количестве 18 человек (64%), после операции на второй день кровотечений не отмечалось.

Рис 4.2. Результаты лечения больных ДО, в зависимости от их деления на группы

Группы	Хирургическое удаление ДО (контрольная группа)	Хирургическое удаление ДОР при помощи малоинвазивной эндоскопической хирургии (лазерной хирургии и криодеструкции) (основная группа)
Кол-во больных	10 больных(36%)	18 больных (64%)
2 день после операции (наличие кровотечения)	8 больных (80%)	-
4-5 день после операции (наличие кровотечения)	-	-
Кол-во рецидивов в течение 3-х лет	2 (20%)	-

Рис 4.3. Сравнение методов лечения.

Как видно из вышеуказанной таблицы, результаты лечения больных ДОР, с использованием малоинвазивной эндоскопической хирургии, дал идеальный послеоперационный эффект, в то время как применение других хирургических видов удаления ДОР без применения малоинвазивной эндоскопической хирургии, дал менее благоприятный результат.

При получении гистологического ответа, полученного нами при биопсии, выявились следующие виды ДОР. У основного количества больных -11 (39%) наблюдалась папиллома, у 7 (25%) больных гемангиому, у 5 (18%) больных фиброму и у стольких же больных (18%) наблюдалась смешанная опухоль.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проблема своевременного распознавания новообразований была и будет актуальной в оториноларингологии, так как конечный результат лечения больных с новообразованиями зависит от стадии заболевания в момент его обнаружения. Клинически опухоли проявляются лишь тогда, когда они достигают определенных размеров, выходят за пределы ротоглотки и начинают оказывать давление на окружающие ткани.

Для борьбы с ДОР предложено много методов: хирургический, криохирургия, электрокоагуляция, лазерная и СВЧ деструкция. Несмотря на это, нет четко сформулированных показаний к применению того или иного вида лечения, не определена возможность их сочетания и последовательность применения.

Ранняя диагностика и более успешное лечение больных ДОР имеет большое клиническое и важное социальное значение.

Все вышеизложенное указывает на необходимость изучения ранней диагностики и методов хирургического лечения больных ДОР.

Мнение авторов в ряде случаев подтверждается результатами гистологических исследований образований, удаленных из ротоглотки. Другие авторы высказывают сомнение в отношении значения воспаления в происхождении папилломы и считают, что папиллома ротоглотки является опухолевым, а не воспалительным процессом.

В настоящее время вопрос о взаимосвязи воспалительного и опухолевого процесса многие авторы оценивают по-разному. Привели наблюдения, свидетельствующие о том, что хроническое вялопротекающее воспаление является почвой для возникновения раковой опухоли.

Изменения в тканях, вызванные длительно-протекающим воспалительным процессом, способствуют возникновению ДОР.

Чаще всего инфицирование происходит при наличии микротравм:

- Во время традиционного полового контакта с человеком, не только имеющим клинические или субклинические инфекции, но и с вирусоносителями.
- Инфицирование новорожденных детей происходит при прохождении родовых путей инфицированной матери в результате аспирации содержимого влагалища и цервикального канала. Кроме того, известны случаи инфицирования детей рожденных путем кесарева сечения, что не исключает вероятность внутриутробного заражения.
- Возможно самозаражение во время бритья, эпиляции, обкусывание ногтей при наличии проявлений инфекции другой локализации.
- Не исключен воздушно-капельный механизм, поскольку мы в своей практике неоднократно наблюдали случаи заражения медицинских работников, которые проводили хирургические вмешательства пациентам с ДОР.
- Существует бытовой путь инфицирования. Заражение может происходить в таких местах общего пользования как бани, бассейны.
- Имеются данные о том, что заражение может происходить у лиц, которые занимаются разделками туш, обработкой мяса и рыбы.
- Инфицирование во время медицинских гинекологических и урологических осмотрах возможно лишь при использовании одноразовых медицинских инструментов и перчаток.

Внешний вид ДОР отличается разнообразием цвета. Также отличается разнообразием и вида. В начале заболевания симптомы могут отсутствовать. Клинические симптомы обычно зависят от ее локализации. Они вызывают определенные расстройства в тех случаях, когда своими

размерами нарушают анатомические соотношения и физиологическую функцию пораженного или смежных органов.

