

**МИНИСТЕРСТВО ВЫСШЕГО И СРЕДНЕГО СПЕЦИАЛЬНОГО
ОБРАЗОВАНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
САМАРКАНДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ**

На правах рукописи

УДК:

Рафикова Хилола Бахрилловна

**КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА И
ЛЕЧЕНИЕ ПАПИЛЛОМ ПОЛОСТИ
НОСА И ГАЙМОРОВЫХ ПАЗУХ**

специальность - **5А720104** оториноларингология

ДИССЕРТАЦИЯ

на соискание академической степени магистра

Научный руководитель:
Доктор медицинских наук,
Профессор. Лутфуллаев.У.Л.

Самарканд- 2013

Содержание

ВВЕДЕНИЕ.....	4
ГЛАВА I. Этиология, патогенез, клиника, диагностика и лечение папиллом полости носа и гайморовых пазух (обзор литературы).....	8
1.1. Частота заболеваемости, этиология, патогенез и морфологическая характеристика доброкачественных опухолей полости носа и придаточных пазух.....	8
1.2. Клиника папиллом полости носа и гайморовых пазух.....	23
1.3. Диагностика папиллом полости носа и гайморовых пазух	25
1.4. Лечение папиллом полости носа и гайморовых пазух.....	29
ГЛАВА 2. Материал и методы исследования.....	36
2.1. Клиническая характеристика исследуемых больных.....	36
2.2. Характеристика исследования больных.....	37
2.3. Методы исследования обследованных больных.....	45
ГЛАВА 3. Клиника и лечения больных папиллом полости носа и гайморовых пазух.....	54
3.1. Клиническое течение папиллом полости носа и гайморовых пазух носа.....	54
3.2. Информативность различных методов диагностики папиллом полости носа и гайморовых пазух	56
ГЛАВА 4. Результаты лечения больных папилломами полости носа и гайморовых пазух	79
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	84
ВЫВОДЫ	95
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ	96
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	97

Введение

Актуальность проблемы:

Проблема своевременного распознавания новообразований была и остаётся 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 определённых размеров, выходит за пределы околоносовых пазух (ОНП) и начинают оказывать давление на окружающие ткани. С ростом опухоли появляются нарастающее затруднение носового дыхания через одну или обе половины носа и признаки вторичного гнойного полисинусита [Ажджуа З.А.,2001].

Учитывая, что полость носа располагается в центре лицевого скелета и сообщается с околоносовыми пазухами, опухоли из полости носа могут прорасти в окружающие костные стенки, поражать области, находящиеся рядом, вплоть до головного мозга, вызывая при этом функциональные расстройства [Антонив В.Ф.,2001, Васильев А.Ю.,2007 Благовещенская Н.С.,2001,].

Под папилломой понимают доброкачественную опухоль кожи и слизистой оболочки, ее структура содержит сосуды и соединительнотканную ткань, покрытую эпителием, которая произрастает вверх наружу и рассеянность сосочков в различных направлениях напоминает цветную капусту.

Папилломы полости носа и придаточных пазух подвержены бессимптомному росту. С клинической точки зрения опухоль, достигнув определенного объема, начинает давить на окружающие ткани и приводит к функциональным нарушениям. Прогрессируя в росте папиллома приводит к разрушению костных стенок, распространению на соседние органы и ткани. Разрастание и развитие опухоли приводит к различным отрицательным последствиям [Т. Klimek, 2000; Landsberg R., 2008].

Доброкачественные и злокачественные опухоли полости носа и придаточных пазух составляют 0,2-1,4 % среди других заболеваний ЛОР-органов. Первичные доброкачественные опухоли полости носа и придаточных пазух встречаются

относительно чаще, чем злокачественные [В.Г. Лайзерман, 2000; А.М. Хакимов,2002; Г.У. Лутфуллаев, 2004; W. Lawson, 2005; T. Klimek, 2000;].

К настоящему времени о папилломах написано достаточно много как в нашей стране, так и за рубежом, однако нельзя считать, что все вопросы диагностики и лечения папиллом решены. Несмотря на возросшие возможности специальных рентгено-контрастных методов исследования точное определение границ и исходной локализации опухоли представляет иногда большие трудности. С ещё большими затруднениями сталкиваются клиницисты при выборе наиболее рационального способа или средства лечения.

Для борьбы с папиломами полости носа и гайморовых пазух предложено много методов: хирургический, криохирургия, электрокоагуляция, лазерная и СВЧ деструкция. Несмотря на это, нет чётко сформулированных показаний к применению того или иного вида лечения, не определена возможность их сочетания и последовательность проведения.

Ранняя диагностика и более успешное лечение больных доброкачественными опухолями полости носа и придаточных пазух имеет большое клиническое и важное социальное значение.

Все вышеизложенное указывает на необходимость изучения ранней диагностики и методов хирургического лечения больных папилломами полости носа и гайморовой пазухи. Не определены показания к применению хирургического лазера при папилломах полости носа и придаточных пазух носа. Всё вышеизложенное указывает на необходимость изучения особенностей течения, раннего выявления и лечения больных с этой патологией.

Целью настоящей работы явилось изучить эффективность хирургического лечения папиллом полости носа и гайморовой пазухи с использованием хирургического лазера.

Задачи исследования:

1. Определить факторы, способствующие возникновению папиллом полости носа и гайморовой пазухи.

2. Изучить клиническое течение папиллом полости носа и гайморовой пазухи в зависимости от локализации папиллом.
3. Изучить эффективность применения хирургического лазера при лечении папиллом полости носа и гайморовой пазухи.
4. Определить преимущества использования хирургического лазера при лечении папиллом полости носа и гайморовой пазухи по сравнению с традиционными хирургическими методами лечения.

НАУЧНАЯ НОВИЗНА

Изучены ранние симптомы и динамика клинических проявлений папиллом полости носа и гайморовой пазухи с учетом первичной локализации, распространенности и морфологической структуры.

Впервые в ЛОР-отделении клиники СамМИ предлагаются методы хирургических операций с применением высокоинтенсивного лазерного излучения для лечения папиллом полости носа и гайморовых пазух носа. Произведена сравнительная оценка эффективности традиционного хирургического вмешательства и лечения с применением хирургического лазера.

В сравнительном аспекте изучена диагностическая ценность традиционных и современных методов исследования, таких как компьютерная томография, ЯМР-томография для определения первичной локализации и распространенности опухоли.

Практическая значимость работы.

1. Традиционные методы исследования больных не позволяют существенно улучшить диагностику при доброкачественных опухолях полости носа.
2. Основным направлением повышения эффективности ранней диагностики больных опухолями полости носа, являются своевременные

профилактические осмотры, а при выявлении папиллом полости носа надлежащее лечение с последующей диспансеризацией таких больных.

3. Использование инструментальных методов при выявлении новообразований, существенно повышает информативность обследования
4. Хирургическое удаление опухолей при помощи лазерного аппарата при лечении папиллом полости носа и гайморовой пазухи, существенно повышает эффективность лечебного воздействия, приводит к улучшению функциональных результатов и благоприятному прогнозу.

Внедрение результатов работы

Основные положения магистерской работы внедрены в практическую работу отделения оториноларингологии ФУВ клиники Самаркандского Государственного медицинского института и городской клинической больницы №1 г. Самарканда. По материалам работы опубликовано 4 журнальных статей и 1 тезис в сборниках.

Объём диссертации и её содержание

Магистерская диссертация состоит из введения, обзора литературы, материала и методов исследования, заключения, выводов, практических рекомендаций и списка использованной литературы. Текст изложен на 94 страницах компьютерного текста, иллюстрирован 7 таблицами, 24 рисунками. Список использованной литературы состоит из 114 источников.

ГЛАВА 1.ЭТИОЛОГИЯ, ПАТОГЕНЕЗ, КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПАПИЛЛОМ ПОЛОСТИ НОСА И ГАЙМОРОВЫХ ПАЗУХ (Обзор литературы)

1.1.Частота заболеваемости, этиология, патогенез и морфологическая характеристика доброкачественных опухолей полости носа и придаточных пазух.

Доброкачественные и злокачественные опухоли полости носа и придаточных пазух составляют от 0,2 до 0,8% от всех локализаций опухолей [2;12]. Первичные доброкачественные опухоли полости носа и придаточных пазух носа наблюдаются чаще, чем злокачественные [50,65]. Деление новообразований на доброкачественные и злокачественные зачастую бывает условным, так как отдельные виды доброкачественных опухолей отличаются экспансивно-узурирующим ростом, а некоторые из них малигнизируются.

Доброкачественные опухоли полости носа и придаточных пазух отличаются более медленным бессимптомным ростом. Клинически они проявляются тогда, когда достигают определенных размеров, начинают оказывать давление на окружающие стенки, вызывая функциональные расстройства. Они не останавливаясь в своем развитии, могут неукротимо расти, раздвигая окружающие костные стенки, распространяясь на окружающие органы и ткани. Их течение может приводить к различным тяжелым последствиям, нередко угрожающим жизни [50, 68, 100.].

Большим ростом отличаются, такие опухоли, как папиллома, хондрома, аденома по течению сходные со злокачественными опухолями.

Доброкачественные опухоли полости носа и придаточных пазух подразделяются на первичные и вторичные. Первичные опухоли полости носа и придаточных пазух в морфологическом отношении, в свою очередь, делятся на эпителиальные опухоли, опухоли мягких тканей, опухоли костей и хрящей, опухоли лимфатической и кроветворной ткани, опухоли смешанного

генеза и неклассифицируемые опухоли (международная гистологическая классификация ВОЗ № 19).

Вторичными опухолями считаются те, которые вырастают в полость носа и придаточные пазухи. Они могут симулировать первичные новообразования носа и придаточных пазух [7;17,27]. Из опухолей соседних органов, вырастающих в полость носа и придаточных пазух носа, наиболее часто встречаются эпителиальные опухоли, среди которых различают папилломы и аденомы.

Существуют три типа папиллом: плоскоклеточные, переходноклеточные и цилиндроклеточные. Плоскоклеточные папилломы являются обычными кожными папилломами, расположенными на границе между кожным и респираторным эпителием. Они не достигают больших размеров, не малигнизируются [200,201].

Наибольший интерес представляют переходноклеточные папилломы. Об этом интересе свидетельствует большое число синонимов: твердая папиллома, шнейдерланова папиллома, эпителиальная папиллома, фиброэпителиальные опухоли, истинная папиллома, переходноклеточная папиллома.

Переходноклеточные папилломы впервые были описаны Ward в 1854 г, а в последствие довольно подробно изучены N. Ringertz (1938) и J. Ewing (1942).

Различают два вида переходноклеточных папиллом: с эндофитным (инвертированными) и экзофитным ростом. Первые чаще всего возникают на латеральной стенке полости носа, вторые на поверхности носовой перегородки и придаточных пазух носа [37;46;74;103.].

Переходноклеточные папилломы могут развиваться как в полости носа, так и в придаточных пазухах. При сочетанных поражениях место первоначального роста опухоли установить практически невозможно [23]. Однако

Ф.И. Добромильский, И.Н. Щербатов [38] указывают, что эти опухоли наиболее часто исходят из боковой стенки носа в области среднего носового хода и ячеек решетчатого лабиринта [30,39,114].

При гистологическом исследовании удаленных из носа полипов и доброкачественных опухолей папилломы обнаруживаются в 0,8-7% случаев [10;15;82,].

Папилломы полости носа и придаточных пазух носа составляют 11,2% от всех папиллом верхних дыхательных путей [20,21] и 15,2% от общего количества доброкачественных опухолей полости носа и придаточных пазух [29,101].

Для переходноклеточных папиллом характерны частые рецидивы, как правило, связанные с неадекватным хирургическим вмешательством. Процент рецидивирования переходноклеточных папиллом колеблется от 12,5 до 74 [3;19.].

По данным А.В. Козловой и соавт. [57;76.], частота рецидивов после эндо-нозального удаления опухоли достигает 80%, после операции по Муру-30% W. Gummings, L.Goodman [81] рецидивы переходноклеточных папиллом после боковой ринотомии наблюдали в 29% случаев.

Малигнизация наблюдается у 2-24% больных [25,47,83,90,97,110.].

В последние годы во всем мире увеличивается число больных с инфекцией ВПЧ. Например 1993 году на 100000 населения насчитывается 17,8%, этот же показатель 2000 году составляет 25,6%. Проблема диагностики и лечения ВПЧ заинтересованы следующие специалисты: дерматологи, гинекологи, урологи, онкологи, патоморфологи, иммунологи, вирусологи. В первую очередь это связано с высокой контагиозностью и увеличением частоты патологии, а так же этот вирус имеет свойство инъецировать опасные для жизни процессы [Васильев В.В.2000].

Папиллома (papilloma; лат. papilla сосок + -ома, синоним: сосочковый полип, сосочковая фиброэпителиома)

Под папилломой понимают доброкачественную опухоль кожи и слизистой оболочки, ее структура содержит сосуды и соединительнотканную ткань, покрытую эпителием, которая произрастает вверх наружу и рассеянность сосочков в различных направлениях напоминает цветную капусту. Если у человека присутствует много папиллом, такое состояние называется папилломатозом. ВПЧ входит в семейство Papoviridae группы А, это группа вирусов, который в естественных условиях могут приводить к образованию опухоли. Пример к этому перехода папилломы к карциному. При иммунодепрессивном состоянии у больного с ВПЧ увеличивается риск к онкогенным заболеваниям [Богомильский М.Р.,2005; Яблонский С.В. 2000].

Это вид опухоли, которая развивается из плоского эпителия и выпячивается над поверхностью кожи и слизистой оболочки в виде сосочка. Их можно обнаружить на коже, слизистой оболочке полости рта, носа, придаточных пазух носа, глотки, на голосовых связках, в мочевом пузыре и на половых органах. Папиллома выглядит как нарост, величиной до 1-2 см в виде плотной или мягкой опухоли на ножке, поверхность ее неровная, напоминает цветную капусту [Антонив В.Ф.,2001; Попадюк В.И.2004].

Наиболее часто появление папиллом вызвано вирусом папилломы человека (ВПЧ), который является ДНК-содержащим вирусом, имеет форму икосаэдра, состоящего из 72 капсомеров. Принадлежит к семейству Papovaviridae. Обладает тропностью к эпителиальным клеткам человека (клетки кожи и слизистых оболочек). Геном вируса состоит из двухспиральной скрученной ДНК в виде кольца. Вирус не имеет оболочки, диаметр вириона 55 нм. Может длительно существовать на поверхности различных предметов, а также в воде и воздухе. [Лутфуллаев У.Л. 2004].

Отличительной особенностью ВПЧ является его тканевая специфичность. Изучено около 100 типов вируса папиллом человека, каждый из которых поражает определенные ткани. Также определенные типы являются высокоонкогенными, среднеонкогенными и низкоонкогенными. Под

онкогенностью ВПЧ понимают его способность вызывать трансформацию инфицированного вирусом эпителиального пласта в рак.

Типы вируса папилломы человека обозначаются цифрами.

- К вирусам низкого онкогенного риска относят 6, 11, 42, 43, 44

- Вирусы типов 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66, 68

отнесены к опасным видам способным при определенных условиях, вызвать злокачественный процесс.

- Самыми неблагоприятными типами являются 16 и 18 тип ВПЧ

ВПЧ не размножается в культуре клеток. Внедрение вируса происходит в клетках слизистой оболочке и в базальных клетках эпидермиса, где происходит накоплению вируса и его репликация. Далее наступает персистенция вируса в различных слоях слизистой оболочки последующим включением механизмов канцерогенеза [Антонив В.Ф.,2001; Проскурин А.И. 2002].

Значение хронического воспаления слизистой оболочки верхних дыхательных путей и острых инфекционных заболеваний в возникновении папиллом

Одной из ранних и наиболее распространенных теорий возникновения папиллом является теория о хроническом воспалении слизистой оболочки дыхательных путей [16, 70, 4] считают возможным возникновение папиллом носа на фоне хронического воспалительного процесса и полипов.

Мнение авторов в ряде случаев подтверждается результатами гистологических исследований образований, удаленных из носа. Другие авторы [26, 42, 75, 103, 95, 111] высказывают сомнение в отношении значения воспаления в происхождении папилломы и считают, что папиллома носа является опухолевым, а не воспалительным процессом. В настоящее время вопрос о взаимосвязи воспалительного и опухолевого процесса многие авторы оценивают по-разному [5, 8, 22, 55, 94, 105] 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 папилломы.

Роль канцерогенных веществ в возникновении папиллом

Изучение бластомогенных веществ занимает значительное место в вопросах канцерогенеза. В литературе, касающейся непосредственно папиллом, это почти не нашло отражения. Однако, считаем необходимым изложить основные данные, которые свидетельствуют о возможности воспроизведения папиллом у экспериментальных животных наряду с раковой опухолью. Известно, что как у экспериментальных животных, так и у человека под влиянием физических факторов (радиевые, рентгеновы и ультрафиолетовые лучи) или химических канцерогенных веществ (выхлопные газы автомашин, дым, металлическая, угольная пыль, каменноугольная смола и аналогичные продукты, хромовые руды, анилиновые краски и др.) могут возникать папилломы, которые иногда малигнизируются, и раковые опухоли. У рабочих некоторых анилинокрасочных производств возникают профессиональные опухоли — папилломы. Н. Н. Петров использовал для смазывания кожи мышей деготь газовых заводов. К началу 3-го месяца после смазывания появились папилломы, а через 4 — 6 месяцев от интоксикации погибло около половины животных, а из оставшихся в живых у 60 — 80% животных возник рак. Л. М. Шабад также отмечал возникновение папиллом при смазывании каменноугольной смолой средней канцерогенной силы в течение 4 месяцев.[Лопатин А.С.,2001, Пискунов Г.З., 2003].

Роль вирусов в происхождении папиллом

Вирусная теория происхождения доброкачественных и злокачественных опухолей основана на большом фактическом материале и разделяется многими исследователями .[3, 13, 31, 44, 47, 58, 74, 109, 110.] В настоящее время доказано, что развитие куриной саркомы, кроличьей папилломы, различных папиллом животных, опухоли молочных желез мышей, некоторых опухолей амфибий и птиц вызываются вирусами. При этом некоторые

опухоли можно прививать животным того же вида путем введения бесклеточного фильтрата этих опухолей, что является существенным фактом.

Вирус кроличьей папилломы Шопа был изучен достаточно полно. Оказалось, что в естественных условиях передача папилломы кроликам осуществляется через контакт при травме, а также при помощи клещей. Вирус термостабилен и разрушается только при 70° после 30-минутного прогревания, сохраняется в глицерине и в лиофилизированном виде [Талалаев В.Н.2000]. Размеры вируса были определены как электронномикроскопическими исследованиями, так и по результатам фильтрации и составляют около 40 мкм, наблюдаются также вирусы размером около 80 мкм; развитие вируса происходит в ядре клетки. [Овчинков Ю.М.2003].

Исследовали электронномикроскопически папиллому полости рта кролика и обнаружили вирус в виде включений в ядрах клеток размером 49 — 52 мкм. Авторы отметили, что вирус Шопа и вирус слизистой оболочки ротовой полости кролика резко отличались по своим антигенным свойствам.