ДОР в первую очередь приводит к ощущению инородного тела в глотке, к несильной боли по утрам при глотании слюны, к затруднению глотания, к поперхиванию при приеме жидкой пищи, к сухости в глотке.

Диффузные, без четких границ опухоли, разрушая окружающие здоровые ткани, приводят не только косметическому дефекту, но поражая окружающие области и ткани, ДОР, возникшие в области ротоглотки легко, могут травмироваться, что влечет за собой образование длительно не заживающих язв и изъязвлений.

Большинство авторов рекомендуют начинать клиническое обследование больных ДОР с анализа жалоб, анамнестических сведений, клинического осмотра, пальпации [76;78;92]. Первые и ранние симптомы заболевания чаще всего отмечает сам больной и сообщает о них врачу в виде жалоб. Из анамнеза важно учесть порядок появления симптомов. Наличие травм и операций, наследственность, перенесенные заболевания. Тщательно собранный анамнез может дать ценную информацию о первых признаках заболевания, о развитии опухоли, о скорости и направлении ее роста [25, 36].

При осмотре определяется цвет опухоли, ее размер, наличия деформации лицевого скелета. Осмотр ЛОР-органов не всегда дает представление о размерах и распространенности опухоли [1, 18, 19].

Эндоскопический метод в диагностике новообразований ЛОР-органов является основным. Он очень эффективен и прост. При фарингоскопии, передней и задней риноскопии, определяется цвет слизистой оболочки ротоглотки, наличие новообразования. Осторожно используя зонд можно определить консистенцию и исходную локализацию опухоли, однако следует опасаться кровотечения.

Главное достоинство эндоскопии- это высокая разрешающая способность, отсутствие «слепых» зон при осмотре, относительно дешевизна метода. Данный метод позволяет более тщательно осмотреть ЛОР-органы, установить исходную локализацию и распространение опухоли, что крайне необходимо для выбора объема и методики вмешательства. Однако такое вмешательство может привести к кровотечению.

Рентгенологическое исследование предусматривает выполнение рентгенографии в стандартных и дополнительных проекциях. При дополнительных проекциях выполняются рентгенограммы, нацеленные на орган, который подозрителен при клиническом обследовании как пораженный новообразованием.

Метод компьютерной томографии приобретает все большее значение в диагностики новообразования. Компьютерная томография основана на принципе создания рентгеновского изображения с помощью ЭВМ. Рентгеновские лучи проходя через ткани преобразуются в энергию отраженных волн различной длины. Энергия волн воспринимается детектором, преобразуется в электрические импульсы и передаются в ЭВМ, которая в зависимости от рентгеновской плотности ткани, дает картину на экран монитора. Компьютерные томограммы можно производить негативные и контрастные. В качестве контрастного вещества используют уротраст. Компьютерная томография во многих случаях избавляет больного от сложных и не безопасных методов инструментального обследования. Позволяет получить убедительные данные не только топографо-анатомических взаимоотношениях органов и тканей, но и определить протяженность поражения и относительную степень проникновения в различные структуры. Дает информацию о состоянии таких труднодоступных областей, как корень языка, боковые стенки глотки и другие отделы и фрагменты. С помощью компьютерной томографии и клиники дает возможность судить о природе новообразования. В настоящее

время метод компьютерной томографии по мнению большинства авторов, является ведущим в диагностике новообразований.

Магнитно-резонансная томография (МРТ) основана на измерении реакции ядер атомов в молекулах воды, белков, липидов и др., в ответ на воздействие импульсами в магнитном поле. Ядра водорода (протоны) наиболее чувствительны к эффекту ядерно-магнитного резонанса. МРТ имеет следующие преимущества перед компьютерной томографией: 1- более высокая разрешающая способность тканей; 2- получение многоплоского изображения без изменения положения частей томографа и больного; 3- отсутствие воздействия радиации на пациента; 4- отсутствие артефактов от костных структур. Но вместе с преимуществами методов МРТ имеет серьезные недостатки в сравнении с компьютерной томографией; 1- более длительное время процедуры; 2- невозможность диагностики костных структур; 3- невозможность использования метода у лиц с металлическими протезами(обширная зона выпадения сигнала), искусственным водителем ритма сердца (возможность своя в работе)

Ангиография – метод рентгенологического исследования кровеносных сосудов с введением в них контрастных (дающих резкую тень и безвредных для организма) веществ. Ангиография наружной сонной артерии является весьма информативным методом определения сосудистого генеза опухоли, ее отношение к ближайшим сосудам, выявление локализации и распространенности, что в свою очередь , определяет объем и методику хирургического вмешательства. Метод дает возможность определить сосуды, из которых опухоль получает кровь. О распространенности опухоли можно судить не только по прямым признакам, но и по косвенным.

При выраженных признаках макроскопически можно нередко ставить диагноз уже на основании внешнего вида опухоли. Вопрос о характере

опухоли(доброкачественная или злокачественная) окончательно может быть решен на основании данных гистологического исследования.

На данный момент все еще не существует единых правил диагностики и лечения пациентов с ДОР. Поскольку проявления этих образований многообразны и охватывают различные локализации, то диагностикой занимаются врачи различной специальности.

Настоящая работа основана на анализе результатов обследования и лечения 28 больных. Все больные были разделены на 2 группы. В контрольную группу входило 10 больных с ДОР, которым применялись традиционные методы лечения, а именно хирургическое удаление ДОР различными способами в зависимости от их локализаций. В составе основной группы было 18 больных, которым при лечении использовали лазерный аппарат и криодиструкцию. Изучение вопросов, клиники, диагностики и лечения проводили в ЛОР-отделении клиники СамМИ за период 2012-2015 гг.

Для оценки клинического течения заболевания изучали локализацию ДОР в различных фрагментах ротоглотки, ее размеры, цвет, консистенцию.

Тщательный сбор анамнеза позволил нам выявить факторы способствующие возникновению ДОР у 22 больного (79%), производственные вредности у 3 больных (11%), наследственный фактор имел место также у 3 больных (11%).

Распределение больных производилось также по полу. В наших исследованиях в незначительном количестве преобладали лица женского пола 16:12.

В зависимости от места жительства больных и частоты выявления у них опухолевого процесса наши больные были распределены следующим образом (см. рис. №2.4). Из рисунка видно, что 25% больных из

Кашкадарьинской области, 7% больных из Сурхандарьинской области, 6% больных из Джиззакской области, 16% больных из Навоинской области и 46% больных из Самаркандской области.

Клиническое проявление опухолевого процесса, в частности ДОР зависели от места локализации.

По локализации процесса больные распределены следующим образом: На передней поверхности мягкого неба у 4 больных(14%), на боковых стенках ротоглотки у 5 больных(18%), на задней стенке ротоглотки у 5 больных(18%), на корне языка у 5 больных(18%) и на дужках небных миндалин у 9 больных(32%).

Клинически ДОР проявлялись следующими симптомами: наличием инородного тела в глотке у 13 (46%) больных; затруднением глотания у 10 (35%) больных; болью в глотке у 9 (32%) больных; наличием раздражительности у 6 (22%) больных; распространением боли в ухо у 5 (18%) больных; заложенностью уха у 4 (14%) больных; затруднением дыхания у 3 (10%) больных; гнусавостью у 5 (18%) больных.

Гистологическую структуру опухоли определяли при возможности в дооперационном периоде, при условии, что опухоль локализовалась в анатомически доступной для биопсии зоне. При подтверждении диагноза ДОР, таким больным было рекомендовано хирургическое ее удаление. В противном случае, при малигнизации процесса, больные направлялись в онкологический диспансер.

При получении гистологического ответа, полученного нами при биопсии, выявились следующие виды ДОР. У основного количества больных -11 (39%) наблюдалась папиллома, у 7 (25%) больных гемангиому, у 5 (18%) больных фиброму и у стольких же больных (18%) наблюдалась смешанная опухоль.

Применение малоинвазивной эндоскопической хирургии (лазерной и криохирургии) в нашей работе основано на минимизирование области вмешательства в организм и степени травмирования тканей.

Данный тип хирургии является усовершенствованным и предлагается в ЛОР-отделении клиники СамМИ. Методы операций с применением малоинвазивной эндоскопической хирургии (лазерной и криохирургии) для лечения заболеваний ДОР открыли широкие возможности в оториноларингологии. Получив хороший клинический эффект были отмечены преимущества малоинвазивной эндоскопической хирургии (лазерной и криохирургии) по сравнению с другими видами хирургических вмешательств.