Роль нервной и эндокринной систем, наследственности в патогенезе папиллом

В патогенезе опухолей значительная роль отводится нервной и эндокринной системам. Экспериментальные данные в этом направлении, относящиеся к папилломам, немногочисленны, но представляют определенный интерес. [5, 14, 24, 45, 91, 102] привел доказательства, касающиеся образования папиллом. Экспериментально была выяснена динамика дистрофического процесса при первичном раздражении гипоталамической области, в частности серого бугра и Substantia perforatae posterioris. Собакам располагали стеклянный шарик величиной с горошину позади спинки турецкого седла по средней линии между передними концами ножек мозга.

Морфология папиллом верхних дыхательных путей

Папиллома — доброкачественная опухоль, представляющая собой образование с неровной, мелкодольчатой, мелкозернистой поверхностью красного, розового или белого цвета. Цвет ее зависит от наличия сосудов, толщины слоя и ороговения эпителия.

Большинство исследователей [Ваккер А.В.,2002, Захарченко А.Н.2001,] описывают папиллomu как фиброэпителиальную опухоль, состоящую из сосочковых разрастаний многослойного плоского эпителия и соединительнотканной стромы, в которой содержится большее или меньшее количество клеток и сосудов.

Не всегда четко разграничивались папиллярные (сосочковые) поражения носа воспалительного характера от папиллом — опухолей. На необходимость такого разграничения указыва [34;48;].

Основным дифференциально-диагностическим признаком может быть следующее: в папилломах в центре каждого сосочка проходит тонкостенный сосуд, при сосочковой гиперплазии сосудов множество и они группируются неравномерно, а в их строме располагаются группы желез.

Эпителий папиллом опухолей имеет значительную толщину и складчатость по поверхности. [104,106,111,114].

Многие авторы [11, 35, 40, 43, 51] подчеркивают редкость папиллом в носу и необходимость подтверждения диагноза гистологическим исследованием. Мы полностью разделяем это мнение, так как нередко клиническая картина папиллом носа и его придаточных пазух маскируется хроническим воспалительным процессом.

Существенным является указание [15] на то, что при ЛОР-заболеваниях имеются переходные формы между гипертрофиями как реактивным состоянием и доброкачественными опухолями. Следует согласиться с мнением, который клинически различал полипы, сидящие на ножке, от полиповидных гипертрофий на широком основании и от папиллярных гипертрофий слизистой оболочки носа, по виду напоминающих

папиллому и представляющих собой разновидность гипертрофического ринита.

[В. И. Воячек, И. И. Плужников, 2000 ;Л. А. Чиж, 2002; Norris, Skolnik 2004] с соавторами признают связь между возникновением папиллом и полипами носа. По данным И. И. Пружан, переходно-клеточные папилломы полости носа могут образовываться из полипов с эпителиоподобными разрастаниями эпителия. По характеру роста эпителиальных пластов такую папиллому можно обозначать как «инвертированную», при которой погружившиеся пласты эпителия рассекают строму и оказываются вывернутыми наружу, образуя многочисленные сосочки.

[Malecki, Oberman, Cody, Gummings, Goodman 2002.,] также отмечают, что характерным признаком инвертированных папиллом носа при микроскопии является тенденция гиперпластического эпителия к прорастанию вовнутрь.

Следовательно, инвертированная папиллома носа — это такая папиллома, в генезе которой был хронический воспалительный процесс и полип, затем произошла метаплазия эпителия, эпителий отдельными участками стал погружаться в строму, в результате чего возникла папиллома. По-видимому, в этом проявляется своеобразный генез инвертированных папиллом носа, когда на первое место выступает роль хронического воспаления.[Лутфуллаев Г.У. 2004].

Однако это не исключает, по мнению[Лопатин А.С. 2000; Минкин А. У.2000; Мовергоз С. В. 2003;] образования переходноклеточных папиллом носа в результате пролиферации и метаплазии эпителия на основе неизменной слизистой оболочки полости носа.

Пути проникновения папилломавируса.

Для проникновения папилломавируса в эпителиальные ткани необходим прямой контакт вируса со слизистыми оболочками и кожными покровами. Чаще всего инфицирование происходит при наличии микротравм:

1. Во время традиционного полового контакта с человеком, не только имеющим клинические или субклинические проявления ВПЧ-инфекции, но и с вирусоносителями.
2. Существует бытовой путь инфицирования, Заражение может происходить в таких местах общего пользования как бани, бассейны.
3. Возможно самозаражение (аутоинокуляция) во время бритья, эпиляции, обкусывание ногтей при наличии проявлений ВПЧ другой локализации.
4. 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.
5. Не исключен воздушно-капельный механизм, поскольку мы в своей практике неоднократно наблюдали случаи заражения медицинских работников, которые проводили хирургические вмешательства пациентам с ВПЧ (радиоволновая коагуляция).
6. Инфицирование во время медицинских гинекологических и урологических осмотрах возможно лишь при использовании одноразовых медицинских инструментов и перчаток.
7. Имеются данные о том, что заражение может происходить у лиц, которые занимаются разделками туш, обработкой мяса и рыбы.

Раньше считалось, что возбудитель этой болезни передается строго половым путем, однако с введением в повседневную практику полимеразной цепной реакции появились данные о возможной передаче этого вируса от матери к ребенку во время беременности и родов. Маловероятно, однако полностью не исключена возможность передачи вируса через кровь, бытовым путем и при грудном вскармливании. Однако основным путем передачи вируса папилломы по-прежнему остается половой путь.

Вирус достаточно легко передается - и по способам передачи, и по частоте заражения. Поэтому его распространенность среди людей очень

высока. Большинство людей заражены вирусом папилломы человека и инфицируют других; у трети женщин детородного возраста, проходящих плановое обследование, есть внешние проявления папилломной вирусной инфекции - остроконечные кондиломы. Поэтому если у Вас обнаруживают папилломавирусную инфекцию - не удивляйтесь. Наличие этого вируса в человеческом организме более привычно и ожидаемо, чем его отсутствие.

Мужчины и женщины заражаются в равной степени. Чаще всего вирус папилломы человека заражает людей со слабой иммунной системой.

Риск инфицирования увеличивается у тех, кто ведет беспорядочную половую жизнь, имеет вредные привычки, например, много курит, злоупотребляет алкоголем, а также у женщин, длительно применяющих оральные контрацептивы. В последнее время этот вирус активизируется и у довольно молодых людей не только после половых контактов, но и после различных внутренних потрясений – продолжительного приема лекарств, гриппа, желудочно-кишечных проблем, при посещении бассейна, на пляже - то есть там, где есть повышенная влажность и кожа практически не защищена одеждой.

Заразиться можно и от людей, с которыми вместе проживаете или находитесь в тесном контакте - ведь носителем вируса может быть любой человек. [18, 84, 96, 102.].

Патогенез

Проникая в организм человека, ВПЧ распространяется через кровоток и закрепляется на клетках слизистой оболочке, затем вирус внедряется в ее ДНК, заставляя клетку работать по-другому. Поврежденная клетка начинает интенсивно расти и делиться, в результате чего через кое-какое время возникает характерное для заболевания разрастание.

Проникая в организм человека, папилломавирусы приводят к развитию различных опухолей. В зависимости от вида вируса — интросомальный или

эписомальный — они могут спровоцировать образование доброкачественной или раковой формы.

Кроме клинических и субклинических форм при данном виде инфекционного процесса достаточно часто встречается, так называемое, носительство, без ярких манифестных форм заболевания. Такие формы выявляются случайно, при проведении обследования - это 30% здорового населения.

Кроме косметического неудобства и дискомфорта, которые они могут спровоцировать, разрастаясь, папилломы крайне опасны вероятностью развития рака, особенно у женщин. Иногда они вызывают кровотечения, а располагаясь на слизистой оболочке гортани, приводят к нарушению голоса или дыхания.

Во время родов вирус папилломы практически гарантированно переходит от матери к ребенку. Поэтому близким людям лечиться необходимо всем вместе в одно и то же время, иначе от заболевания не избавиться.

Инкубационный период для вируса папилломы человека обычно составляет 2-3 месяца, но все-таки при определенных обстоятельствах это время может сокращаться или увеличиваться вплоть до нескольких лет.

Вирус живет и проявляется на коже и слизистых оболочках и передается с этих участков контактно - при прикосновении. Таким образом, ВПЧ не является заболеванием, которое передается только половым путем, и при заражении не надо обвинять партнера в измене. Естественно, половой акт - это также причина для контактной передачи вируса, но вирус папилломы человека мог передаться Вам и бытовым путем. Кроме того, ВПЧ может жить в организме продолжительное время, даже с самого рождения, а проявиться впервые в середине жизни по причине снижения иммунитета. Так что не следует связывать первое проявление вируса с недавним заражением - оно могло произойти довольно давно, хотя Вы этого не знали.

Вирус достаточно легко передается - и по способам передачи, и по частоте заражения. Поэтому его распространенность среди людей очень высока. Большинство людей заражены вирусом папилломы человека и инфицируют других; у трети женщин детородного возраста, проходящих плановое обследование, есть внешние проявления папилломной вирусной инфекции - остроконечные кондиломы. Поэтому если у Вас обнаруживают папилломавирусную инфекцию - не удивляйтесь. Наличие этого вируса в человеческом организме более привычно и ожидаемо, чем его отсутствие.

Факторы риска ПВИ

Факторами, способствующими возникновению папиллом полости носа и гайморовой пазухи, являются снижение иммунной системы организма, приводящие к обострению и частому рецидивированию хронических воспалительных заболеваний приводящих к безприпятственному проникновению ВПЧ в ослабленный организм.

Среди факторов риска на первом месте стоят особенности сексуального поведения. Это ранее начало половой жизни, частая смена половых партнеров, большое число половых партнеров, пренебрежение использованием презервативов. Кроме того, имеются неопровержимые данные о том, что почти всегда ПВИ встречается в ассоциации с другими заболеваниями, передаваемыми половым путем: хламидиозом, трихомониазом, генитальным герпесом, мико- и уреоплазмозом.

Наиболее часто папилломавирусная инфекция встречается у лиц молодого возраста 18-30 лет. В тоже время известен феномен элиминации (самоликвидации организма человека от вируса) у молодых людей в возрасте до 25 лет. Элиминация может достигать 70%, и ее продолжительность составляет около 8 месяцев при условии прекращения повторных инфицирований. При этом также может иметь место ликвидация клинических проявлений ВПЧ-инфекции.

Среди особенностей проявлений папилломавирусной инфекции является то, что клинические формы заболевания имеют склонность к рецидивированию. У одного и того же пациента может одновременно встречаться несколько типов папилломавируса. [49, 52, 60, 73, 76].

1.1 Классификация папиллом.

Нуамс (1971) выделяет:

- I. По гистологическому типу:
 1. Плоскоклеточная папиллома
 2. Переходно-клеточная папиллома (цилиндроклеточная папиллома, папиллома из респираторного эпителия)
 - А) инвертированная
 - Б) экзофитная
- II. По консистенции:
 1. Твердые
 2. Мягкие
- III. Морфологически:
 1. типичная папиллома
 2. пролиферирующая папиллома с погружным ростом
 3. озлокачествившаяся папиллом
- IV. По распространенности процесса:
 1. ограниченная
 2. распространенная форма и три степени поражения (I, II и III).

Loebell (1964) разделяет мнение о двух видах локализации папиллом носа:

1. в области входа в нос — чаще на носовой перегородке, реже на дне носа и нижней раковине.
2. в более глубоких отделах носа и пазух

Mesolella (1965) предлагает следующую классификацию:

1. миксоматозные полипы с папилломатозным компонентом;
 2. папилломы нерецидивирующие;
 3. папилломы рецидивирующие;
 4. папилломы с последующим переходом в рак;
- папиллома с карциноматозными особенностями при первом наблюдении

I. Таким образом, классификация папиллом носа трудна ввиду их разнообразной клинической и гистологической картины. Мы полагаем, что разделение папиллом только по одному признаку недостаточно. Кроме того, папилломы носа представляют собой определенную нозологическую единицу и их не следует объединять с полипами носа. При классификации необходимо также учитывать только папилломы (опухоли) и не принимать во внимание сосочковые образования воспалительного характера, так как эти два процесса различны по своему происхождению. Таким образом, условно под ограниченным поражением I степени понимаем изолированное поражение одной анатомической части органа (например одна носовая раковина), что и обозначаем как P_I . Если опухоль занимает одноименные по анатомическому строению и функции части органа (две нижние носовые раковины и т. п.), то определяем, как P_{II} , т. е. папиллома с ограниченным поражением II степени.

1.2. Клиника папиллом полости носа и гайморовых пазух

Внешний вид папилломы отличается разнообразием цвета от красновато-розоватого до серовато-белого. Обычно папилломы имеют мягкую консистенцию с мелкобугристой, иногда гладкой поверхностью, очень часто имеют маленькую ножку и бывают одиночные, редко имеют

широкое основание, в отдельных случаях могут быть множественными. В начале заболевания симптомы могут отсутствовать. Клинические симптомы обычно зависят от её локализации. Они вызывают определенные расстройства в тех случаях, когда своими размерами нарушают анатомические соотношения и физиологическую функцию пораженного или смежных органов. [Антонив В.Ф. 2001, Ришко Н.М.2001, Попадюк В.И., Пронченко С.В. 2001, Лутфуллаев У.Л. 2004].

При локализации доброкачественных опухолей в полости носа в первую очередь страдает носовое дыхание, так как папиллома полости носа и гайморовой пазухи имеют, как правило, одностороннюю локализацию, то в начальных стадиях носовое дыхание нарушается с одной стороны. В дальнейшем, с увеличением размеров опухоли затруднение носового дыхания прогрессирует, появляются слизистые выделения из носа, которые в дальнейшем приобретают слизисто-гнойный и гнойный характер. Ведущим и наиболее характерным симптомом опухолей являются рецидивирующие носовые кровотечения. Со временем развивается полная дыхательная обструкция одной половины носа, поскольку папилломатозный процесс обычно бывает односторонним. В дальнейшем с ростом опухоли появляются ощущения тупого давления в голове, гнусавость, атрофия слизистой оболочки полости носа и глотки, нарушение обоняния, вплоть до аносмии.

Опухоли полости носа могут развиваться на носовой перегородке, в области дна полости носа, свода, носовых раковин. Характерная симптоматика обусловлена направлением роста опухолей полости носа. Рост опухоли возможен в сторону носовой перегородки, твердого неба, придаточных пазух носа, основания черепа и носоглотки.

При росте опухоли кпереди происходит деформация области преддверия носа, иногда опухоль может выступать даже из ноздрей. В этом случае возможно травмирование опухоли, приводящие иногда к тяжелым последствиям.

При росте кзади опухоль может распространяться в полость носоглотки и вызывать закрытию гнусавость речи [69].

При значительных размерах опухоль деформирует носовую перегородку, что ведет к полному нарушению носового дыхания.

В придаточные пазухи опухоль из полости носа, как правило проникает незаметно и длительное время может оставаться не выявленной. Достигая значительных размеров, она способна истончать, а также смещать и даже разрушать стенки пазух.

При распространении опухоли в зачелюстную область, подвисочную и крылонебную ямку появляется припухлость щеки, деформация и асимметрия лица [63,92,106].

При распространении опухоли вниз, в сторону дна полости носа отмечается деформация твердого неба, припухлость альвеолярного отростка, расшатывание зубов [53,61].

Распространение опухолей в сторону глазницы приводит к появлению таких симптомов, как слезотечение, ограничение подвижности глазного яблока, экзофтальм, диплопия [64]. Могут развиваться такие явления, как дакриоцистит, нейротрофический кератит.

Распространяясь кверху, опухоль из полости носа может проникать в клетки решетчатого лабиринта, лобные пазухи, полость черепа. Это приводит к развитию менингеальных симптомов, вторичной атрофии зрительных нервов обоих глаз, битемпоральным сужениям, дефектам полей зрения [54,71,80].

Диффузные, без четких границ опухоли, разрушая окружающие здоровые ткани, приводят не только косметическому дефекту, но поражая глазничную, околоушную области или ткани вокруг трахеи и бронхиального дерева, опухоль может механически значительно нарушить зрение, слух и функцию дыхания.[Винников А.К., Гунчиков М.В., Лейзерман М.Г., 2002]. Папилломы, возникшие в области ЛОР-органов легко, могут травмироваться,

что влечет за собой образование длительно не заживающих язв и изъязвлений.

1.3. Диагностика папиллом полости носа и гайморовых пазух

Большинство авторов рекомендуют начинать клиническое обследование больных с папилломой полости носа и гайморовых пазух с анализа жалоб, анамнестических сведений, клинического осмотра, пальпации [2, 3, 15, 114]. 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 [Камалов Ш.Б. 2007, Лутфуллаев У.Л. 2004].

При осмотре определяется цвет опухоли, ее размеры, наличия деформации лицевого скелета. Осмотр ЛОР-органов не всегда дает представление о размерах и распространенности опухоли, если последняя расположена в гортани, полости носа или в среднем ухе [Антонив В.Ф., 2001; Дайняк Л.Б., Дайхес А.И. и др. 2004].

Эндоскопический метод в диагностике новообразований ЛОР-органов является основным. Он очень эффективен и прост. При фарингоскопии, передней и задней риноскопии, определяется цвет слизистой оболочки полости носа, состояние носовых раковин и ходов, носовой перегородки, свода носоглотки, а также наличие новообразования. Осторожно используя зонд можно определить консистенцию и исходную локализацию опухоли, однако следует опасаться кровотечения.[4, 22, 47, 79.]

Главные достоинства эндофиброскопии – 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 методика вмешательства. Однако такое вмешательство может привести к кровотечению.

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.

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 [14,114].

Рентгенологическое исследование с применением томографии полости носа и придаточных пазух 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 носа и придаточных пазух, прерывании тонкой линии тени одной или нескольких стенок пазухи, нарушение перекреста теней большого крыла основной кости и наружной стенки верхнечелюстной пазухи, тени мягких тканей могут определяться только на фоне воздуха пазух и носоглотки [22,23,70,77].

Метод термографии представляет собой способ регистрации теплового (инфракрасного) излучение 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 позволяет получить термографический «портрет» при разнице температуры 0,1 градус Цельсия.

При термографическом исследовании отмечается повышение термогенеза в проекции опухоли, но определить точные размеры новообразования и его распространенность не представляется возможным. [Погосов В.С.2002; Араблинский А.В 2001; Таллалаев В.Н 2000; Давудов Х.Ш. 2006г].