Возможность осуществления точных, строго дозированных воздействий позволяет осуществлять органосберегающие операции. Использование малоинвазивной эндоскопической хирургии (лазерной и криохирургии) позволяет минимизировать область вмешательства в организм и степень травмирования тканей, избежать нежелательных последствий и сократить время больного в операционной и стационаре в целом.

Учитывая малоинвазивность, практическое отсутствие послеоперационных реактивных явлений, а также высокую точность при работе, рекомендуется широкое применение малоинвазивной эндоскопической хирургии (лазерной и криохирургии) для амбулаторного и стационарного лечения ДОР.

В ходе проведенного лечения у больных первой группы, в которую входило 10 человек (36%), на второй день после операции у 8 больных (80%) отмечалось кровотечение.

У больных второй группы, в количестве 18 человек (64%), после операции на второй день кровотечений не отмечалось.

Результаты лечения больных ДОР, с использованием **малоинвазивной эндоскопической хирургии (лазерной и криохирургии)**, дал идеальный послеоперационный эффект, в то время как применение других видов хирургических вмешательств, дал менее благоприятный результат.

ВЫВОДЫ

- Клиническая симптоматика ДОР разделяется на 2 группы: местные симптомы и симптомы появляющиеся при сдавливании близлежащих тканей.
- Для ранней диагностики и определения степени ДОР целесообразно, своевременное комплексное исследование, начиная с СВП и проведения рентгенографии, КТ, МРТ, ангиографии, гистологического исследования.
- Предложенные „AESCULAR“™350 лазер и криодеструкторные методы удаления ДОР, просты в применении, не имеют противопоказаний, предупреждают риск кровотечения, рецидива и уменьшают количество койко-дней в стационаре.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

- Для более раннего выявления ДОР и определения стадии распространенности и характера роста опухоли необходимо комплексное обследование больных, начиная с сельских врачебных пунктов. При поступлении больных в стационар, необходимо производить тщательный сбор анамнеза, осмотр, пальпацию, эндоскопические методы исследования, рентгенографию, риноскопию, а при необходимости компьютерную томографию, что позволяет более точно планировать оптимальный по объему и характеру вид лечебного воздействия.
- Метод лечения ДОР необходимо выбирать индивидуально в каждом конкретном случае. При локализации ОР показано радикальное хирургическое лечение при помощи малоинвазивной эндоскопической хирургии (лазерной и криохирургии), для профилактики послеоперационных осложнений и рецидивирования процесса.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Агапов В.С. Лечение кавернозных гемангиом лица инъекциями спирта, *Стомат.*, 2000, №2, -С. 62-65.
2. Ажджуа З.А. Особенности лечения детей с гемангиомами челюстно-лицевой области. Автореф. дис... канд. мед наук, - Казань, 2000, 25с.
3. Айзман И.М. К лечению склерозирующими средствами больных с варикозным расширением вен нижних конечностей, *Хирургия*, 2004, №2, -С.46
4. Антонив В.Ф., Ришко Н.М., Ажджуа З.А., Понадюк В.И., Пронченко С.В. Клиническая классификация ДО ЛОР-органов. //Вест, оториноларингол.- 2001.- N 4.-С.24-27
5. Лайзерман М.Г. Применение новых технологий в ЛОР-хирургии. Автореф.дисс....канд.мед.наук.- Москва,2000., с 30-32.
6. Лебедев К.А., Понякина И.Д. Иммунограмма в клинической практике.- М.: Наука,2001- с. 224.
7. Бабияк В.И., Гофман В.Р., Накатис Я.А. Нейрооториноларингология,- С.-Пб., 2002.- с. 34-36.
8. Бабияк В.И., Накатис Я.А. Клиническая оториноларингология: Руководство для врачей, С-Пб., 2005. – с. 116.
9. Ковалева Л.М., Ланцов А.А. Диагностика и лечение заболеваний глотки у детей. - Спб., 1995.-с.78.
10. Погосов В.С., Антонив В.Ф., Бондарь И.М. Микроскопия и микрохирургия гортани и глотки. - Кишнев: Штиинца, 1989.-с.56.
11. Антонив В.Ф., Тимофеев В.Т. Диагностика и лечение ДО и ОО наружного уха // Вестн. оториноларингологии №2 - С. 47-51.

12. Антонив В.Ф., Дмитриев А.А., Дайхес Н.А. и др. Адоптивная лазерная иммунотерапия и фотодинамическая терапия в ЛОР-онкологии. Вестник оториноларингологии, 2000, № 5, - С. 3-8.
13. Антонив В.Ф., Дайняк Л.Б., Дайхес А.И. и др.; Руководство по оториноларингологии; Под ред. Солдатова И.Б. - М.: Медицина, 2004. - 607 с.
14. Антонив В.Ф., Ришко Н.М., Попадюк В.И., Пронченко СВ. Клиническая классификация доброкачественных опухолей ЛОР-органов. Вестник оториноларингологии, 2001, №4
15. Антонив В.Ф., Ефимочкина К.В. с соавт. Применение фибриноколлагенового комплекса при хирургическом лечении больных сосудистыми опухолями уха и наружного носа. Материалы II науч.-практ. конф. оториноларингологов Южного федерального округа 28-29 сентября, 2006, - С.8-9
16. Ашурбеков В.Т., Чоралаева Е.М. Диагностика и лечение гемангиом у детей. Хирургия периферических сосудов. Под. Ред. Г. И. Гиреева. Ставрополь, 1991.-С.103-106.
17. Банин В.В. Шафранов В.В. Фомина Л.В. Фомин А.А. Ультраструктурная характеристика развития истинных гемангиом и их лечение у детей. Детская хирургия, 2006 №4, -С. 35-42
18. Берестень Н.Ф., Цыгунов А.О. Допплерография периферических сосудов. Часть I SonoaceInternational, 2009, №4, -С. 83-90
19. Буторина А.В. Выбор метода лечения гемангиом у детей. Дисс.док. мед. наук, - М., 2008, 520 с.
20. Буторина А.В., Шафранов В.В. Современное лечение гемангиом у детей. Лечащий врач, 2001, №5, -С. 61-64.

21. Водолазов Ю.А. Ангиографическая диагностика наиболее распространенных хирургических заболеваний и пороков развития у детей. Дисс... док.мед. наук М, 2000, 320с.
22. Габдрахманова А.Ф. Гистологические разновидности гемангиом. Актуальные проблемы офтальмологии: Сб. науч. тр. - Уфа, 2000. -С. 149-151
23. Горбушина П.М. Гемангиомы лица и челюстей. - М.: Медицина, 2008.
24. Гюнтер В. Э., Дамбаев Г. Ц., Сысолятин П. Г. и др. Гемангиомы. -Томск, 2001, 178 с.
25. Давыдов Б.Н., Румянцева Г.Н., Петруничев В.В. Лаврентьев А.А. Диагностика и лечение гемангиом у детей: Учебное пособие. Тверь РИО ТГМА , 2008.-36 с.
26. Дайхес Н.А., Антонив В.Ф., Тарасова Г.Д. и др. Новые технологии и перспективы развития физических методов терапии в оториноларингологии. Росс.оторинолар.2003,№4,С.41-45.
27. Данильченко С.А. Морфология гемангиом, ангиоперицитом и гемангиоэндотелиом. -Дис. ... канд. мед. наук. -Донецк, 2003, 210 с.
28. Долецкий С.Я. Гемангиомы кожных покровов у детей и их лечение. Сов. Медицина,1952,№7,С.58-61.
29. Дубровин А. Г. Новое в диагностике и лечение гемангиом. Научно-практический журнал "Медичний Всесвгг" IV.№ 1.2004 с. 24-26
30. Дьякова СВ., Кулаков О.Б. Ринопластика тканями филатовского стебля после операций по-поводу удаления гемангиом. Сборник трудов «Наследие Е.В. Евдокимова», М., 2003, с. 117-119.
31. Захарченко А.Н. Современные методы неинвазивной диагностики доброкачественных новообразований полости носа, околоносовых пазух и носоглотки. Детская хирургия, 2001, №1, С. 34-37