Метод компьютерной томографии приобретает всё большее значение в диагностике новообразования. Компьютерная томография основана на принципе создания рентгеновского изображения с помощью ЭВМ. Рентгеновские лучи, проходя через ткани, преобразуются в энергию отражённых волн различной длины. Энергия волн воспринимается детектором, преобразуется в электрические импульсы и передаются в ЭВМ, которая в зависимости от рентгеновской плотности ткани, даёт 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 о топографо-анатомических взаимоотношениях органов и тканей, но и определить протяжённость поражения и относительную степень проникновения в различные структуры [78]. Даёт информацию о состоянии таких труднодоступных областей, как крылонёбная и подвисочная ямки, основная пазуха, задние отделы глазницы, ткани парафарингиального пространства. [Захарченко А.Н. 2001]. С помощью компьютерной томографии невозможно судить о природе опухоли, однако совокупность компьютерной томографии и клиники даёт возможность судить о природе новообразования. В настоящее время метод компьютерной томографии по мнению большинства авторов, является ведущим в диагностике новообразований.

Ядерно-магнитный резонанс томография (ЯМР томографии) 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.

При ЯМР- томографии “изображение” зависит от плотности подвижных протонов, а не от прозрачности тканей для рентгеновских лучей. Метод ЯМР-томографии 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 ЯМР томографии имеет серьёзные 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 сбоя в работе) [49, 52, 66, 78].

Ангиография – метод рентгенологического исследования кровеносных сосудов с ведением в них контрастных (дающих резкую тень и безвредных для организма) веществ. Ангиография наружной сонной артерии является весьма информативным методом определения сосудистого генеза опухоли, её отношение к ближайшим сосудам, выявление локализации и распространённости, что в свою очередь, определяет объём и методику хирургического вмешательства. [Лутфуллаев У.Л., 2004]. Метод даёт возможность определить сосуды, из которых опухоль получает кровь. О распространённости 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 решён на основании данных гистологического исследования.

На данный момент всё ещё не существует единых правил диагностики и лечения пациентов с ПВИ. Поскольку проявление папилломавируса

многообразны и охватывают различные локализации, то диагностикой занимаются врачи различной специальности.

Полимерная цепная реакция (ПЦР) проводят общий тест на качественное выявление ДНК вируса папилломы человека, методом полимерной цепной реакции в соскобе эпителиальных клеток.

1.4 Лечение больных папилломой полости носа

Способы лечения папиллом многочисленны и весьма разнообразны. Некоторые из них направлены на остановку роста опухоли, другие на полную ее ликвидацию, третьи на замещение папиллом рубцовой соединительной тканью [Добротин В.Я. 2004]. Для выбора метода лечения необходимо учитывать возраст больного, локализацию, размеры, строение и клиническое течение папиллом [42, 44, 36].

Все методы лечения можно разделить на три группы: хирургические, консервативные и комбинированные. [Г.И.Гаркж, 2002].

Наиболее простым, доступным и эффективным способом лечения папиллом является их удаление. Большинство хирургов высказывается в пользу удаления папиллом полости носа и ППН, как только они обнаруживаются. Эти же авторы в сообщениях о различных способах лечения папиллом считают хирургический метод основным, однако находят различные показания и противопоказания к нему в зависимости от вида опухоли, ее размера, локализации, а также других обстоятельств.

Хирургические вмешательства по поводу папиллом небольших размеров являются безопасными и несложными. Однако хирургическое лечение папиллом затруднено, если новообразование очень больших размеров или оно имеет обширное прорастание в соседние органы, в связи, с чем одномоментное удаление папиллом иногда не представляется возможным. По мере развития хирургической техники при операциях по поводу папиллом 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 с соавт. использует фибриноколлагеновый комплекс «Тахокомб».

В настоящее время перевязку наружной сонной артерии при папилломах ЛОР-органов, предпринимают как один из этапов операции для уменьшения интраоперационного кровотечения [Лутфуллаев У.Л. 2004; Ольшанский В.О 2003]. Перевязку приводящих сосудов многие заменяют эмболизацией. Эмболизация считается более совершенным способом изоляции папиллом, чем перевязка, поскольку она исключает возможность обратного тока крови, как это возможно после перевязки, кроме того, эмболы могут рассасываться и при необходимости можно восстановить ток крови в бассейне эмболизации.

К хирургическим методам лечения относятся крио- и лазерная деструкция опухоли и фотодинамическая терапия.

Криодеструкция (замораживание) - метод локального криогенного воздействия на биологическую ткань с целью ее разрушения. Эффект замораживания папиллом заключается в первичном повреждении тканевых элементов и вторичном ответе, обусловленном действием вторичного фактора - низкой температуры. Применение низких температур для лечения папиллом 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 хладоагента жидкого азота.

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 спо-

собом отмечается лишь при воздействии на небольшие по размеру и интенсивности окраски капиллярные папиллом. Лечение жидким азотом опухолей приводит к резким рубцовым изменениям, которые еще больше усугубляют тягостное состояние больного, так как наслаиваются дополнительные функциональные нарушения [Васильев В.В.2007; Каримова Ф.С.2007; Минкин А.У.2000].

Лазерная деструкция опухоли. Для лечения папиллом 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 папилломами используют CO₂ - лазер, ИАГ-Nd - лазер, лазер на парах меди. Так как глубина проникновения лазера составляет 1,2 мм., лазеры редко применяются при лечении глубоких папиллом. Кроме того, существует риск рубцевания после использования лазера [67, 72, 85.].

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 [Хасанов С.А. 2008].

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 сосудистых опухолей.

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 их гибели и даже деструкции [69, 86, 93]. В зависимости от вида источника излучения различают гамма-терапию, бета-терапию, рентгенотерапию.

Исследованиями ученых было установлено, что 12,7-15,1% папиллом радиорезистентны.

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 папиллом СВЧ- полем. Метод используется у больных с папилломами 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 следует отнести развитие массивных отеков [87,98,108.].

Склерозирующая терапия. Лечение папиллом 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 папиллом [97, 88, 65,]. Химические вещества в виде инъекции применяются уже более 100 лет, но в основном для лечения варикозно расширенных вен и аневризм. В 1871 г. Schwalbe впервые использовал 50° этиловый спирт для склерозирующей терапии папиллом. По его методике, спирт в количестве 2-4 мл вводится через несколько вколов по окружности опухоли, отступая от нее на 0,5-1 см. В результате опухоль как бы окружается инфильтрационным валом. В последующие сеансы инъекции производят все ближе и ближе к центру, по внутреннему краю вала. Интервалы между сеансами - 2-3 дня. Длительность лечения доходит до года и более. Инъекции спирта в различных концентрациях и изменением методики при лечении папиллом с успехом применяли многие авторы [Винников А.К., Гунчиков М.В.2002].

По данным С.А.Холдина (1935), болезненность инъекций при повторных сеансах в связи с развитием воспалительного процесса значительно усиливалась, и больные иногда отказывались от дальнейшего лечения. После введения спирта, автор часто наблюдал некрозы и образование рубцов, что приводило к неудовлетворительным косметическим результатам. Введение в папилломатозную ткань спирта может способствовать возникновению тяжелых осложнений. Одним из них является эмболия тромбов, образовавшихся в полостях папилломы при введении спирта, в жизненно важные органы. При введении больших доз

спирта у больных возникала гемоглинурия. Со стороны крови при введении свыше 40 мл спирта отмечался интенсивный гемолиз эритроцитов. Инъекции этилового спирта показаны как самостоятельный метод при лечении папиллом полости носа, губ, ушных раковин, век, области околоушной слюнной железы и разветвлений лицевого нерва, полости рта и языка, где хирургическое лечение не показано [Винников А.К 2000; Гунчиков М.В2004; Лейзерман М.Г. 2000].

Из других средств склерозирующей терапии папиллом отечественные и зарубежные авторы применяли раствор хинин-уретана.

В дальнейшем были получены данные о возникновении злокачественных опухолей в эксперименте у животных после введения уретана. В связи с канцерогенным действием препарата хинин-уретан полностью исключили из числа способов лечения сосудистых опухолей.

Для лечения детей больных папилломой челюстно-лицевой области с успехом применяли З.А. Ажджуа (2001) и С.Н. Разуваев (2004) этоксисклерол. Этот препарат оказался высокоэффективными при обширных папилломах челюстно-лицевой области у детей, в тех случаях, когда другие методы были безрезультатными. Все осложнения: поверхностные некрозы кожи и слизистых покровов, инфицирование опухоли, временный парез отдельных ветвей лицевого нерва были скоропреходящи и не сопровождались в последующем развитием функциональных и косметических нарушений.

Таким образом, несмотря на большое число работ, посвященных вопросам

клиники, диагностики и лечения доброкачественных опухолей полости носа, многие аспекты этой проблемы до конца не изучены.

Фундаментальных работ, где даны обобщенные результаты изучения вопросы клиники, диагностики и лечения доброкачественных опухолей полости носа и придаточных пазух, в доступной литературе мы не встретили.

Нет классификации доброкачественных опухолей полости носа и придаточных пазух по стадиям распространения.

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 доброкачественными опухолями полости носа и придаточных пазух носа. Не проведена оценка эффективности высокоэнергетического лазерного излучения при удалении папиллом полости носа и гайморовой пазухи и применения низкоэнергетического He-Ne лазера в послеоперационном периоде [89,99,59,67.]

Глава II Материалы и методы исследования больных

2.1 Клиническая характеристика обследованных больных

Данное исследование выполнялось в период с 2010 по 2013 гг. в клинике болезней уха, горла и носа факультета усовершенствования врачей СамМИ, дислоцирующейся в Республиканской клинической больнице №.1 г. Самарканда.

Настоящая работа основана на анализе результатов обследования и лечения 25 больных. Все больные были разделены на 2 группы. В контрольную группу входило 10 больных с папилломами полости носа и гайморовой пазухи, которым применялись традиционные методы лечения, а именно хирургическое удаление папиллом различными способами в зависимости от их локализаций. В составе основной группы было 15 больных, которым наряду с традиционными методами лечения использовали лазерный аппарат.

Тщательный сбор анамнеза позволил нам выявить факторы способствующие возникновению папиллом полости носа и гайморовой пазухи (см.рис №2.1).

Как видно из нижеуказанного рисунка, хронические заболевания носа и ОНП, при сборе анамнеза наблюдались у 21 больного (84%), производственные вредности – у 2 больных (8%), наследственный фактор имел место также у 2 больных (8%).



Рисунок № 2.1 .

Факторы, способствующие возникновению папиллом полости носа и гайморовой пазухи

Для оценки клинического течения заболевания изучали локализацию папиллом в различных отделах полости носа, ее размеры, цвет, консистенцию.

Плоскоклеточные папилломы мы наблюдали у 7 больных, из них 3 лица мужского и 4 женского пола.

Плоскоклеточные папилломы представляли собой обычные кожные папилломы. Обладая экзофитным ростом, они располагались в передних отделах полости носа. Опухоли были бледно-серого цвета, имели бугристую поверхность, широкое основание, размер их достигал 4-5 мм и более.

Переходноклеточные папилломы мы наблюдали у 18 больных, из них 11 лиц мужского и 7 женского пола в возрасте от 15 лет до 60 лет и старше, но большинство больных были старше 20 лет.

Правосторонняя локализация процесса наблюдалась у 10 больных, левосторонняя у 15. Двустороннее поражения полости носа и гайморовой пазухи у одного больного.

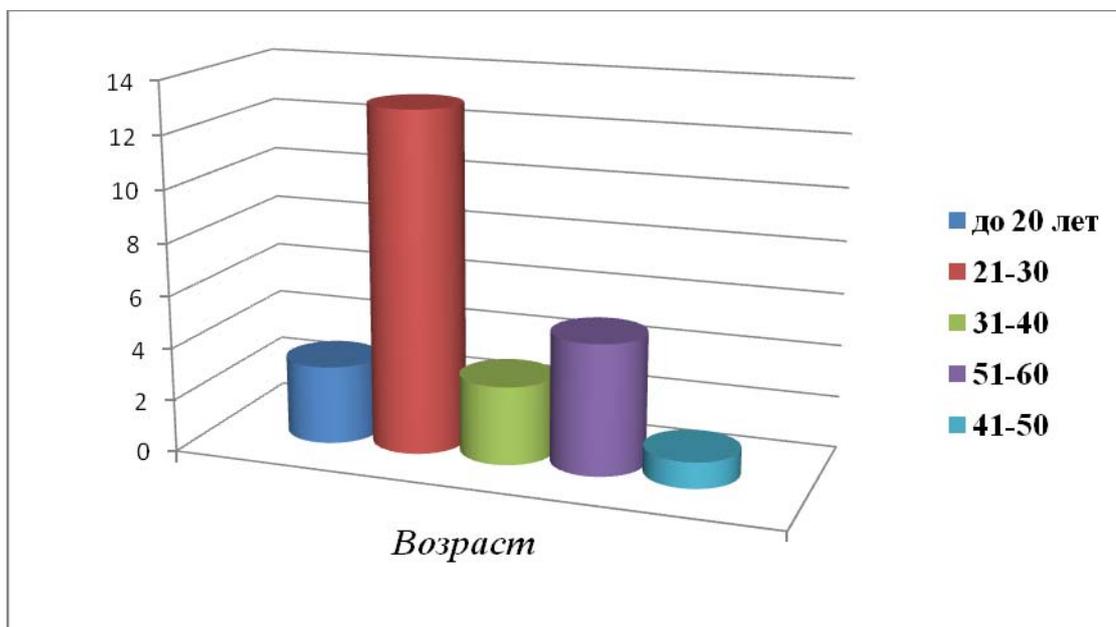
У 3 больных опухоль локализовалась только в латеральной стенке носа, у 9 она занимала полость носа и верхнечелюстную пазуху, у 10 больных только в верхнечелюстной пазухе и у 3 на дне полости носа.

Переходноклеточные папилломы имели разнообразный внешний вид. В ряде случаев, особенно если опухоль исходила из латеральной стенки полости носа, она была бледно-серого цвета, мягкой консистенции, со складками, отдаленно напоминала полип. Иногда ее практически невозможно было отличить от обычных полипов. При локализации на носовой перегородке, в своде полости носа и верхнечелюстных пазухах переходноклеточные папилломы имели вид цветной капусты, широкое основание и были более плотными.

Как было отмечено выше, развитию папиллом полости носа и гайморовых пазух 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 носа и придаточных пазух, ОРЗ и др.

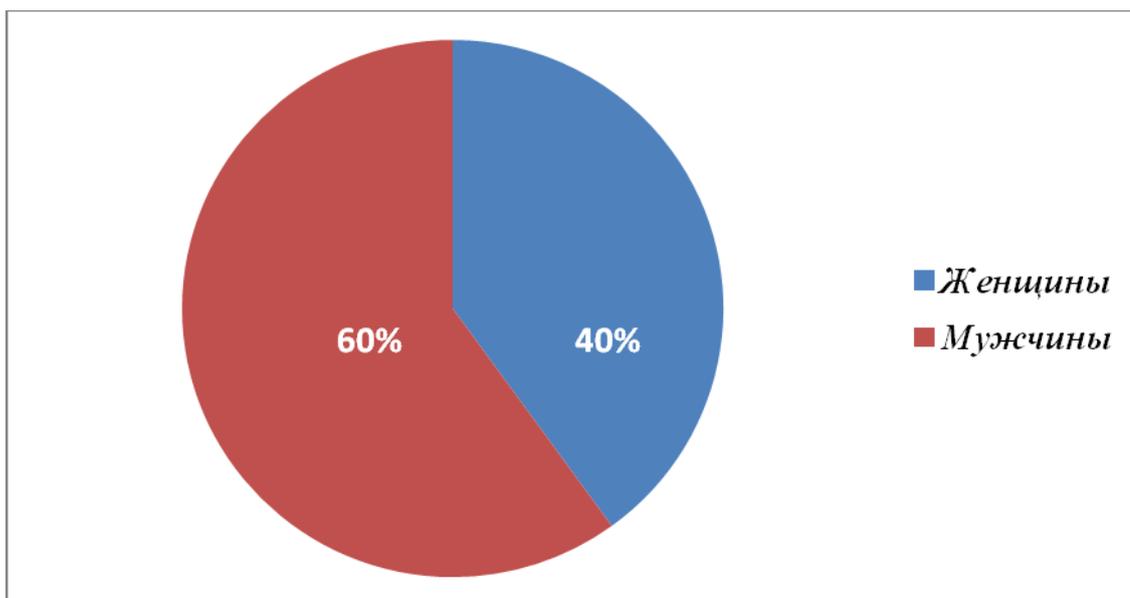
На рисунке №2.2 представлено распределение больных в зависимости от возраста. Как видно из данного рисунка, тринадцать больных (52%) встречались в возрастной группе от 21 до 30 лет, пять больных (20%) в возрасте от 51-60 лет, по трое больных (12%) в возрастных группах от 31-40 и до 20 лет и один больной (4%) в возрасте 41-50 лет.

Рис. №2.2 *Распределение больных в зависимости от возраста*



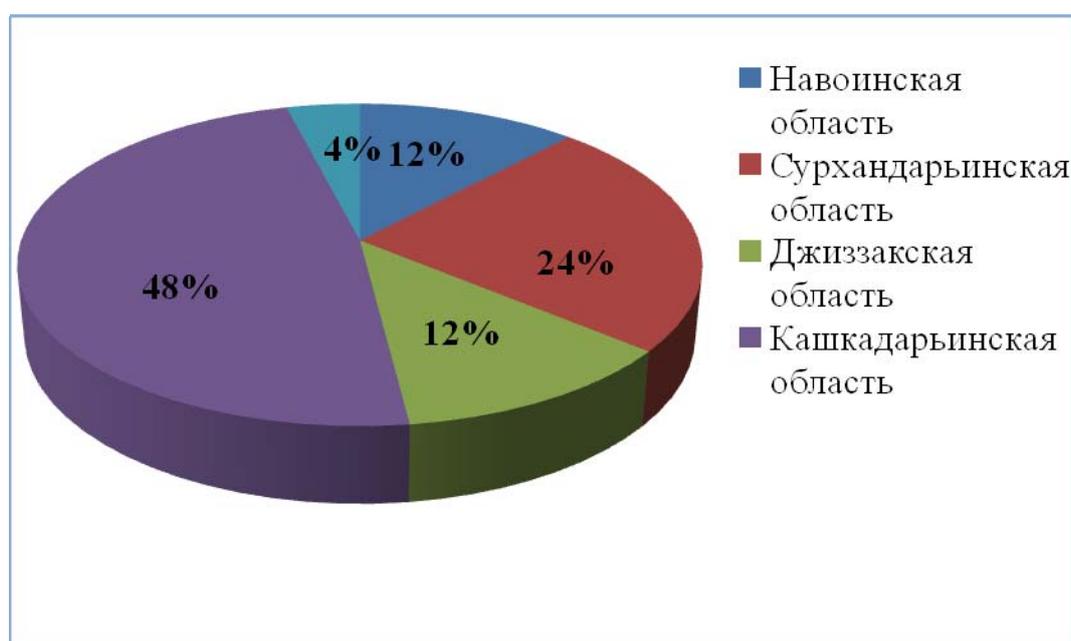
Распределение больных производилось также по полу, которое отражено на рисунке №2.3. Как видно из нижеуказанного рисунка, в наших исследованиях в незначительном количестве преобладали лица мужского пола 15:10.

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. №2.4). Из рисунка видно, что двенадцать больных (48%) из Кашкадарьинской области, шесть (24%) из Сурхандарьинской области, трое больных (12%) из Джиззакской и Навоинской областей и один больной (1%) из Самаркандской области.