32. Исаков Ю.Ф., Шафранов В.В., Поляков Ю.А. Новые подходы к лечению обширных и глубоких гемангиом сложных анатомических локализаций. Педиатрия.- 2005. №4.-С. 18-21.
33. Кицманюк З.Д. и др. Компьютерная томография в диагностике злокачественных новообразований околоносовых пазух и слизистой оболочки носа. Новые методы лучевой диагностики в онкологии. Тез. Докл. межреспубл. Конференции, Томск, 2000, С. 59-61.
34. Кожевников Е.В., Кожевников В.А., Бауэр Т.В. Клиника, диагностика и лечение гемангиом у детей: Материалы науч.-практ. конф., посвященной 50-летию онкологической службы Алтайского края.- Барнаул, 2006.-С.195-197.
35. Колосов А.Е., Кощур С.Д., Мельников Р.А. Современные классификации опухолей (гистологические, цитологические, клинические). Кишинев: Штинца 2000. 167 с.
36. Коноплицкий В.С. Лечение гемангиом у детей и оптимизация профилактики их рецидивов. Автореф. дис... канд. мед.наук, - Винница, 2003, 23с.
37. Краковский Н.И., Таранович В.А. Гемангиомы. - М.,2004, 168 с.
38. Костина Т.В. Клиника, диагностика и лечение сосудистых новообразований носа и околоносовых пазух. Автореф. дис... канд. мед. наук, -М, 2002, 23с.
39. Кулаков О.Б. Диагностика и лечение крупных и обширных гемангиом челюстно-лицевой области у детей. Автореф. дис... канд. мед. наук, -М., 2003, 25 с.
40. Лутфуллаев Г.У. Диагностика и лечения доброкачественных опухолей глотки. Дис.док.мед.наук,-Т.,2012.

41. Мельник Д.Д. Особенности лечения глубоких гемангиом у детей. Медико-биологические аспекты нейро-гуморальной регуляции: Тр. конф., посвящ. 35-летию ЦНИЛ. - Томск., 2007, -С. 119-120
42. Мхаймар Н., Чканников А.Н., Самбулов В.И. Обоснование применения гольмиевого лазера при сосудистых новообразованиях среднего уха. Материалы Российской науч.-практ. Конф. «Современные проблемы заболеваний верхних дыхательных путей и уха» 19-20 ноября 2002, с. 18-19
43. Накатис Я.А., Кузнецов С.В., Конеченкова Н.Е. Клинические аспекты компьютерной томографии в диагностике заболеваний верхних дыхательных путей. В кн.: Компьютерная томография в клинике. Тезисы VI Всесоюзного симпозиума 21-22 мая 2007г.
44. Наседкин А.Н., Зенгер В.Г. Лазеры в оториноларингологии. М.: Медицина, 2000
45. Неробеев А.Н. и др. Восстановительная хирургия челюстно-лицевой области-М., 2005,-С. 115-117
46. Овчинников Ю.М., Климова Л.А., Варшавский В.А., Кондрашин С.А., Гемангиоэндотелиома полости носа в сочетании с полипозным синуситом Вестник оториноларингологии, 2003, №1, -С. 49-50
47. Петруничев В.В. Комплексное лечение сосудистых новообразований лица у детей. Автореф. дис... канд. мед. наук, -Тверь, 2004, 20 с.
48. Петруничев В.В., Горностаев В.Ф., Чемарин В.К. Методы диагностики гемангиом челюстно-лицевой области у детей. Стоматологические заболевания у детей: Сб. науч. тр. -М., 2000, -С. 185-187.
49. Преображенский Н.А., Охотина Е.М. Термография как диагностический метод в оториноларингологии. Вестник оториноларингологии, 2004, №1, -С. 50-55.