Рис. №2.4 *Распределение больных по месту жительства*



На лечении в клинике СамМИ находилось 25 больных папилломами полости носа и гайморовой пазухи. Заболевание обычно проявлялось затруднениями носового дыхания, заложенностью носа, слизистыми выделениями из носа, иногда эти два симптома дополняли друг друга. У некоторых больных наблюдались носовые кровотечения, которые были однократными, в других повторялись несколько раз в течение суток и возникали не только при малейшей травме или усиленном сморкании, но и спонтанно.

Гистологическую структуру опухоли определяли при возможности в дооперационном периоде, при условии, что опухоль локализовалась в анатомически доступной для биопсии зоне. При подтверждении диагноза папилломы полости носа или гайморовой пазухи, таким больным было

рекомендовано хирургическое её удаление. В противном случае, при малигнизации процесса, больные направлялись в онкологический диспансер.

При получении гистологического ответа, полученного нами при биопсии, выявились следующие виды папиллом, что нашло своё отражение в таблице № 2.1. У основного количества больных – 17 (68%) наблюдалась инвертированная папиллома, плоскоклеточная папиллома была выявлена у 7 больных (28%) и у 1 больного (4%) цилиндроклеточная папиллома.

Таблица №2.1

Распределение больных в зависимости от гистологической структуры папиллом.

Гистологическая структура папиллом	Переходно-клеточная (инвертированная)	Плоскоклеточная папиллома
Количество больных	18	7
%	72	28

Переходно-клеточная (инвертированная) папиллома (син.: папиллома Шнейдера, эпителиальная папиллома, сосочковая фиброэпителиома, папиллярный синусит) — редкая, характерная для полости носа и его синусов доброкачественная опухоль, составляющая около 0,5 % от находок всех новообразований носа. Она чаще встречается у мужчин. Обычно односторонняя, эта опухоль бывает одиночной и множественной. Как правило, она возникает на боковой стенке полости носа, а также в околоносовых пазухах: гайморовой полости, решетчатом лабиринте, изредка в лобной и основной пазухах. При сочетанном поражении локализацию первичного узла установить практически невозможно. Из полости носа опухоль может врастать в околоносовую пазуху и наоборот. Пациенты

обычно жалуются на заложенность носа, выделения, носовые кровотечения, боль в области лицевого нерва. Иногда в зоне опухолевого роста происходит разрушение костной ткани. Чаше всего страдают стенки гайморовой пазухи. Но опухоль может расти и в других направлениях, разрушая стенку неба, стенки глазницы или кости основания черепа. Рецидивы опухоли могут возникать через 5—10 лет. Примерно у 5% больных инвертированная переходно-клеточная папиллома способна превращаться в рак после долголетнего доброкачественного течения. Метастазы не наблюдаются.

Макроскопически мягкая, со складками, опухоль имеет дольчатое, сосочковое строение, шероховатую поверхность. Цвет ее ткани варьирует от розового до желто-красного. Инвертированная переходно-клеточная папиллома рецидивирует в 75 % случаев, если проведена локальная эксцизия. Для оптимального лечения при локализации опухоли на боковой стенке носовой полости рекомендуется боковая ринотомия и срединная резекция верхней челюсти. Если такая папиллома малигнизируется, то ее клиническое течение становится более агрессивным.

Под микроскопом поверхность опухоли неровная из-за множества глубоких щелей и складок. Они покрыты толстым слоем эпителия, напоминающего выстилку мочевыводящих путей. В нем можно различить три зоны. Сравнительно узкая базальная зона состоит из мелких и темных клеток. Большинство из них имеют слегка вытянутую форму и своей длинной осью лежат перпендикулярно к слабо развитой базальной мембране. Подлежащая соединительная ткань местами вдается в эпителий, образуя сосочки, богатые капиллярами. Промежуточная зона представлена крупными светлыми клетками, образующими много слоев. Их ядра обладают круглой или слегка неправильной формой, а прилегающий к ядру участок цитоплазмы кажется оптически пустым. Чем ближе к поверхности, тем крупнее и светлее эпителиоциты и тем лучше выявляются межклеточные границы. Наконец, самая узкая и не везде выраженная зона состоит из уплощенных клеток с оксифильной цитоплазмой и гиперхромными ядрами.

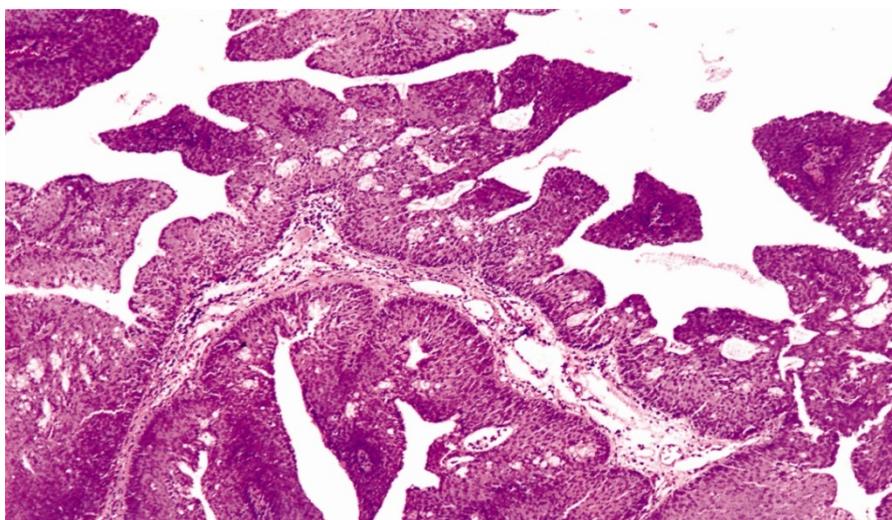
Кроме того, эпителий папилломы образует множество выростов в подлежащую соединительную ткань. Эпителиальные пласты в некоторых участках опухоли окаймлены призматическим эпителием или имеют в центре просвет, ограниченный призматическими клетками, секретирующими слизь. Микрокисты с небольшим количеством муцина или нейтрофилов могут быть разбросаны по всему неопластическому эпителию. Фигур митоза мало, и они встречаются в базальной зоне опухолевого эпителия. Ядерный полиморфизм наблюдается приблизительно в 10 % случаев. Фиброзная строма может быть отечной, рыхлой, богатой капиллярами и незначительно инфильтрированной лимфоцитами и плазматическими клетками. Иногда встречаются лимфоидные фолликулы. Нормальных желез в строме нет.

Рис.№2.5 «Переходно-клеточная» папиллома, полость носа
Инвертированный тип. Не образующая складки опухоль из эпителия, выстилающего полость носа. Окраска гематоксилином и эозином (увеличение x 100).



Рис.№2.6 «Переходно-клеточная» папиллома, полость носа

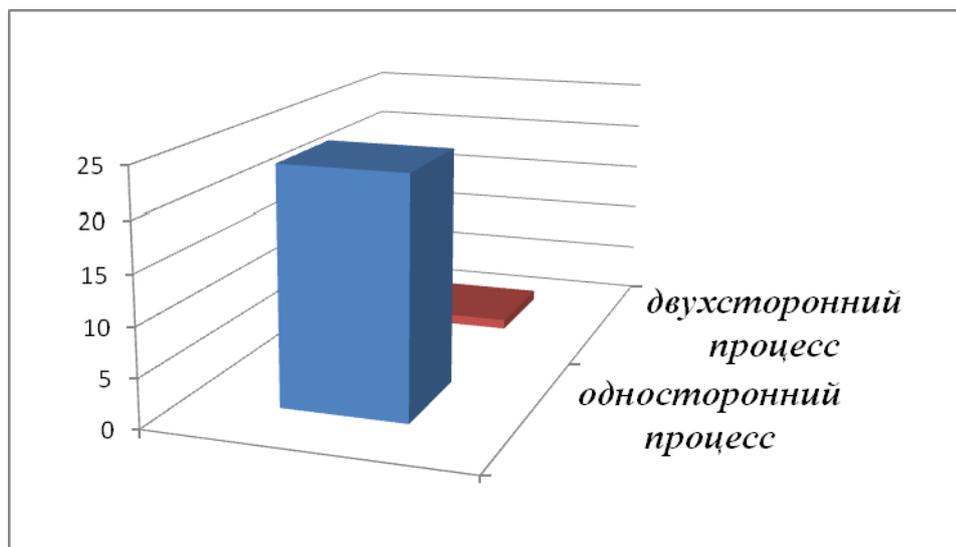
Экзофитный тип. Тяжи стромы, покрытые многослойным и псевдослойным плоским эпителием, выстилающим полость носа
(увеличение x 65)



Наиболее часто плоскоклеточные папилломы располагаются в передних отделах полости носа. При этом чаще они локализуются в области преддверия носа и хрящевого отдела перегородки носа, реже — в области дна полости носа или одновременно поражают оба этих отдела. Больные обычно жалуются на наличие опухолевого образования в носу, которое они определяют самостоятельно. С ростом опухоли больного начинают беспокоить затрудненное носовое дыхание, изредка кровянистые выделения из носа. Плоскоклеточные папилломы представляют собой абсолютно доброкачественные процессы, однако мы располагаем наблюдением малигнизации такого образования.

Как было указано выше, в наших исследованиях принимало участие 25 больных папилломами полости носа и гайморовой пазухи. Как видно из рисунка №2.7 основное количество больных приходилось на одностороннюю локализацию процесса 24:1.

Рис. №2.7 *Распределение больных в зависимости от локализации процесса*



2.2 Характеристика методов исследования

Всем больным, находящимся под нашим наблюдением, проведено клиническое обследование, которое включало детальный расспрос, выявление жалоб, сбор анамнестических данных, осмотр, пальпацию наружного носа, проекции околоносовых пазух, шейных, под- и зачелюстных лимфатических узлов, 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 или злокачественном характере опухоли. Часто встречались опухоли, занимающие всю полость носа и несколько околоносовых пазух, иногда распространяющиеся в смежные области. В таких случаях установить исходную локализацию опухоли представлялось возможным с большой степенью вероятностью можно было только путем тщательного ретроспективного анализа первичных симптомов.

2.3. 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 полости носа и гайморовой пазухи, в последующем приводящих к развитию онкологических заболеваний. Для раннего выявления папиллом полости носа и гайморовой пазухи 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 так же 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, пальпацию наружного носа, проекции околоносовых пазух, шейных, под- и зачелюстных лимфатических узлов, оценку состояния внутренних органов, эндоскопическое исследование ЛОР-органов.

2.1 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 папилломы, занимающие всю полость носа и несколько околоносовых пазух, иногда распространяющиеся в смежные области. В таких случаях установить исходную локализацию опухоли представлялось возможным, с большой степенью вероятностью, можно было только путем тщательного ретроспективного анализа первичных симптомов.

Как было отмечено выше, развитию доброкачественных папилломатоза полости носа и околоносовых пазух 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 носа и придаточных пазух, ОРЗ и др.

2.2 Наружный осмотр

При наружном осмотре обращали внимание на внешний вид ЛОР-органов. Отмечали изменения формы наружного носа, области проекции на лицо стенок лобных и верхнечелюстных пазух. Проводили пальпацию регионарных лимфоузлов, передних и нижних стенок лобных пазух, мест выхода I и II ветвей тройничного нерва, передних стенок верхнечелюстных пазух.

Носовое дыхание исследовали с помощью пробы с ваткой, позволяющей оценить его как свободное или затрудненное (затруднен вдох или выдох).

2.3 Передняя риноскопия

При передней риноскопии обращали внимание на цвет и состояние слизистой оболочки полости носа, преддверие носа, носовые раковины, перегородку, дно полости носа. Если имелось опухолевидное образование, производили тщательный его осмотр, отмечали цвет, поверхность, консистенцию, а при возможности размеры, и степень прорастания опухоли в соседние анатомические структуры.

2.4 Задняя риноскопия (эпифарингоскопия)

Эпифарингоскопию производили для осмотра задних концов всех трех носовых раковин, носовых ходов, задних отделов перегородки носа (сошника), а также выявляли степень прорастания папиллом в носоглотку. При прорастании папиллом в носоглотку определяли её цвет, консистенцию, размеры, пальцевое исследование опухоли не проводилось, во избежание кровотечения.

2.5 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 новообразований носа, 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 микроизъязвления, бугристость новообразования, недоступные определению невооруженным глазом. Такое увеличение помогает определить усиление или атипичность 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 микроизъязвлений. В изучении сосудистого рисунка некоторую ясность может внести применение сосудосуживающих средств (адреналин). Адреналиновую пробу при опухолях носа мы проводили непосредственно перед радикальным вмешательством по поводу новообразования. 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 подкожно или под надхрящницу и инфильтрировали ткань вокруг опухоли. Свободная гидравлическая отслойка надхрящницы вместе с опухолью, без прорыва новокаина на

поверхность через ткань новообразования, до некоторой степени свидетельствовала об интактности хряща.

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.

2.5 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 полости носа 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.

В ринологии метод дает четкое пространственное отображение взаимоотношения внутриносовых 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 полости носа и тщательно спланировать ход предстоящей операции. Метод позволяет уточнить распространенность патологического процесса в пазухах,

установить причины рецидивирования в них воспалительного процесса, избежать повреждения жизненно важных окружающих структур: глазницы, зрительных нервов, основания черепа и крупных сосудов. В стандартной ситуации при подготовке к операции достаточно выполнения компьютерной томографии только в одной, коронарной проекции в сложных для диагностики случаях, например при подозрении на деструкцию стенок полости носа или при подготовке вмешательства после многократных предшествующих операций, 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 другими даёт 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 доброкачественными опухолями полости носа. Компьютерную томографию назначали всем больным, чтобы определить распространенность опухоли на основании информации, полученной методами исследования, которые дешевле и доступнее.

2.6 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 T_1 и T_2 , 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 злокачественной и доброкачественной опухолей, 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 доброкачественных опухолей от злокачественных, а также для уточнения распространения патологического процесса в полость носа и близлежащие анатомические структуры.

2.7 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° 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 цитоплаз-

ма клеток имела красновато-фиолетовую окраску, мы уменьшали время окраски.

Если гематоксилин окрашивал срезы очень быстро и даже при кратковременной обработке ядра резко переокрашивались, 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° 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 зависила 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.

ГЛАВА III КЛИНИКА И ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ПАПИЛЛОМОЙ ПОЛОСТИ НОСА И ГАЙМОРОВЫХ ПАЗУХ

3.1 Клиническое течение папиллом полости носа и гайморовых пазух

Успех лечения папиллом полости носа и гайморовых пазух 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 папиллом полости носа и гайморовых пазух характерны такие симптомы, как затруднение или полное отсутствие носового дыхания с одной или двух сторон, патологические выделения из носа, носовые кровотечения, нарушение обоняния, головная боль. У ряда больных имели место изменение формы носа, асимметрия лицевого скелета при распространенных формах опухоли.

Клиническое проявление опухолевого процесса, в частности папиллом полости носа и гайморовой пазухи зависели от места локализации последних. По локализации процесса больные распределены следующим образом (количество, проценты), что нашло своё отражение в таблице №3.1.

На перегородке носа папиллома локализовалась у 1 больного (4%), на нижней носовой раковине у 2 больных (8%), дно полости носа папиллома занимала у 3 больных (12%), гайморову пазуху у 10 больных (40%), полость носа и гайморову пазуху одновременно у 9 больных (36%).

Таблица №3.1

Локализация папиллом

<u>Перегородка носа</u>		<u>Нижняя носовая раковина</u>		<u>Дно полости носа</u>		<u>Гайморова пазуха</u>		<u>Полость носа и гайморовой пазухи</u>		<u>Всего</u>
<i>Кол-во</i>	<i>%</i>	<i>Кол- во</i>	<i>%</i>	<i>Кол- во</i>	<i>%</i>	<i>Кол-во</i>	<i>%</i>	<i>Кол-во</i>	<i>%</i>	<i>100</i>
1	4	2	8	3	12	10	40	9	36	25

Клинически папиллома полости носа и гайморовой пазухи проявлялась следующими симптомами: затруднением носового дыхания у 17 больных (68%), слизистыми выделениями из носа у 19 больных (76%), носовыми кровотечениями у 11 больных (44%), снижением обоняния у 11 больных (44%), головными болями у 23 больных (92%), что нашло своё отражения в таблице №3.2.

Таблица №3.2

Клинические симптомы папиллом полости носа и гайморовых пазух

<u>Симптомы</u>	<u>Количество больных</u>	<u>%</u>
<i>Затруднение носового дыхания</i>	17	68
<i>Слизистые выделения из носа</i>	19	76
<i>Носовые кровотечения</i>	11	44
<i>Снижение обоняния</i>	11	44
<i>Головные боли</i>	23	92

3.2. информативность различных методов диагностики папиллом полости носа и гайморовых пазух.

В настоящее время не вызывает сомнения необходимость комплексной диагностики папиллом полости носа и гайморовых пазух. 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 папиллом полости носа и гайморовых пазух у всех обследованных больных зависела от локализации и распространенности поражения, морфологического строения опухоли. Результаты сравнивали в первую очередь с подтвержденным гистологическим исследованием окончательным диагнозом и данными других методов исследования.

Высокой была диагностическая ценность клинико-anamnestических 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.

Значимость передней риноскопии была высокой во всех случаях папиллом полости носа, расположенных в ее передних и средних отделах. При опухолях околоносовых пазух 1 и 2 стадии, расположении их в задних отделах полости носа ценность данного метода снижалась. Задняя риноскопия оказалась информативной при расположении папиллом в задних отделах полости носа, при поздних стадиях опухолей гайморовых пазух, когда имело место их прорастание в носоглотку или задние отделы полости носа.

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 полости носа и придаточных пазух при их опухолевым 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 отдифференцировать при серийной томографии опухолевую ткань от гиперплазии слизистой оболочки.

Микрориноскопия применена у 15 больных с папилломами полости носа. При расположении папилломы в преддверии, передних и средних отделах полости носа можно было детально рассмотреть их при микрориноскопии. При наличии сопутствующих заболеваний (искривление носовой перегородки, вазомоторный или гипертрофический ринит, синехии полости носа) диагностические возможности данного метода исследования снижались. Перед проведением исследования производилась анемизация слизистой оболочки 0,1% раствором адреналина гидрохлорида. Осмотр начинали под пятикратным увеличением, а в случае необходимости исследование продолжали при увеличении в 8-20 раз. У всех пациентов мы смогли четко различить границы опухоли и здоровой ткани, а также предварительно определить тип опухоли. У 60% больных в последующем они совпали с результатами гистологических исследований. Информативность микрориноскопии была высокой на начальных стадиях опухолей, особенно исходящих из мягких тканей и эпителиального происхождения. Важным диагностическим критерием данного метода является выявление изменения архитектоники сосудистого русла. Атипия сосудистого ри-

сунка, по данным некоторых авторов (Курилин И.А., Юрьев Л.П., 1977; Антонив В.Ф. и др., 1979 и др.), характерна для опухолей.