50. Пучинина Е.А. Клиника и лечение гемангиом верхних дыхательных путей. Дис. канд.мед. наук,- М., 2002, 190с.
51. Солдатский Ю.Л., Онуфриева Е.К., Грищенко СВ. Эндоскопическое лечение гемангиом гортани подскладковой локализации у детей. Лазерная медицина, 2000, -т. 4, вып.4
52. Супиев Т.К., Ермуханова Г.Т., Есимов А.Ж. Сосудистые новообразования челюстно-лицевой области у детей. - Алматы, 2003, 88 с.
53. Сынебогов С.В Доброкачественные опухоли и опухолеподобные образования носа и околоносовых пазух. Дис... канд. мед.наук,- М., 2008, 140с.
54. Талалаев В.Н. Магнитно-резонансная томография в диагностике новообразований полости носа и околоносовых пазух. Российская ринология, 2006, №2, -С. 64.
55. Талалаенко И.А., Селезнев К.Г. Современные патогенетические и терапевтические аспекты сосудистых опухолей носа и околоносовых Архив клинической и экспериментальной медицины, том 11, №3, 2002,
56. Талалаенко И.А., Долженко С.А. Роль ангиографии в диагностике и лечении сосудистых опухолей. Материали онкологов Украина, Крим, 10 -12 издания 2001,-С. 286.
57. Тарлычева Л.С., Рудня П.Г. Криовоздействие при доброкачественных и злокачественных новообразованиях ЛОР-органов. В кн.: Методы профилактики и лечения заболеваний ЛОР-органов, М., 2009, с. 31-36.
58. Ферзаули А.Н. Диагностика и лечение ангиом лица, головы и носоглотки у детей. Автореф. дис... док. мед. наук, -М., 2002, 34 с.
59. Фомин А.А. Современные подходы к лечению обширных и глубоких гемангиом сложной анатомической локализации. Автореф. диссер. док.мед.наук. -М, 2005, 25с.

60. Фомина Л.В. Клеточные взаимодействия в развитии сосудов человека Автореф. диссер.... док.мед.наук. - М, 2000, 28 с.
61. Хушвактова Н.Ж., Расулова З.И., Лутфуллаев У.Л. Редкий случай гигантской гемангиомы гортаноглотки. Материалы I съезда оториноларингологов Республики Узбекистан, 20-21 октябрь 2000. - Ташкент, 2000, -С. 105-106.
62. Цыб А.Ф., Слесарев В.И. Магнитно-резонансная томография в оториноларингологии. Вестник оториноларингологии, 2008, №2, -С. 85-89.
63. Шафранов В.В. с соавт. Применения метода СВЧ деструкции для лечения гемангиом у детей (клинико-экспериментальное исследование). Детская хирургия, 2001, №1,-С.34-35.
64. Верхнёв В.А., Отмахова Е.Б. Сравнительная характеристика бактериостатического действия антибиотиков // Тез.докл. 10-го Всеросс. Пленума правления анестезиологии и реаниматологии – Н. Новгород, 1995. – 267 с.
65. Джафек Б.У., Старк Э.К. Секреты оториноларингологии - СПб.: Невский диалект, 2001. - С. 600-624.
66. Драчук А.И. Ультразвуковые методы в оториноларингологии: Метод, рекомендации / А.И. Драчук, К.И. Нестерова, В.И. Ключев, Т.К. Денисова, О.Л. Филиппова, О.С. Лобанова, И.А. Нестеров, С.И. Седова. – Омск, 2007. – С. 50–54.
67. Дубинин Ю.А. Комплексное лечение гнойной раны: Автореф. дис. канд. мед.наук. – Краснодар, 1997. – 22 с.
68. Заболотный Д.И., Мельников О.Ф. Проблемы иммунологии в оториноларингологии. Мат. Всерос. симпозиума. – Спб, 1999. – С.3-5.
67. Смирнов И.В. Антисептическое средство мирамистин в профилактике и лечении гнойно-воспалительных заболеваний / И.В. Смирнов // Московский медицинский журнал. – 2003. – март. – С. 12–13.

68. Лутфуллаев Г.У. Диагностика и лечение доброкачественных опухолей глотки. Ташкент – 2012.
69. Adams D., Orme L., Bowers D. Vincristine treatment for complicated hemangiomas. Abstract presented at 14th International Workshop on Vascular Anomalies, Nymegen, Netherlands. June 28.-2002
70. Amor Dorado J.C, Juiz P., Zubizarreta A., Rossi J, Pulperio J.P. Cavernous hemangioma of the maxillary sinus. Acta Otorrinolaringol.Esp. 2008.Vol. 49, 2.P.165-167.
71. Archauer BM, Celikoz B, Vander Kam VM. Intralesional bare fiber laser treatment of hemangioma of infancy. Plast Reconstr Surg. 1998. 101: 1212-7
72. Arens C, Dreyer T, Eistert B., Glanz H. Glomangioma of the nasal cavity. Case report and literature review. ORL J otorhinolaryngol Relat Spec. 2007.59, 3. - P. 179-181.
73. Batsakis J.G., Sneige N. Choanal and angiomatous polyps of the sinusal tract. Ann. Otol. Rhinol. Laryngol.2000. Vol. 101, 7. P. 623-625.
74. Bennet M.L., Fleischer A.B., Chamlin S.L., Frieden IJ. Oral corticosteroid use is effective for cutaneous hemangiomas. Arch. Dermatol. 2001;137.-P. 1208-1213.
75. Bouchard S., Yazbeck S., Lallier M. Perineal hemangioma. J. Pediatr. Surg. 1999.-Vol.34.-P.1133-1135.
76. Demuth R.J., Miller S.H., Keller F. Complications of embolization treatment for problem cavernous hemangiomas. Ann. Plast.Surg. 2001. V.13. №2. - P. 135-144
77. Double isotope albumin flux measurement: diagnosis and therapeutic monitoring of acute lung injury / S. Hogerle, P. Brautigam, A. Benzing, E. Nitzsche, G. Mols, K. Geiger, E. Moser // Nuklearmedizi. – 1997. – V. 36 – № 4. P. 137–141.