Микрориноскопия при папилломах гайморовых пазух имела относительно низкую информативность (40%), за исключением их 3А стадии или опухолей, первично прорастающих в полость носа из решетчатого лабиринта.

КТ и ЯМР-томография, выполненные у 16 и 6 пациентов соответственно, оказались наиболее информативными диагностическими методами исследования папиллом полости носа и гайморовых пазух независимо от их гистологической структуры и стадии развития. У 6 пациентов эти два метода были выполнены одновременно, что дало возможность до тончайших деталей определить стадию заболевания и разработать план предстоящей операции. Следует отметить, что при опухолях костей и хрящевой ткани визуализация при КТ была выше чем при ЯМР-томографии. В таких случаях мы выбираем КТ как метод «золотого стандарта».

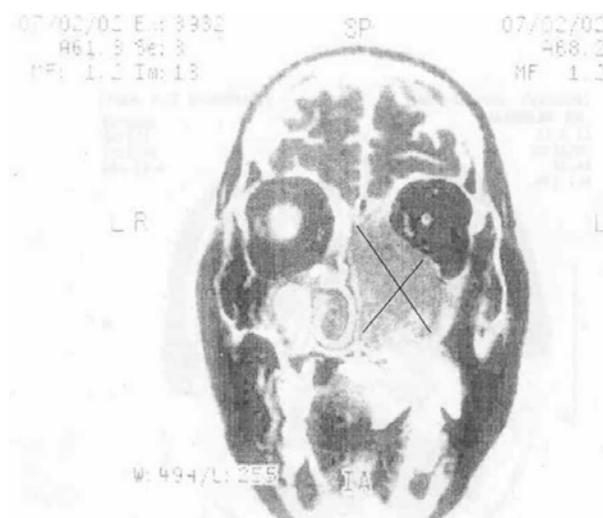


Рис.3.5. ЯМР-томограмма лицевого скелета во фронтальной проекции больного Я. (и.б. №1611/120).

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

В то же время в ряде случаев совокупность КТ и ЯМР - томографических 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 совпали с операционными находками у 14 из 16 обследованных больных, т.е. диагностическая точность метода составила 87,5%.

Данные ЯМР-томографии полностью совпали с операционными находками у 5 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 ЯМР-томографии 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;
- ЯМР-томография 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 то же время ЯМР-томография 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 доброкачественных опухолей полости носа и придаточных пазух являются КТ и ЯМР - томография, однако ни один из этих методов не может заменить другой, они взаимно дополняют друг друга.

Целью настоящей работы являлась изучить раннюю диагностику и эффективность хирургического лечение папиллом полости носа и гайморовой пазухи с использованием хирургического лазера

В настоящее время основным методом лечения папиллом носа и гайморовых пазух носа 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 папилломах полости носа и гайморовых пазух необходимо бережно относиться к окружающим тканям и учитывать косметический эффект операции.

Применение лазера в нашей работе основано на уменьшении кровопотери во время операции и профилактики кровотечений в послеоперационном периоде.

Данная технология является усовершенствованной и предлагается впервые в ЛОР-отделении клиники СамМИ. Методы хирургических операций с применением высокоинтенсивного лазерного излучения для лечения заболеваний папилломатозом открыли широкие возможности в оториноларингологии. Получив хороший клинический эффект были отмечены преимущества лазерной хирургии по сравнению с электро- и криохирургией. К настоящему времени техника лазерных хирургических вмешательств разработана практически для всех нозологий в оториноларингологии. Такое распространение лазерных технологий обусловлено, с одной стороны высокой воспроизводимостью методов лазерных хирургических вмешательств, а с другой – более быстрым, по сравнению со скальпельным, заживлением ран и практически полным отсутствием кровотечений, как во время, так и после вмешательств.

Возможность осуществления точных, строго дозированных воздействий позволяет разработать органосберегающие операции. Надежная коагуляция оперируемых тканей является хорошей предпосылкой к переходу на амбулаторные методы лечения. Использование лазерных методов позволяет резко снизить величину послеоперационного отека, избежать нежелательных последствий и сократить время больного в операционной и стационаре в целом.



Рис.№3.1 Лазерный аппарат AESCULAP tm 350.

Учитывая малоинвазивность, безболезненность, практическое отсутствие послеоперационных реактивных явлений, отсутствие кровотечений, стерилизующее действие лазерных излучений, а также высокую точность при работе, рекомендуется широкое применение хирургического лазера для амбулаторного и стационарного лечения папиллом полости носа и гайморовой пазухи.

Распределение больных на группы, в зависимости от способа лечения

В ЛОР-отделении клиники СамМИ наблюдалось 25 больных папилломами полости носа и гайморовой пазухи с 2010 по 2013г.г. Все больные были разделены нами на 2 группы.

В контрольную группу входило 10 больных папилломами полости носа и гайморовой пазухи, что составляло 40% от общего числа больных (см.рис. №3.2). У больных контрольной группы мы применяли только

хирургическое удаление папиллом полости носа и гайморовой пазухи без применения лазера AESCULAP tm 350.

Рисунок №3.2

Метод лечения больных в контрольной группе



Во вторую, основную группу, входило 15 больных – 60% от общего числа больных, которым удаление папиллом полости носа и гайморовой пазухи производилось при помощи лазера AESCULAP tm 350

Рисунок №3.3

Метод лечения больных в основной группе



Независимо от распределения на группы, всем больным проводились следующие виды хирургических операций (см. таблицу №3.3). Как видно из данной таблицы эндоназальное удаление опухоли применялось у 7 больных (28%), операция по Денкеру у 10 больных (40%), операция по Муру у 8 больных (32%).

Таблица № 3.3

Виды хирургического вмешательства в зависимости от локализации папиллом в полости носа и гайморовой пазухе.

<i>Вид хирургического вмешательства</i>	<i>Эндоназальное удаление</i>	<i>Экстраназальное удаление папиллом</i>		<i>Всего</i>
		<i>доступ по Колдуэлл-Люка</i>	<i>доступ по Муру</i>	
<i>Кол-во больных</i>	7	10	8	25
<i>%</i>	28	40	32	100%

Как было указано выше, в контрольную группу входило 10 больных (40%) с папилломами полости носа и гайморовой пазухи, которым применялся хирургический метод лечения. Тактика хирургического вмешательства и объем операции зависел от клинического течения опухоли, обусловленного исходной локализацией, типом роста новообразования и степенью поражения близлежащих анатомических структур.

При папилломах полости носа, исходящих из хрящевого отдела перегородки носа и с локализацией в области носовых раковин мы производили эндоназальное вмешательство. Эти операции выполняли под местным обезболиванием 1% раствором новокаина, который вводили поднадхрящично (при поражении хрящевого отдела перегородки носа). При

этом происходила «гидравлическая» отслойка надхрящницы вместе с новообразованием. Отслойка надхрящницы без просачивания новокаина через папиллому свидетельствовала о том, что последняя не разрушила надхрящницу и не распространилась на хрящ. Папиллому иссекали в пределах здоровых тканей. При заинтересованности подлежащей части хряща носовой перегородки, последний резецировали вместе с папилломой и слизистой оболочкой этой области. Экстраназальное удаление папиллом латеральной стенки полости носа у больных производили в тех случаях, когда последняя имела широкое основание, достигала больших размеров, обтурируя пораженную половину полости носа и прорастала в околоносовые пазухи, с деформацией и нарушением функций последних.

Распространение папилломы на верхнечелюстные пазухи и передние клетки решетчатого лабиринта являлось показанием к удалению новообразования с использованием доступа по Колдуэлла-Люка. Операция состояла в широком вскрытии передней стенки верхнечелюстной пазухи, резекции её медиальной стенки вместе с соответствующим краем грушевидного отверстия.

Операцию начинали с разреза слизистой оболочки в области переходной складки верхней губы, который тянется от второго большого коренного зуба и, пересекая уздечку, продолжается на 2 см. на другую сторону. Распатором отделяли мягкие ткани щеки в области лицевой поверхности верхней челюсти и обнажали соответствующий край грушевидного отверстия. Верхнечелюстную пазуху вскрывали обычным путем через её лицевую стенку с последующей резекцией латеральной стенки полости носа вместе с соответствующим краем грушевидного отверстия. Резекцию кости в области лицевой и медиальной стенок верхнечелюстной пазухи продолжали до тех пор, пока не было создано достаточной величины отверстие для свободного удаления опухоли. При необходимости дополнительно резецировали лобный отросток верхней челюсти и носовую кость, открывая доступ к верхнему этажу полости носа. После удаления опухоли операционную полость туго тампонируют

по Микуличу тампоном. Конец тампона выводили наружу через соответствующую половину носа. Рану слизистой оболочки вдоль переходной складки верхней губы ушивали кетгутом. На линию шва наносили тонкий слой 1% раствора бриллиантовой зелени и накладывали давящую повязку. Тампон удаляли через 4-5 дней.

При локализации папиллом в верхних отделах полости носа или при распространении опухоли в решетчатый лабиринт, гайморову пазуху, пазуху основной кости мы применяли доступ по Муру, для достижения более широкого подхода и максимального удаления опухоли (см. таб. №3).

Кожный разрез начинается у внутреннего края брови, спускается вниз вдоль нососщечной борозды, огибает крыло носа и заканчивается в его преддверии. Мягкие ткани отслаиваются вместе с надкостницей в области лицевой поверхности верхней челюсти, ее лобного отростка, носовых и слезных косточек, после чего нос отворачивается в одну сторону, мягкие ткани щеки в другую. При помощи долота и костных щипцов резецируется носовой отросток верхней челюсти, носовая кость, слезная и частично бумажная пластинки решетчатой кости, что дает широкий доступ к клеткам решетчатого лабиринта и глубоким отделам полости носа. В случае поражения челюстной пазухи резецируются ее медиальная и наружная стенки. При необходимости можно продолжить кожный разрез вверх по надбровной дуге и получить доступ к лобной пазухе и глазнице.

После удаления опухоли, туалета раны и диатермокоагуляции в операционную полость через нос закладывается тампон, кожная рана зашивается наглухо.

Рассмотрим на примере из основной группы.

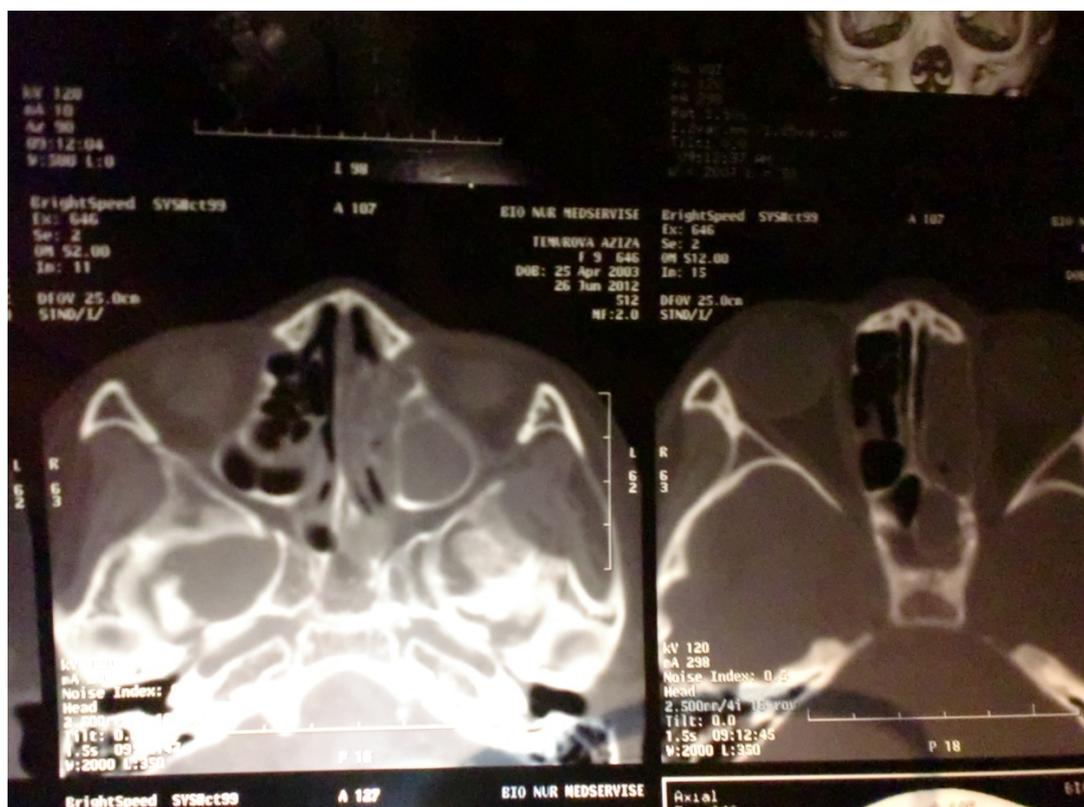
Больной Р., 27 лет, № ист. болезни 12972/1066, поступил в ЛОР-отделение клиники СамМИ 12.04.2011 г. с жалобами на отсутствие носового дыхания через левую половину полости носа, слизистые выделения из носа, чувство распирания в проекции левой гайморовой пазухи, слабость. Из

анамнеза: считает себя больным в течение 1 года, травму отрицает. Со стороны других ЛОР - органов патологий не выявлено.

При передней риноскопии: левая половина полости носа полностью obturирована округлым бугристым образованием розового цвета, напоминающую цветную капусту.

На компьютерной томограмме носа и придаточных пазух, выявили объемное образование овальной формы, с четкими ровными контурами, однородной структуры, полностью перекрывающее правый носовой ход, прорастающее в клетки решетчатого лабиринта и гайморову пазуху справа, разрушая перегородку носа.

Рис.№3.4 Компьютерная томография больной Р., 27 лет



Заключение: признаки объемного образования полости носа слева с прорастанием в левую гайморову пазуху.

После полного клиничко-лабораторного обследования было решено произвести операцию по Муру.

После дачи больному общего эндотрахеального наркоза был произведен тщательный осмотр полости носа слева. При осмотре, определялось опухолевидное образование с ровными контурами, бугристой поверхностью, розового цвета, заполняющее полностью полость носа слева, с прорастанием последней в соответствующую половину гайморовой пазухи. Опухолевидное образование разрушало латеральную стенку гайморовой пазухи слева. Постепенно, было проведено отделение образования от окружающих тканей. Образование удалено тотально, с последующей тампонадой послеоперационной полости. При гистологическом исследовании данного макропрепарата, выявилась переходно-клеточная папиллома (см. рис. №3.8).



Рис.№3.5 *Больной Р., 27 лет. Д/З: Папиллома латеральной стенки полости носа с прорастанием в гайморову пазуху. Операция по Муру.*



Рис.№3.6. Больной Р., 27 лет. Д/З: Папиллома латеральной стенки полости носа с прорастанием в гайморову пазуху. Операция по Муру.

По окончании хирургического вмешательства операционную рану вели по принципу описанному выше.

Эти операции в клинике предпочитали делать под эндотрахеальным наркозом. Полученный во время операции материал был отдан на гистологическое исследование.



Рис.№3.7 Макропрепарат больного Р., 27 лет

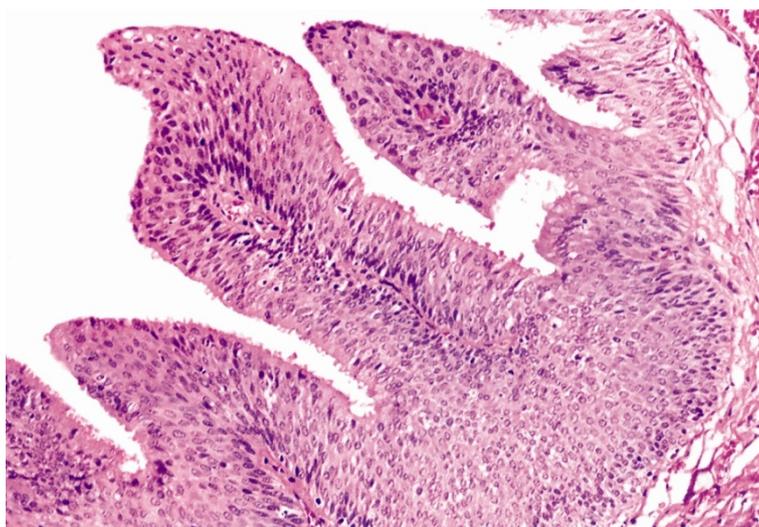


Рис.№3.8. Гистологический диагноз: папиллома полости носа с проростанием в гайморову пазуху. (Окраска гематоксилин-эозином x160).

Тампон удалили из полости носа на 2-е сутки. Наблюдалось кровотечение из послеоперационной полости в количестве около 20-25 мл.

Как было указано выше, больным основной группы лечение производилось при помощи лазерного аппарата AESCULAP tm 350.

Для доставки лазерного излучения с указанными длинами волн в зону работы используется тонкое (с внешним диаметром 0,5-1,5мм) гибкое кварцевое волокно. Для излучения с длиной волны 0,97 мкм с целью уменьшения потерь мощности используется волокно из осушенного кварца. Лучше всего использовать волокно с кварцевой отражающей оболочкой (кварц-кварцевое волокно). Защитная полимерная оболочка защищает волокно от механических повреждений. Для удобства работы дистальный конец волокна вставляется в ручной держатель, который может иметь сменные наконечники различной формы.

Воздействие лазерного излучения на биоткани может осуществляться дистанционно или контактно. Наиболее часто при работе на мягких тканях применяется контактное воздействие волоконным инструментом. При контактном воздействии дистальный конец рабочего кварцевого волокна примерно на расстоянии 5мм очищается от защитной пластиковой оболочки

вводится в соприкосновение с тканью. Наличие физического контакта позволяет точно локализовать воздействие. Контакт с тканью исключает отражение излучения в окружающее пространство. При достаточной мощности излучения в месте контакта происходит загрязнение световода продуктами горения ткани, в этом месте увеличивается поглощение лазерной энергии, и конец световода разогревается до высокой температуры. В этом случае на ткань осуществляется сочетанное воздействие лазерного излучения и высокой температуры раскаленного конца световода. Важную роль при операции играет выбор длины волны рабочего излучения. Оптимальным сочетанием свойств необходимых для осуществления хирургических вмешательств на мягких, хрящевых и костных тканях, обладает лазерное излучение с длиной волны $0,97\pm 0,01$ мкм. Это – основной параметр, определяющий на какой глубине поглощается лазерное излучение, а значит и характер его воздействия на биоткани.

Следует отметить, что, помимо поглощения на глубину проникновения излучения, сильное влияние оказывает рассеяние света, благодаря которому излучение в биоткани распространяется не только вдоль первоначального направления, но и в стороны. Кроме того, следует учитывать, что в процессе лазерного воздействия меняется физическое состояние биоткани и характер поглощения. Так, при нагреве ткани до температуры выше $150\text{ }^{\circ}\text{C}$ происходит её обугливание (карбонизация), что приводит к резкому увеличению поглощения лазерного излучения.

Поглощение лазерного излучения тканями может заметно меняться в зависимости от её вида, из-за изменения её свойств в процессе воздействия, а также персональных особенности пациента, поэтому хирург должен своевременно корректировать используемую мощность излучения.

В зависимости от вида операции необходимой является местная и общая анестезия. В любом случае операционное вмешательство целесообразно осуществлять в условиях анестезиологического мониторинга с потенцированием анальгезии и седации. Особенно это касается пациентов

детского возраста и подростков, у которых порой невозможно спокойно проводить операцию из-за их эмоциональной лабильности. Анестезиолог отслеживает общее состояние больного, позволяет хирургу полностью сосредоточиться на операции, которая проводится в области непосредственно прилежащей к основанию черепа и вблизи важных нервных узлов и крупных сосудов. Хирургическое вмешательство может осуществляться под аппликационной анестезией (10% раствором лидокаина), инфильтрационной анестезией (1% раствором лидокаина с добавлением 0,1% адреналина) и общим эндотрахеальным наркозом.

Рассмотрим пример больного из основной группы:

Больной И. 23 года обратился в ЛОР-отделение клиники СамМИ 09.07.2012г. с жалобами на наличие новообразования в правой половине полости носа, отсутствие носового дыхания справа и периодические носовые кровотечения. Из анамнеза выяснили, что около двух лет назад в правой половине носа появилось образование, которое периодически кровоточило. Новообразование было удалено хирургическим путем, без последующего гистологического исследования. Через три месяца носовое дыхание ухудшилось, образование появилась вновь, и стало быстро увеличиваться в размерах, в связи, с чем появились вышеперечисленные жалобы.

Состояние ЛОР-органов: При осмотре наружный нос не изменен при пальпации безболезненный. Левая половина полости носа полностью выполнена образованием ярко-красного цвета, размерами 2,0 x 2,3 см., с бугристой поверхностью, при дотрагивании незначительно кровоточащее.

Другие ЛОР – органы без патологий.

Клинический диагноз: папиллома полости носа справа.

Данному больному было произведено эндоназальное удаление опухоли под местной аппликационной анестезией. Если папиллома на узкой ножке, предварительно её захватывают на зажим и отсекают лучом в непрерывном режиме, затем выпаривают остатки образования при мощности 3-8 Вт. Далее производится обработка ложа папилломы лучом лазера в пределах здоровых

тканей на площади дважды перекрывающей основание образования, что служит профилактикой папилломатоза и предупреждает диссеминацию вирусов папилломатоза по слизистым оболочкам.

Полученный во время операции материал был отдан на гистологическое исследование.



Рис.№3.9. Больной И., 23 лет. Д/З: Папиллома папиллома полости носа слева.
Эндоназальное удаление.



Рис.№3.10 Компьютерная томография больного И., 23 года
Заключение: Признаки объемного образования полости носа слева.

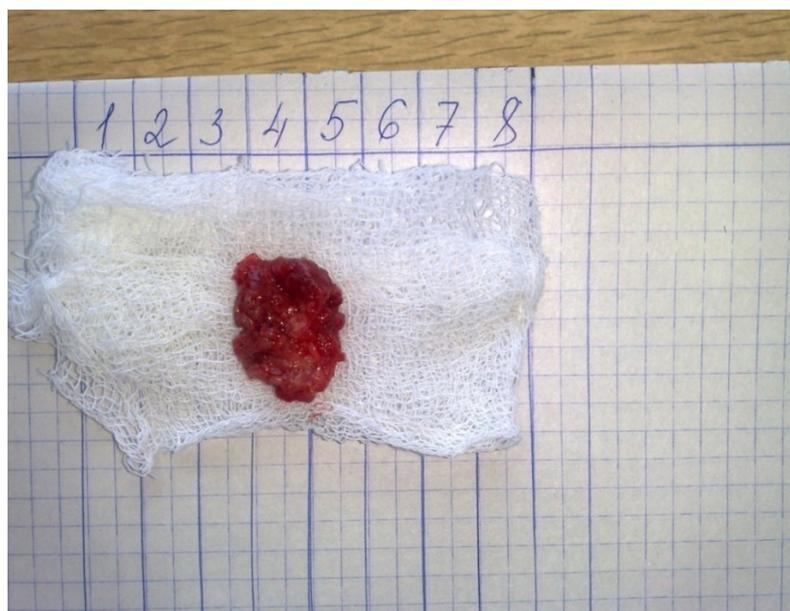


Рис.№3.11 Макропрепарат больного И., 23 года.

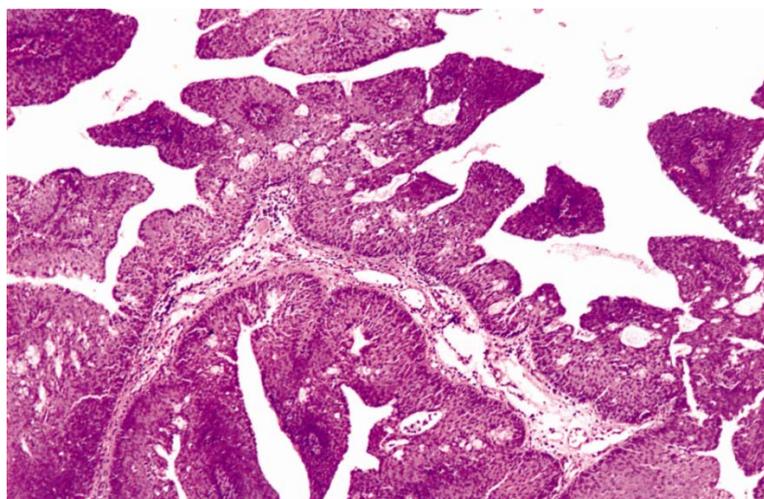


Рис.№3.12. Гистологический диагноз: папиллома полости носа. (Окраска гематоксилин-эозином x160).

Рассмотрим ещё один пример больного из данной группы:

Больной Б. 35 лет, обратился в ЛОР-отделение клиники СамМИ 19.12.2012г. с жалобами на отсутствие носового дыхания справа и периодические носовые кровотечения, слизистые выделения из носа. Из анамнеза: больной по поводу данного заболевания нигде ранее не лечился. Свое заболевание ни с чем не связывает. Состояние ЛОР-органов: При

осмотре правая половина полости носа полностью выполнена образованием ярко-красного цвета, размерами 2,0 x 2,3 см., с бугристой поверхностью, при дотрагивании незначительно кровоточащее.

Другие ЛОР – органы без патологий.

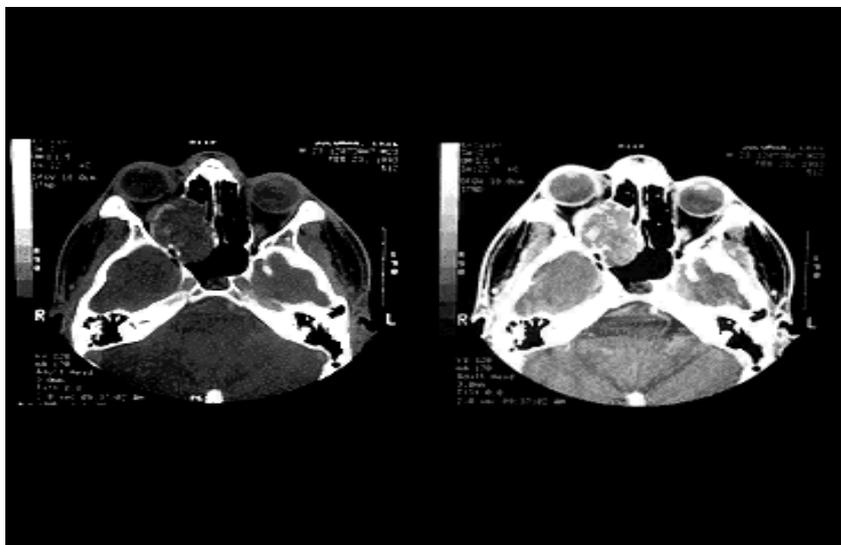


Рис.№3.13. Компьютерная томография больного Б., 35 лет
Заключение: Признаки объемного образования полости носа и гайморовой пазухи справа.



Рис.№3.14. Больной Б., 35 лет Заключение: Признаки объемного образования полости носа и гайморовой пазухи справа. Операция по Колдуэллу-Люка.

Клинический диагноз: папиллома полости носа с прорастанием в гайморову пазуху справа.

Полученный во время операции материал был отдан на гистологическое исследование.



Рис.№3.15. Макропрепарат больного Б., 35 лет.

Данному больному было произведено операция по Колдуэлла-Люка удаление опухоли под общим эндотрахиальным наркозом.

Полученный во время операции материал был отдан на гистологическое исследование.

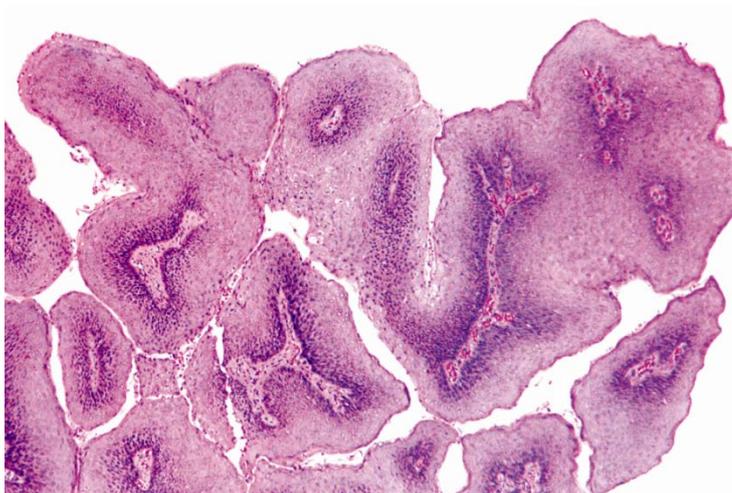


Рис.№21 Гистологический диагноз: папиллома полости носа и гайморовой пазухи. (Окраска гематоксилин-эозином x160).

Глава IV

Результаты лечения больных папилломами полости носа и гайморовой пазухи.

В настоящее время основным методом лечения папиллом полости носа и гайморовых пазух 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 доброкачественных опухолях необходимо бережно относиться к окружающим тканям, а при их локализации в преддверии носа и придаточных пазухах учитывать косметический эффект операции [54, 121].

Как видно из вышеизложенного, при лечении папиллом полости носа и гайморовой пазухи, наши больные были разделены на 2 группы (основную и контрольную). Больным контрольной группы, в количестве 10 человек мы применяли традиционные методы лечения, а именно хирургическое удаление образования различными способами, в зависимости от локализации и размера последней. Больным основной группы, в количестве 15 человек производились операции при помощи лазерного аппарата AESCULAP tm 350.

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 также наш собственный опыт свидетельствуют о бесспорном преимуществе общего обезболивания при выполнении операций на ЛОР-органах. При выборе метода обезболивания мы отдавали предпочтение наркозу. 15 больному операция проведена под оротрахеальным интубационным наркозом. 3 больным под общим обезболиванием. У всех больных с папилломами преддверия и переднего отдела операция выполнена под местным обезболиванием, которое является методом выбора при применении в качестве самостоятельного метода лечения высокоэнергетического CO₂-лазера. 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.

В зависимости от той или иной локализации опухоли - в полости носа и околоносовых пазухах и степени её распространения применяли различные операции. При локализации папиллом в преддверии носа и носовых раковинах мы производили эндоназальные вмешательства. Эти операции выполняли преимущественно под местным обезболиванием. Обезболивающий раствор вводили под надхрящницу (при поражении хрящевого отдела перегородки). При этом происходит «гидравлическая» отслойка надхрящницы вместе с новообразованием. Отслойка надхрящницы без просачивания введенного раствора через опухоль свидетельствует о том, что она не разрушила надхрящницу и не распространилась на хрящ. Опухоль иссекали в пределах здоровых тканей. Границы опухоли на слизистой оболочке определяли с помощью модификации адреналиновой пробы. При заинтересованности подлежащей части хряща носовой перегородки его резецировали вместе с новообразованием и слизистой оболочкой этой области.

При локализации опухоли на раковинах носа производили их частичную или полную резекцию. При заинтересованности подлежащей части кости раковины последнюю резецировали вместе с новообразованием. У 7 больных эта операция выполнена под местным обезболиванием.

Расширение грушевидного отверстия лицевого скелета при ринотомии обеспечивает широкий доступ для обзора задних отделов полости носа, верхнечелюстной пазухи и клеток решетчатого лабиринта.

Обширное распространение новообразования на верхнечелюстные пазухи являлась показанием для проведения операция по Колдуэлла-Люка, при которой проводили вскрытие передней стенки верхнечелюстной пазухи, резекция её медиальной стенки вместе с соответствующим краем грушевидного отверстия.

При распространении папилломы в верхние отделы полости носа с вовлечением в процесс верхнечелюстных пазух, клеток решетчатого лабиринта, дна полости носа, пазухи основной кости ее удаляли доступом, предложенным Муром.

Эти операции выполняли под общим обезболиванием.

В послеоперационном периоде больным по показаниям проводилась антибактериальная, дегидратационная, симптоматическая терапия, назначались другие виды лечения.

Таблица №4.1 Виды хирургического вмешательства в зависимости от локализации папиллом в полости носа и гайморовой пазухе.

<i>Вид хирургического вмешательства</i>	<i>Эндоназальное удаление</i>	<i>Экстраназальное удаление папиллом</i>		<i>Всего</i>
		<i>доступ по уэлла-Люка</i>	<i>доступ по Муру</i>	
<i>Кол-во больных</i>	7	10	8	25

%	28	40	32	100%
---	----	----	----	------

В ходе проведенного лечения у больных первой группы, в которую входило 10 человек (40%), на второй день после операции и полного удаления тампона из полости носа и гайморовой пазухи у 7 больных (70%) отмечалось кровотечение, которое было купировано путем передней тампонады полости носа и введением гемостатиков (см. таб. №4.3).

У больных второй группы, в количестве 15 человек (60%), после операции и полного извлечения тампона на второй день кровотечений не отмечалось (см. таб. №4.3).

После полного удаления тампонов у больных обеих групп, перевязки осуществлялись путем вставления в полость носа ватных тампонов с 5% синтомициновой мазью, затем на 4-5 сутки полость носа смазывали только мазью.

Таблица №4.2 Результаты лечения в зависимости от метода лечебного воздействия папиллом полости носа и гайморовых пазух

Способ лечения	Результат лечения				Всего
	Без рецидива	Рецидив	Потеряна связь	Умерли	
Традиционное Хирургическое лечение	4	5	1		10
Хирургическое лечение с использованием хирургического лезера AESCULAP tm 350	12	1	2		15

За период проделанной работы, в нашем исследовании встретилось 3 рецидива заболевания из 10 больных контрольной группы, что составило

30% от общего количества больных данной группы. В основной группе рецидивов заболевания не наблюдалось.

Таблица №4.3

Результаты лечения больных папилломами полости носа и гайморовой пазухи, в зависимости от их деления на группы

Группы	Хирургическое удаление папиллом (контрольная группа)	Хирургическое удаление папиллом при помощи лазерного аппарата AEscuLAP tm 350. (основная группа)
Кол-во больных	10 больных (40%)	15 больных (60%)
2 день после операции (наличие кровотечения)	7 больных (70%)	_____
4-5 день после операции (наличие кровотечения)	_____	_____
Кол-во рецидивов в течение 3-х лет	3 (30%)	_____

Как видно из вышеуказанной таблицы, результаты лечения больных папилломами полости носа и гайморовой пазухи, с использованием лазерного аппарата *AEscuLAP tm 350*, дал идеальный послеоперационный эффект, в то время как применение только хирургического удаления папиллом без применения лазерного аппарата, дал менее благоприятный результат.

При получении гистологического ответа, полученного нами при биопсии, выявились следующие виды папиллом. У основного количества больных – 14 (56%) наблюдалась инвертированная папиллома, затем – грибовидная, 8 больных (32%), цилиндроклеточная папиллома была выявлена у 3 больных (12%).

Заключение

Проблема своевременного распознавания новообразований была и остаётся 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 определённых размеров, выходит за пределы околоносовых пазух (ОНП) и начинают оказывать давление на окружающие ткани. С ростом опухоли появляются нарастающее затруднение носового дыхания через одну или обе половины носа и признаки вторичного гнойного полисинусита.

Под папилломой понимают доброкачественную опухоль кожи и слизистой оболочки, ее структура содержит сосуды и соединительнотканную ткань, покрытую эпителием, которая произрастает вверх наружу и рассеянность сосочков в различных направлениях напоминает цветную капусту.

Папилломы полости носа и придаточных пазух подвержены бессимптомному росту. С клинической точки зрения опухоль, достигнув определенного объема, начинает давить на окружающие ткани и приводит к функциональным нарушениям. Прогрессируя в росте папиллома приводит к разрушению костных стенок, распространению на соседние органы и ткани. Разрастание и развитие опухоли приводит к различным отрицательным последствиям [Т. Klimek, 2000; Landsberg R., 2008].

Для борьбы с папилломами полости носа и гайморовых пазух предложено много методов: хирургический, криохирургия, электрокоагуляция, лазерная и СВЧ деструкция. Несмотря на это, нет чётко сформулированных показаний к применению того или иного вида лечения, не определена возможность их сочетания и последовательность проведения.

Ранняя диагностика и более успешное лечение больных доброкачественными опухолями полости носа и придаточных пазух имеет большое клиническое и важное социальное значение.

Все вышеизложенное указывает на необходимость изучения ранней диагностики и методов хирургического лечения больных папилломами полости носа и гайморовой пазухи.

Одной из ранних и наиболее распространенных теорий возникновения папиллом является теория о хроническом воспалении слизистой оболочки дыхательных путей. [16, 70, 4] . Считают возможным возникновение папиллом носа на фоне хронического воспалительного процесса и полипов.

Мнение авторов в ряде случаев подтверждается результатами гистологических исследований образований, удаленных из носа. Другие авторы [29, 42, 75, 103, 95, 114] высказывают сомнение в отношении значения воспаления в происхождении папилломы и считают, что папиллома носа является опухолевым, а не воспалительным процессом.

В настоящее время вопрос о взаимосвязи воспалительного и опухолевого процесса многие авторы оценивают по-разному [2, 7, 22, 55, 94, 105] . 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 папилломы.

Для проникновения папилломавируса в эпителиальные ткани необходим прямой контакт вируса со слизистыми оболочками и кожными покровами.

Чаще всего инфицирование происходит при наличии микротравм:

1. Во время традиционного полового контакта с человеком, не только имеющим клинические или субклинические проявления ВПЧ-инфекции, но и с вирусоносителями.

2. Существует бытовой путь инфицирования, Заражение может происходить в таких местах общего пользования как бани, бассейны.
3. Возможно самозаражение (аутоинокуляция) во время бритья, эпиляции, обкусывание ногтей при наличии проявлений ВПЧ другой локализации.
4. 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.
5. Не исключен воздушно-капельный механизм, поскольку мы в своей практике неоднократно наблюдали случаи заражения медицинских работников, которые проводили хирургические вмешательства пациентам с ВПЧ (радиоволновая коагуляция).
6. Инфицирование во время медицинских гинекологических и урологических осмотрах возможно лишь при использовании одноразовых медицинских инструментов и перчаток.
7. Имеются данные о том, что заражение может происходить у лиц, которые занимаются разделками туш, обработкой мяса и рыбы.