78. Dunne A.A. Status of the controversial discussion of the pathogenesis and treatment of chronic otitis media / A.A. Dunne, J.A. Werner // *Laryngorhinootologie*. – 2001. – V. 80. – № 1. – P. 1–10.
79. Harrison D.G. Cellular and molecular mechanisms of endothelial cell dysfunction / D.G. Harrison // *J. Clin. Invest.* – 1997. – V. 100. – P. 2153–2157.
80. Haugsten P., Lorentzen P. The bacterial etiology of acute suppurative otitis media // *J. Laryng.* – 1980 - Vol. 94, N 2, - P. 166-176.
81. Kamimura M., Sando I., Balaban C, Haginomori S. Mucosa-associated lymphoid tissue in middle ear and Eustachian tube // *Ann. Otol. Rhinol. Laryngol.* – 2001; 110: 243 – 7.
82. Mucosa-associated lymphoid tissue in middle ear and Eustachian tube / M. Kamimura, I. Sando, C. Balaban, S. Haginomori // *Ann. Otol. Rhinol. Laryngol.* – 2001. – V. 110. – P. 243–247.
83. Yellon R.F., Doyle W.J., Whiteside T.L., Diven W.F., March A.R., Fireman P. Cytokines, immunoglobulins, and bacterial pathogens in middle ear effusions // *Arch. Otolaryng. Head. Neck Surg.* – 1995. – Vol. 121, №12. – P.1402.
84. Egbert J.E., Paul S., Engel W.K., Summers C.G. High injection pressure during intralesional injection of corticosteroids into capillary hemangiomas. *Arch. Ophthalmol.* 2001; 119. - P. 677-683.
85. Enjolras O., Herbreteau F. et al. Hemangiomas et malformations vasculaires superficielles: classification. *J. Des Maladies Vasculaires. Paris.* 2003. Vol.17. № 1.-P. 2-19.
86. Esterly N.B. Cutaneous hemangiomas, vascular stains and malformations, and associated syndromes. *Curr.Probl.Dermatol.* 2002. Vol.7. -P. 65-108.
87. Frieden I.J., Pulsed dye laser treatment of hemangiomas of infancy: indications and complications. *Pediatr Dermatol.* 2001. № 18. -P 27.

88. Fu Y.S., Perzin K.H. Non-epithelial tumors of the nasal cavity, paranasal sinuses, and nasopharynx : A clinicopathologic study. I. General features and vascular tumors. *Cancer*.2004 . Vol. 33 . -P. 1275.
89. Goldberg N.S., Hebert A.A., Esterly N.B. Sacral hemangiomas and multiple congenital abnormalities. *Arch. Dermatol.* 2003. Vol.122. -P. 684-687.
90. Korpan N. *Basics of Cryosurgery*. NY,2001. "Cryosurgery"
91. Malan E., Puglionisi A. Congenital angiodisplasia. *J. Cardiovasc. Surg.* 2001.Vol. 5.№2.-P. 87-120.
92. Mulliken J.B., Glowacki J. Hemangiomas and vascular malformations in infants and children: a classification based on endothelial characteristics. *Plast Reconstr Surg* . 2008. Vol. 69. -P. 412-20.
93. Mulliken J.B., Fishman S.J., Burrows P.E. Vascular anomalies. *Curr.Probl.Surg.* 2000.Vol. 37. - P. 519-84.