Внешний вид папилломы отличается разнообразием цвета от красновато-розоватого до серовато-белого. Обычно папилломы имеют мягкую консистенцию с мелкобугристой, иногда гладкой поверхностью, очень часто имеют маленькую ножку и бывают одиночные, редко имеют широкое основание, в отдельных случаях могут быть множественными. В начале заболевания симптомы могут отсутствовать. Клинические симптомы обычно зависят от её локализации. Они вызывают определенные расстройства в тех случаях, когда своими размерами нарушают анатомические соотношения и физиологическую функцию пораженного или смежных органов.

Папиллома растущая в полости носа в первую очередь приводит к затруднению носового дыхания, постепенно нарастающая заложенность

носа, слизистые выделения из носа в последующим выделения превращаются в гнойные, незначительные, но частые носовые кровотечения. Со временем развивается полная дыхательная обструкция одной половины носа, поскольку папилломатозный процесс обычно бывает односторонним.

Диффузные, без четких границ опухоли, разрушая окружающие здоровые ткани, приводят не только косметическому дефекту, но поражая глазничную, околоушную области или ткани вокруг трахеи и бронхиального дерева, опухоль может механически значительно нарушить зрение, слух и функцию дыхания [Винников А.К., Гунчиков М.В., Лейзерман М.Г., 2002]. Папилломы, возникшие в области ЛОР-органов легко, могут травмироваться, что влечет за собой образование длительно не заживающих ссадин и изъязвлений.

Большинство авторов рекомендуют начинать клиническое обследование больных с папилломой полости носа и гайморовых пазух с анализа жалоб, анамнестических сведений, клинического осмотра, пальпации [89, 97, 109, 114]. 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 развития опухоли, о скорости и направления ее роста [Камалов Ш.Б. 2007, Лутфуллаев У.Л. 2004].

При осмотре определяется цвет опухоли, ее размеры, наличия деформации лицевого скелета. Осмотр ЛОР-органов не всегда дает представление о размерах и распространенности опухоли, если последняя расположена в гортани, полости носа или в среднем ухе [Антонив В.Ф., 2001; Дайняк Л.Б., Дайхес А.И. и др. 2004].

Эндоскопический метод в диагностике новообразований ЛОР-органов является основным. Он очень эффективен и прост. При фарингоскопии, передней и задней риноскопии, определяется цвет слизистой

оболочки полости носа, состояние носовых раковин и ходов, носовой перегородки, свода носоглотки, а также наличие новообразования. Осторожно используя зонд можно определить консистенцию и исходную локализацию опухоли, однако следует опасаться кровотечения [4, 15, 31, 48].

Главные достоинства 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 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 Цельсия. При термографическом исследовании отмечается повышение термогенеза в проекции опухоли, но определить точные размеры новообразования и его распространенность не представляется возможным [Погосов В.С.2002; Араблинский А.В 2001; Таллалаев В.Н 2000; Давудов Х.Ш. 2006г].

Метод компьютерной томографии приобретает всё большее значение в диагностике новообразования. Компьютерная томография основана на принципе создания рентгеновского изображения с помощью ЭВМ. Рентгеновские лучи, проходя через ткани, преобразуются в энергию

отражённых волн различной длины. Энергия волн воспринимается детектором, преобразуется в электрические импульсы и передаются в ЭВМ, которая в зависимости от рентгеновской плотности ткани, даёт 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 о топографо-анатомических взаимоотношениях органов и тканей, но и определить протяжённость поражения и относительную степень проникновения в различные структуры [29]. Даёт информацию о состоянии таких труднодоступных областей, как крылонёбная и подвисочная ямки, основная пазуха, задние отделы глазницы, ткани парафациального пространства [Захарченко А.Н. 2001]. С помощью компьютерной томографии невозможно судить о природе опухоли, однако совокупность компьютерной томографии и клиники даёт возможность судить о природе новообразования. В настоящее время метод компьютерной томографии по мнению большинства авторов, является ведущим в диагностике новообразований.

Ядерно-магнитный резонанс томография (ЯМР томографии) 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. При ЯМР- томографии “изображение” зависит от плотности подвижных протонов, а не от прозрачности тканей для рентгеновских лучей. Метод ЯМР-томографии имеет следующие преимущества перед компьютерной томографией: 1- более высокая разрешающая способность тканей; 2 – получение многоплоскостного 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 ЯМР томографии имеет серьёзные 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 сбоя в работе) [49, 52, 65, 71].

Ангиография – метод рентгенологического исследования кровеносных сосудов с ведением в них контрастных (дающих резкую тень и безвредных для организма) веществ. Ангиография наружной сонной артерии является весьма информативным методом определения сосудистого генеза опухоли, её отношение к ближайшим сосудам, выявление локализации и распространённости, что в свою очередь, определяет объём и методику хирургического вмешательства. [Лутфуллаев У.Л. 2004]. Метод даёт возможность определить сосуды, из которых опухоль получает кровь. О распространённости 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 решён на основании данных гистологического исследования.

На данный момент всё ещё не существует единых правил диагностики и лечения пациентов с ПВИ. Поскольку проявление папилломавируса многообразны и охватывают различные локализации, то диагностикой занимаются врачи различной специальности.

Полимерная цепная реакция (ПЦР) проводят общий тест на качественное выявление ДНК вируса папилломы человека, методом полимерной цепной реакции в соскобе эпителиальных клеток.

Настоящая работа основана на анализе результатов обследования и лечения 25 больных. Все больные были разделены на 2 группы. В контрольную группу входило 10 больных с папилломами полости носа и гайморовой пазухи, которым применялись традиционные методы лечения, а именно

хирургическое удаление папиллом различными способами в зависимости от их локализаций. В составе основной группы было 15 больных, которым наряду с традиционными методами лечения использовали лазерный аппарат. Изучение вопросов, клиники, диагностики и лечения проводили в ЛОР-отделении клиники СамМИ за период с 2010 по 2013 гг.

Для оценки клинического течения заболевания изучали локализацию папиллом в различных отделах полости носа, ее размеры, цвет, консистенцию.

Тщательный сбор анамнеза позволил нам выявить факторы способствующие возникновению папиллом полости носа и гайморовой пазухи у 21 больного (84%), производственные вредности – у 2 больных (8%), наследственный фактор имел место также у 2 больных (8%).

Тринадцать больных (52%) встречались в возрастной группе от 21 до 30 лет, пять больных (20%) в возрасте от 51 до 60 лет, по трое больных (12%) в возрастных группах от 31-40 и до 20 лет и один больной (4%) в возрасте 41-50 лет.

Распределение больных производилось также по полу. В наших исследованиях в незначительном количестве преобладали лица мужского пола 15:10.

В зависимости от места жительства больных и частоты выявления у них опухолевого процесса наши больные были распределены следующим образом. Из рисунка видно, что двенадцать больных (48%) из Кашкадарьинской области, шесть (24%) из Сурхандарьинской области, трое больных (12%) из Джиззакской и Навоинской областей и один больной (1%) из Самаркандской области.

Клиническое проявление опухолевого процесса, в частности папиллом полости носа и гайморовой пазухи зависели от места локализации последних.

По локализации процесса больные распределены следующим образом:

На перегородке носа папиллома локализовалась у 1 больного (4%), на нижней носовой раковине у 2 больных (8%), дно полости носа папиллома

занимала у 3 больных (12%), гайморову пазуху у 10 больных (40%), полость носа и гайморову пазуху одновременно у 9 больных (36%).

Клинически папиллома полости носа и гайморовой пазухи проявлялась следующими симптомами: затруднением носового дыхания у 17 больных (68%), слизистыми выделениями из носа у 19 больных (76%), носовыми кровотечениями у 11 больных (44%), снижением обоняния у 11 больных (44%), головными болями у 23 больных (92%).

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

При получении гистологического ответа, полученного нами при биопсии, выявились следующие виды папиллом. У основного количества больных – 18 (72%) наблюдалась инвертированная папиллома, плоскоклеточная папиллома была выявлена у 7 больных (28%).

Применение лазера в нашей работе основано на уменьшении кровопотери во время операции и профилактики кровотечений в послеоперационном периоде.

Данная технология является усовершенствованной и предлагается впервые в ЛОР-отделении клиники СамМИ. Методы хирургических операций с применением высокоинтенсивного лазерного излучения для лечения заболеваний папилломатозом открыли широкие возможности в оториноларингологии. Получив хороший клинический эффект были отмечены преимущества лазерной хирургии по сравнению с электро- и криохирургией. К настоящему времени техника лазерных хирургических вмешательств разработана практически для всех нозологий в оториноларингологии. Такое распространение лазерных технологий обусловлено, с одной стороны высокой воспроизводимостью методов

лазерных хирургических вмешательств, а с другой – более быстрым, по сравнению со скальпельным, заживлением ран и практически полным отсутствием кровотечений, как во время, так и после вмешательств.

Возможность осуществления точных, строго дозированных воздействий позволяет разработать органосберегающие операции. Надежная коагуляция оперируемых тканей является хорошей предпосылкой к переходу на амбулаторные методы лечения. Использование лазерных методов позволяет резко снизить величину послеоперационного отека, избежать нежелательных последствий и сократить время больного в операционной и стационаре в целом.

Учитывая малоинвазивность, безболезненность, практическое отсутствие послеоперационных реактивных явлений, отсутствие кровотечений, стерилизующее действие лазерных излучений, а также высокую точность при работе, рекомендуется широкое применение хирургического лазера для амбулаторного и стационарного лечения папиллом полости носа и гайморовой пазухи.

Независимо от распределения на группы, всем больным проводились следующие виды хирургических операций. Как видно из данной таблицы эндоназальное удаление опухоли применялось у 7 больных (28%), операция по Колдуэлла-Люка у 10 больных (40%), операция по Муру у 8 больных (32%).

В ходе проведенного лечения у больных первой группы, в которую входило 10 человек (40%), на второй день после операции и полного удаления тампона из полости носа и гайморовой пазухи у 7 больных (70%) отмечалось кровотечение, которое было купировано путем передней тампонады полости носа и введением гемостатиков.

У больных второй группы, в количестве 15 человек (60%), после операции и полного извлечения тампона на второй день кровотечений не отмечалось.

После полного удаления тампонов у больных обеих групп, перевязки осуществлялись путем вставления в полость носа ватных тампонов с 5% синтомициновой мазью, затем на 4-5 сутки полость носа смазывали только мазью.

За период проделанной работы, в нашем исследовании встретилось 3 рецидива заболевания из 10 больных контрольной группы, что составило 30% от общего количества больных данной группы. В основной группе рецидивов заболевания не наблюдалось.

Результаты лечения больных папилломами полости носа и гайморовой пазухи, с использованием лазерного аппарата *AESCULAP tm 350*, дал идеальный послеоперационный эффект, в то время как применение только хирургического удаления папиллом без применения лазерного аппарата, дал менее благоприятный результат.

Выводы

1. Факторами, способствующими возникновению папиллом полости носа и гайморовой пазухи, являются хронические заболевания ОНП, производственные вредности, а также наследственность.
2. Клинические симптомы обычно зависят от локализации папиллом. Они вызывают определенные расстройства в тех случаях, когда своими размерами нарушают анатомические соотношения и физиологическую функцию пораженного или смежных органов. Папиллома растущая в полости носа в первую очередь приводит к затруднению носового дыхания, постепенно нарастающая заложенность носа, слизистые выделения из носа. Со временем развивается полная дыхательная обструкция одной половины носа, поскольку папилломатозный процесс обычно бывает односторонним.
3. Хирургический лазер является методом выбора при удалении папиллом полости носа и гайморовой пазухи, эффективность которого выше на 65%.
4. Использование лазерного скальпеля при лечении папиллом полости носа и гайморовой пазухи улучшает гемостаз во время операций, снижается риск кровотечений и рецидивов и сокращает пребывание больных в стационаре.

Практические рекомендации

1. Для более раннего выявления папилломы полости носа и гайморовых пазух и определения стадии распространения и характера роста опухоли необходимо комплексное обследование больных, начиная с сельских врачебных пунктов. При поступлении больных в стационар, необходимо проводить тщательный сбор анамнеза, осмотр, пальпацию, эндоскопические методы исследования, фиброскопию, рентгенографию, а при необходимости компьютерную томографию, что позволяет более точно планировать оптимальный по объему и характеру вид лечебного воздействия.

2. Метод лечения больных папилломой полости носа и гайморовых пазух необходимо выбирать индивидуально в каждом конкретном случае. При локализации опухоли в гайморовой пазухи, с разрушением костных стенок показано радикальное хирургическое лечение при помощи лазерного аппарата *AESCULAP tm 350*, показано удаление опухоли по Муру, для профилактики постгеморрагических осложнений и рецидивирования процесса.

Список литературы

1. Антонив В.Ф., Ришко Н.М., Ажджуа З.А., Понадюк В.И., Пронченко СВ. Клиническая классификация доброкачественных опухолей ЛОР-органов. //Вест, оториноларингол.- 2001.- N 4.- С.24-27
2. Араблинский А.В., Сдвижков А.М., Гетман А.Н. и др. Визуализация опухолей слизистой оболочки полости носа, придаточных пазух и верхней челюсти при помощи компьютерной томографии. //Мед. визуализация.- 2001.-N 4. С.50-56.
3. Араблинский А.В., Сдвижков А.М., Гетман А.Н., Солдатов И.В., Панкин Н.В., Умеренков А.Г. Использование КТ и МРТ при злокачественных опухолях верхней челюсти и полости носа.// V ежегодная Российская онкологическая конференция.- М., 2001.- С. 145.
4. Арцыбашева М.В. Компьютерная томография в планировании эндоназальных хирургических вмешательств при опухолевых заболеваниях околоносовых пазух. Автореф. Дисс. канд.мед.наук. -Москва, 2001.- 23 с.
5. Балин В.Н., Кузнецов СВ., Ироданишвили А.Н. Компьютерная томография в распознавании заболеваний верхнечелюстных пазух. //Здравоохран. Белоруси. -2000. -N 3. -С.46-48.
6. Благовещенская Н.С., Егорова В.К. Особенности ринологической, отоневрологической симптоматики и осложнений при внутричерепных опухолях, врастающих в нос и его пазухи. //Вестн. оториноларингол. -2001.-N6. -С.5-10.
7. Богомилский М.Р., Яблонский СВ. Доброкачественные опухоли полости носа, околоносовых пазух и носоглотки в детском возрасте. //Вест, оториноларингол. -2005. -N 1.- С.58-62.
8. Ваккер А.В. Злокачественные первично-множественные опухоли ЛОР-органов. //Вест.оториноларингол. -2002. -N2.- С.37-39.
9. Васильев В.В. Инвертированная папиллома носа и околоносовых пазух. //Российская ринология.- 2007. -N 1.- С.32-43.

10. Веремеенко К.Н., Кизим А.И. Ингибиторы протеолитических ферментов крови и их исследование в клинике. //Вопросы медицинской химии.-2000.- Т.21.-N 1.- С.5-13.
11. Винников А.К. Доброкачественные опухоли решетчатого лабиринта (Клиника, диагностика и лечение). Дис....канд.мед.наук. -М., 2000.-142 с.
12. Винников А.К., Гунчиков М.В., Лейзерман М.Г. Малигнизация плоскоклеточной папилломы полости носа. //Вест, оториноларингол. -2002. - N 4. - С.46-47.
13. Вознесенская И.А. Папилломы верхних дыхательных путей.- М.Москва, 1974.- 240 с.
14. Воячек В.И. Основы оториноларингологии. Изд.4-е. - Л.:Медизд.-1953.
15. Габуня Р.И., Колесникова Е.К. Компьютерная томография в клинической диагностике.- М.: Медицина, 2000.- С.31-38.
16. Гаркж Г.И., Загоруева Л.Л., Шевченко А.М. и др. Эстезионеробластома полости носа и околоносовых пазух.//Вест.оториноларингол.- 2002.- N 4.- С.26-27.
17. Гунчиков М.В. Объемные процессы решетчатого лабиринта (клиника, диагностика и лечение). Дис....д-ра.мед.наук. - М., 2004.- 312 с.
18. Дайняк Л.Б., Дайхес А.И. Мельникова Н.С. Новый метод определения проходимости носовых ходов. //Вестн. Оторинолар.- 1960.- N 2.- С/90-93.
19. Давудов Х.Ш. Добротин В.Я. Определение объема хирургического вмешательства при внутричерепном распространении процессов из полости среднего уха и околоносовых пазух по данным компьютерной томографии. //Вест, оториноларингол.- 2006.- N 3.- С.23-26.
20. Домрачев А.А. и др. Способ оценки результатов количественной ольфактометрии. //Вестник оториноларингологии.- 2004. - № 6.- С.41-43.
21. Завьялов Ф.П. Морфогенез, диагностика и хирургическое лечение антрохоанальных полипов. Дис....канд.мед.наук.-Курск, 2005.- 140 с.

22. Захарченко А.Н. Современные методы неинвазивной диагностики доброкачественных новообразований полости носа, околоносовых пазух и носоглотки. //Новости оториноларингол. и логопатол. -2001.- N 1.-С.51-55.
23. Зенгер В.Г., Сынебогов СВ., Кадырова Э.В. Солитарная фиброзная мезотелиальная опухоль плевры в верхнечелюстной пазухе и полости носа.//Вест.оториноларингол. -2002. -N 6.- С.53.
24. Исследование иммунного статуса человека: Метод, рекомендации /Р.В.Петров, Ю.М.Лопухин, А.Н.Чередеев и др. - М., 1984. - 36 с.
25. Камалов Ш.Б, Каримова Ф. С, Иванченко Г. Ф., Григорян С. С. Лечение папилломатоза гортани индукторами интерферона. //Индуктор интерферона - циклоферон итоги и перспективы клинического применения. - Санкт-петербург, 2007. - С.25-28.
26. Коробкина Е.С. Комплексная лучевая диагностика новообразований придаточных пазух носа и прилежащих анатомических областей. Автореф. дис.... докт. мед. наук.- М., 2000.- 22 с.
27. Крюков А.И., Шубин М.Н., Сединкин А.А., Антонов Н.А. Состояние верхнечелюстных пазух в отдаленном послеоперационном периоде при различных вариантах санирующей хирургии. //Вест.оториноларингол. -2002.- N3.-С.4-8.
28. Лайзерман М.Г. Применение новых технологий в ЛОР-хирургии. Автореф.дисс....канд.мед.наук. - Москва, 2000. -20 с.
29. Лебедев К.А., Понякина И.Д. Иммунограмма в клинической практике. - М.: Наука, 2001.-224 с.
30. Лопатин А.С, Арцыбашева М.В. Магнитно-резонансная томография в исследовании полости носа и околоносовых пазух. //Рос. ринолог.- 2000.-X25.- С.3-14.
31. Лопатин А.С, Быкова В.П., Арцыбашева М.В. Современные принципы диагностики и лечения хоанальных полипов. //Вестн. оториноларингол.- 2002.-N 1.-С.8-12.

32. Лопатин А.С, Нефедев В.С. Возможности эндоназальной эндоскопической хирургии в лечении кист верхнечелюстной пазухи. //Вест, оториноларингол. -2000. - N 4. - СП.
33. Лопатин А.С, Тарасова Е.И., Шишмарева Н.Ф., Арцыбашева М.В. Частота выявления патологии околоносовых пазух по данным магнитно-резонансной и компьютерной томографии. //Вестн. оториноларингол.-2001.- N6.- С.11-12.
34. Лопатин А.С, Шестакова И.Н. О новой разновидности хоанальных полипов //Вест, оториноларингол. -2001.- N 2.- С. 11-14.
35. Лопатин А.С. Роль топической кортикостероидной терапии в лечении хронического полипозного риносинусита. //Вестн. оториноларингол.-2002.- N2.-С.54-58.
36. Лутфуллаев Г.У. Клиника, диагностика и современные методы лечения доброкачественных опухолей полости носа и придаточных пазух. Дис. ... канд.мед. наук.- Тошкент, 2004.- 136 с.
37. Международная гистологическая классификация опухолей, N 1-25. Отв ред. Н.П. Напалков. Женева ВОЗ.- 2005; 1: 25.
38. Минкин А. У., Агеев И. С. Диагностика и лечение злокачественных опухолей верхней челюсти, полости носа и околоносовых пазух. // Рос. онкол. Журн.- 2000.- N 1.- С. 33- 35.
39. Мовергоз СВ., Клогихин А.Л., Марков Г.М., Ларигев А.Б., Белых СИ. Возможности интраоперационного местного применения антибиотиков и антисептиков у ЛОР-онкологических больных. //Вест, оториноларингол.- 2003.- N 2.- С.29-31.
40. Новиков В.А. Комбинированное лечение и реабилитация больных с опухолями полости носа и околоносовых пазух. Автореф. дис....д-ра мед. наук.- Томск, 2004.- 34 с.

41. Овчинников Ю.М., Климова Л.А., Варшавский В.А., Кондрашин С.А., Кордонену Т.Н. Гемангиоэндотелиома полости носа в сочетании с полипозным синуситом. //Вест.оториноларингол.- 2003.- N 1.- С.49-51.
42. Ольшанский В.О., Решетов И.В., Сдвижков А.М., Черкаев В.А. Лечение распространенных опухолей носа, околоносовых пазух и верхней челюсти. //Рос. онкол. жури.- 2005.- N 3.- С.67-71.
43. Пальчун В.Т., Погосов В.С., Магамедов М.М., Петухова П.В. Гемостаз верхнечелюстной пазухи и параназальный синусит: современный взгляд на проблему. //Вест, оториноларингол.- 2002.- N 6.- С.54-56.
44. Петров Р.В., Лебедев К.А. Новое в клинической иммунологии // Клиническая медицина. - 1985. - № 3. - С. 5-13.
45. Петухова П.В. Дифференциальная диагностика воспалительных заболеваний верхнечелюстных пазух методом рентгенологической компьютерной декситометрии. //Вест, оториноларингол.- 2003.- N 5.-С.23-26.
46. Пискунов Г.З., Пискунов С.З., Козлов В.С., Лопатин А.С. Заболевания носа и околоносовых пазух. Эндохирургия. -М.: Коллекция «Совершенно секретно», 2003.- 208 с.
47. Плужников М.С., Зубарева А.А., Меркулов В.Г. Возможности магнитно-резонансной томографии в диагностике опухолевых и воспалительных заболеваний околоносовых пазух. //Рос. ринол.- 2000.- N 2.- С.60-61.
48. Плужников М.С., Меркулов В.Г., Зубарева А.А., Яковенко Л.Л. Возможности магнитно-резонансной томографии в дифференциальной диагностике заболеваний околоносовых пазух.//Труды юбилейной научно-практич. конференции оториноларингологов Ростовской области.- Ростов-на-Дону, 2005.- С. 156-160.
49. Плужников М.С., Рябова М.А., Розенгауз Е.В. и др. Компьютерная томография и диагностика послеоперационных изменений в околоносовых пазухах. //Вестн. оториноларингол.- 1994,-N 1.- С.33-36.

50. Плужников М.С., Холина А.В., Меркулов В.Г., Зубарева А.А. Возможности использования магнитно-резонансной томографии в дифференциальной диагностике заболеваний околоносовых пазух. //Астана мед. журн.- 2000.- N 2.- С.14-17.
51. Проскурин А.И., Харах Р.Л., Гриб М.А., Долотказин Х.Х. Лечебно-практическая тактика при опухолях придаточных пазух носа. //Вопросы практической онкологии: Сб.науч.тр., поев. 50-летию орг.онкол.службы Астраханской области. -Астрахань, 2002.- С. 115-117.
52. Рзаев Р.М. О тактике хирургического вмешательства при интракраниальном распространении ювенильной ангиофибромы носовой части глотки. //Вест, оториноларингол.- 2003.- N 5.- С. 10-15. Семенов Ф.В., Ридненко В.А. Способ герметизации носоглотки при хирургических вмешательствах в полости носа и околоносовых пазух. //Вест, оториноларингол.- 2003.- N 4.- С.45-48.
53. Сынебогов СВ. Доброкачественные опухоли и опухолеподобные образования носа и околоносовых пазух (клиника, диагностика и лечение). Дис....канд.мед.наук.- М., 2007 - 140 с.
54. Талалаев В.Н. Магнитно-резонансная томография в диагностике новообразований полости носа и околоносовых пазух.//Рос.ринол.-2000.-N2-3.-С.64-65.
55. Фех А.Р. Эндовидеохирургические технологии и компьютерная графика в диагностике и лечении доброкачественных новообразований верхнечелюстных пазух. Дисс. ...канд.мед.наук.- Москва, 2000.- 118 с.
56. Хакимов А.М., Лутфуллаев Г.У. Клиническая симптоматика и диагностика опухолей носа. //Оториноларингологиянинг долзарб муаммолари. - Тошкент, 2002.- С. 126-128.
- 57 . Хасанов С.А., Корабоев Х.Э., Садирова Ш.С. Болалардаги хдкилдок, папилломатозининг этиологияси, патогенезе, клиникаси ва даволаш

масалаларига дойр замонавий карашлар. //Узбекистан тиббиёт журналі.- 2008.-N 1.- 96-99 б.

58. Чиж Г.И., Соловьева М.А. Анализ злокачественных опухолей полости носа и околоносовых пазух Ростовской области за 35 лет (трудности ранней диагностики). //Вести, оториноларингол.- 2002.- N 1.- С.31-33.

59. Штиль А. А. Злокачественные новообразования полости носа и околоносовых пазух. -М.: Эскулап.- 2000. - 141 с.

60. Элькуин Г.Б. Редкие опухоли и опухолеподобные процессы ЛОР-органов. Дис....д-ра. мед.наук.- М.,2008.- 311 с.

61. Яблонский СВ. Доброкачественные опухоли полости носа, околоносовых пазух и носоглотки в детском возрасте. Дис.д-ра.мед.наук.-М., 2002.-301 с.

62. Яблонский СВ., Алиханов А.А., Захарченко А.Н., Нуждина Е.В. Роль компьютерной томографии в магнитно-резонансной томографии в диагнозе доброкачественных новообразований полости носа, околоносовых пазух и носоглотки. //Вестн. оториноларингол.- 2000.- N 22.- С.28-31.

63. Яровая Г.А. Калликреин-кининовая система: новые факты и концепции. //Журнал медицинской химии.- 2000.- N 3.- С.46-56.

64. Altaian KW., Mirza N., Philippe L. Metastatic follicular thyroid carcinoma to the paranasal sinuses: a case report and review //J.Laryng. -2005. -V. 111.-N7.- P.647-651.

65. Balasubramani Y., Ellul S., Kam A., McLean C, Malham G. Sinonasal inverted papilloma mimicking a pituitary macroadenoma.//J Clin Neurosci.-2009.- V.16.- N 2.- P.328-330.

66. Ballenger J.J., Snow J.B., Jr. Otorhinolaryngology: Head and Neck Surgery. Ed. 15.-Baltimore, 2009.

67. Baradaranfar M.H., Dabirmoghaddam P., Endoscopic endonasal surgery for resection of benign sinonasal tumors: experience with 105 patients. //Arch Iran Med.- 2006.- V.9.- N 3.- P.244-249.

68. Benninger M.S., Roberts J.K., Sebek B.A., Levine H.L., Tucker H.M., Lavertu P. Inverted papillomas and associated squamous cell carcinomas. //Otolaryngol Head Neck Surg.- 2006.- V.103.- P.457-461.
69. Benninger M.S., Lavertu P., Levine H., Tucker H.M. Conservation surgery for inverted papillomas. //Head Neck.- 2006.- V.13.- P.442-445. '
70. Berghaus A., Jovanovic S. Technique and indications of extended sublabial rhinotomy. //Rhinology.- 2007.- V.29.- P.105-110.
71. Bielasowicz S., Calcaterra T.C., Watson D. Inverting papilloma of the head and neck: the UCLA update. //Otolaryngol Head Neck Surg.- 2003.- V.109.-P.71-76.
72. Biller H.F. Inverting Papilloma, Current Therapy in Otolaryngology-Head and Neck Surgery.- Mosby. St Louis, 2004.- P.398-400.
73. Brihaye P., Jorissen M., Clement P.A. Chronic rhinosinusitis in cystic fibrosis /
74. Delank K.W. Endonasal Resection of Sinunasal Inverted Papilloma: "faux-pas" or "dernier crie". //Laryngorhinootologie.- 2006.- V.85.- N 9.-P.633-634.
75. Delank K.W., Albery J., Schroier D., Eltze E. Diagnosis and treatment modalities in sinonasal inverted papillomas. //Laryngorhinooiologie.- 2000.794.- P.226-232.
76. Delbrouck C, Fernandez Aguilar S., Choufani G., Hassid S. Respiratory epithelial adenomatoid hamartoma associated with nasal polyposis. //Am J Otolaryngol.- 2004.- V.25.- N 4.- P.282-284.
77. Dolgin S.R., Zaveri V.D., Casiano R.R., Manigila A.J. Different Options for Treatment of Inverting Papilloma of the Nose and Paranasal Sinuses A Report of 41 Cases. //Laryngoscope.- 2002.- V.102.- P.231-236.
78. Dubin M.G., Sonnenburg R.E., Melroy C.T., Ebert C.S., Coffey C.S., Senior B.A. Staged endoscopic and combined open/endoscopic approach in the management of inverted papilloma of the frontal sinus. //Am J Rhinol.- 2005.- V.19.-N5.-P.442-445.

79. Eggers G., Eggers H., Sander N., Kossling F., Chilla R. Histological features and malignant transformation of inverted papilloma. //Eur Arch Otorhinolaryngol.- 2005.- V.262.- N 4.- P.263-268.
80. Elahi M., Frenkiel S., Remy H., Just N., Haddad M. Development of a standardized proforma for reporting computerized tomographic images of the paranasal sinuses //J. Otolaryng.- 2006.- V.25.- N 2.- P.113-120.
81. Fakhri S., Citardi M.J., Wolfe S., Batra P.S., Prayson R.A., Lanza D.C. Challenges in the management of sphenoid inverted papilloma. //Am J Rhinol.- 2005.- V.19.- N 2.- P.207-213.
82. Fan G.K., Imanaka M., Yang B., Takenaka H. Characteristics of nasal inverted papilloma and its malignant transformation: a study of cell proliferation and programmed cell death. //Am J Rhinol.- 2006.- V.20.- N 3.-P.360-363.
83. Felisati G. Minimally invasive resection of frontal sinus inverted papilloma: is it always a radical approach? //Am J Otolaryngol.- 2009.- V.30.- N 1.- P.70.
84. Freed G.L., Derkay C.S. Prevention of recurrent respiratory papillomatosis: Role of HPV vaccination.//Int J Pediatr Otorhinolaryngol. - 2006.- V.70.- N 10.-P. 1799-1803.
101. Fu Y.S., Hoover L., Franklin M., Cheng L., Stoler M.H. Human papillomavirus identified by nucleic acid hybridization in concomitant nasal and genital papillomas. //Laryngoscope.- 2002.- V.102.- P. 1014-1019.
85. Furuta Y., Shinohara T., Sano K. et al. Molecular pathologic study of human papillomavirus infection in inverted papilloma and squamous cell carcinoma of the nasal cavities and paranasal sinuses. //Laryngoscope.- 2002.- V.101.-P.79-85.
86. Gaffey M.J., Frierson H.F., Weiss L.M., Barber C.M., Baber G.B., Stoler M.H. Human papillomavirus and Epstein-Barr virus in sinonasal Schneiderian papillomas. An in situ hybridization and polymerase chain reaction study. //Am J Clin Pathol.- 2006.- V.106.- P.475-482.
87. Garavello W., Gaini R.M. Incidence of inverted papilloma in recurrent nasal polyposis. //Laryngoscope.- 2006.- V.116.- N 2.- P.221-223.

88. Gomez J.A., Mendenhall W.M., Tannehill S.P., Stringer S.P., Cassisi N.J. Radiation therapy in inverted papillomas of the nasal cavity and paranasal sinuses. //Am. J Otolaryngology.- 2000.- V.21.- P. 174-178.
89. Gomez J.A., Mendenhall W.M., Tannehill S.P., Stringer S.P., Cassisi N.J. Radiation therapy in inverted papillomas of the nasal cavity and paranasal sinuses. //Am J Otolaryngol.- 2000.- V. 21.- N 3.- P. 174-178.
90. Guedea F., Mendenhall W.M., Parsons J.T., Million R.R. The role of radiation therapy in inverted papilloma of the nasal cavity and paranasal sinuses. //Int J Rad Oncol Biol Phys.- 2001.- V.20.- P.777-780.
91. Guichard C, Gilain L., Abd Al Samad I. et al. Epithelial cell proliferation, apoptosis and apoptosis inhibition in inverted papillomas. //Laryngoscope.-2008.- V.108.-N5.-P.716-720.
92. Han J.K., Smith T.L., Loehrl T., Toohill R.J., Smith M.M. An evolution in the management of sinonasal inverting papilloma. //Laryngoscope.- 2001.-V.111.-N8.- P.1395-1400.
93. Harvinder S., Rosalind S., Mallina S., Gurdeep S. Management of sinonasal inverted papillomas: endoscopic medial maxillectomy.//Med J Malaysia.-2008.- V.63.-N 1.-P.58-60.
94. Head C.S., Sercarz J.A., Luu Q., Collins J., Blackwell K.E. Radiographic assessment of inverted papilloma. //Acta Otolaryngol.- 2007.- V.127.- N 5.-P.515-520.
95. Hungermann D., Decker T., Bujrger H. et al. Papillary tumors of the breast. //Pathologe.- 2006.- V.27.- N 5.- P.350-357.
96. Ishibashi T., Tsunokawa Y., Matsushima S., Nomura Y., Sugimura T., Terada M. Presence of human papillomavirus type-6-related sequences in inverted nasal papillomas. //Eur Arch Otorhinolaryngol.- 2000.- V.247.-P.296-299.
97. Jameson M.J., Kountakis S.E. Endoscopic management of extensive inverted papilloma. //Am J Rhinol.- 2005.- V.19.- N 5.- P.446-451.

98. Judd R., Zaki S.R., Coffield L.M., Evatt B.L. Sinonasal papillomas and human papillomavirus. //Hum Pathol.- 2005.- V.22.- P.550-556.
99. Kaluskar S.K., Mehta R., Farnan T.B., Basha S.I. Endoscopic 532-nm KTP laser excision of inverted papilloma of the nose and paranasal sinuses: a series of 9 patients. // Ear Nose Throat J.- 2009.- V.88.- N 4.- P.880-887.
100. Kamel R., Khaled A., Kandil T. Inverted papilloma: new classification and guidelines for endoscopic surgery. //Am J Rhinol.- 2005.- V.19.- N 4.-P.358-364.
101. Karkos P.D., Fika Z., Benton J., Assimakopoulos D.A. Conservative management of recurrent nasal squamous papilloma with topical immunomodulators. //Clin Otolaryngol.- 2007.- V. 32.- N 3.- P.222-223.
102. Karkos P.D., Fyrmpas G., Carrie S.C., Swift A.C. Endoscopic versus open surgical interventions for inverted nasal papilloma: a systematic review. //Clin Otolaryngol.- 2006.- V.31.- N 6.- P.499-503.
103. Karkos P.D., Khoo L.C., Leong S.C., Lewis-Jones H., Swift A.C. Computed tomography and/or magnetic resonance imaging for pre-operative planning for inverted nasal papilloma: review of evidence. //J Laryngol Otol.- 2009.-V.123.-N7.- P.705-709.
104. Kashima H.K., Kessis T., Hruban R.H., Wu T.C., Zinreich S.J., Shaah K.V. Human papillomavirus in sinonasal papillomas and squamous cell carcinoma. //Laryngoscope.- 2000.- V.102.- P.973-976.
105. Katori H., Nozawa A., Tsukuda M. Cell proliferation, apoptosis, and apoptosis inhibition in malignant transformation of sinonasal inverted papilloma. //Acta Otolaryngol.- 2007.- V.127.- N 5.- P.540-546.
106. Keles N., Deger K. Endonasal endoscopic surgical treatment of paranasal sinus Inverted papilloma-first experiences. //Rhinology.- 2001.- V.39.-P.156-159.
107. Klimek T., Atai E., Schubert M., Glanz H. Inverted papilloma of the nasal cavity and paranasal sinuses: clinical data, surgical strategy and recurrence rates. //Acta Otolaryngol.- 2000.- V.120.- P.267-272.

108. Kraft M., Simmen D., Casas R., Pfaltz M. Significance of human papillomavirus in sinonasal papillomas. //J Laryngol Otol.- 2001.- V.15.- N 9.- P.709-714.
109. Kraft M., Simmen D., Kaufmann T., Holzmann D. Long-term results of endonasal sinus surgery in sinonasal papillomas. //Laryngoscope.- 2003.-V.113.- N9.- P.1541-1547.
110. Krouse J.H. Development of a staging system for inverted papilloma. //Laryngoscope.- 2000.- V. 110.- N 6.- P.965-968.
111. Krouse J.H. Endoscopic treatment of inverted papilloma: safety and efficacy. //Am J Otolaryngol.- 2001.- V.22.- N 2.- P.87-99.
112. Landsberg R., Cavel O., Segev Y., Khafif A., Fliss D.M.Attachment-oriented endoscopic surgical strategy for sinonasal inverted papilloma.//Am J Rhinol.- 2008.- V.22.- N 6.- P.629-634.
113. Lawson W., Ho B.T., Shan CM., Biller H.F. Inverted papilloma a report of 112 cases. //Laryngoscope.- 2005.- V.105.- P.282-288.
114. Hyams, Loebell 2000. Development of a staging system for inverted papilloma. V. 110.- N 6.- P.965-968