

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
САМАРКАНДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ**

На правах рукописи
УДК616.071.006.327.08.714.053.7

АСРОРОВА ФАРИЗА АСРОРОВНА

**ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕБНО - ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ У
БОЛЬНЫХ ЮНОШЕСКОЙ АНГИОФИБРОМОЙ ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА**

5A510104 - ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯ

ДИССЕРТАЦИЯ

на соискание академической степени магистра

Научный руководитель: д.м.н.,

доцент **Г.У.Лутфуллаев**

Научный консультант: к.м.н.,

Ф.М.Хамидова

САМАРКАНД – 2015

Содержание

ПЕРЕЧЕНЬ УСЛОВНЫХ СОКРАЩЕНИЙ.....4

ВВЕДЕНИЕ.....5

ГЛАВА I ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ У БОЛЬНЫХ ЮНОШЕСКОЙ АНГИОФИБРОМЫ ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА (ЮАОЧ)

(обзор литературы)

1.1 Частота заболеваемости, этиология, патогенез и морфологическая характеристика юношеской ангиофибromы основания черепа.....8

1.2 Клиническая классификация юношеской ангиофибromы основания черепа.....14

1.3 Клиника юношеской ангиофибromы основания черепа.....15

1.4 Диагностика юношеской ангиофибromы основания черепа.....18

1.5 Лечение юношеской ангиофибromы основания черепа.....23

ГЛАВА II. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.

2.1. Общая характеристика обследованных больных.....27

2.2. Методы обследования больных.....32

ГЛАВА III КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ЮНОШЕСКОЙ АНГИОФИБРОМЫ ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА.

3.1. Клинические данные больных ангиофибromы носоглотки.....44

3.2. Диагностика больных с ангиофибромами носоглотки.....46

3.3. Предоперационная подготовка больных.....51

3.4. Лечение больных ангиофибromой носоглотки.....53

3.5. Лечение больных ангиофибromой носоглотки оперативным вмешательством (контрольная группа).....57

3.6. Лечение больных ангиофибromой носоглотки по методу В.С.Погосова и соав. в нашей модификации (основная группа).....59

3.7. Результаты лечения.....62

ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	65
ВЫВОДЫ.....	69
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ.....	70
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	71

ПЕРЕЧЕНЬ УСЛОВНЫХ СОКРАЩЕНИЙ

ЮАОЧ – юношеская ангиофиброма основания черепа

ППН – придаточные пазухи носа

КТ – компьютерная томография

МРТ – магнитно-резонансная томография

МСКТ – мультиспиральная компьютерная томография

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы:

Юношеская ангиофиброма основания черепа (ЮАОЧ) – вторичная доброкачественная опухоль, встречается почти исключительно у юношей и молодых мужчин и имеет тенденцию к обратному развитию после полового созревания. По своему гистологическому строению она имеет доброкачественный характер, однако по клиническому течению (деструктирующий рост, сильные кровотечения, частые рецидивы после операции, прорастание в ОНП, орбиту или даже полость черепа) она похожа на злокачественное новообразование. Опухоль развивается большинство у лиц мужского пола, наиболее часто поражается возрастная группа 10-12 лет, что дало основание для обозначения ее как «юношеская» или «ювенильная». Среди других доброкачественных опухолей носоглотки ангиофибромы встречается наиболее часто [Анютин Р.Г., 2005, Мануйлов Е.Н., 2001, Потапов И.И., 2003, Duvall A.J., 2007 и др.]. Она возникает из задне – латеральной стенки свода носоглотки в области клиновидно – небного отверстия. Исходным местом роста ангиофибром носоглотки обычно является глоточно – основная фасция, но возможно прорастание в крылонебную ямку и клиновидную пазуху, тогда течение и прогноз заболевания наиболее неблагоприятны [Анютин Р.Г., 2005]. Удаление таких опухолей является чрезвычайно сложным, поскольку связано с массивным, трудно останавливаемым кровотечением. Поэтому вопрос диагностики и лечения больных с данной патологией остаётся актуальным. Превентивная перевязка наружных сонных артерий, широко используемая во взрослой оториноларингологической практике, у детей малоэффективна в связи с широкой сетью анастомозов с внутренней сонной артерией, мгновенно восстанавливающей еще более выраженное кровоснабжение опухоли. Поскольку удаление ЮАОЧ сопровождается обильным кровотечением, то необходимо применять гемостатики дооперационном и послеоперационном

периодах. Одним из новых гемостатических препаратов является «НовоСэвен» (Дания).

Цель исследования: оптимизация диагностики и определение тактики хирургического лечения ЮАОЧ в зависимости от ее локализации, а так же применение препарата «НовоСэвен» при лечении ЮАОЧ.

Задачи исследования:

1. Изучить методы диагностики больных с ЮАОЧ.
2. Определить тактику выполняемого хирургического вмешательства с учетом размеров и локализации опухоли у больных ЮАОЧ.
3. Оценить эффективность комплексного лечения ЮАОЧ путем хирургического удаления опухоли без перевязки наружной сонной артерии с применением препарата «НовоСэвен» в дооперационном и послеоперационном периодах.

Материалы и методы исследования:

Работа выполнена на кафедре оториноларингологии ФУВ, в ЛОР-отделении клиники СамМИ.

Нами было обследовано 38 больных. Восемь из них взяты с архива. Обследования остальных 30 больных проводилось при нашем непосредственном участии. В контрольную группу входило 15 больных, которым в качестве лечения были применены традиционные методы, а именно оперативное вмешательство. Для лечения 23 больных в основной группе, помимо хирургического лечения, применяли в дооперационном и послеоперационном периодах для остановки кровотечения препарат «НовоСэвен».

Для достижения цели проведены следующие исследования:

1. Изучение жалоб и анамнеза больных
2. Общеклинические.
3. Риноскопия (передняя и задняя)
4. Рентгенологическое обследование: рентгенография носа и ППН, МРТ, МСКТ
5. Фиброскопия
6. Гистологическое исследование

Научная новизна:

В работе была изучена проблема современного комплексного подхода к диагностике и лечению ЮАОЧ. Было проведено сравнительное изучение традиционного лечения ЮАОЧ с применением дооперационном и послеоперационном кровотечение гемостатического препарата «НовоСэвен».

Практическая значимость работы.

Описанные ранние признаки и особенности клинического течения ЮАОЧ, будут способствовать их своевременному выявлению и повысят онкологическую настороженность практикующих врачей.

Рекомендации по особенностям клинического течения ЮАОЧ, по применению различных методов исследования и их сочетания в диагностике, способствует их своевременному выявлению. Методы лечения ЮАОЧ с учетом стадии процесса и гистологической структуры снизят частоту диагностических и лечебных ошибок.

Применение модифицированного метода и препарата «НовоСэвен» дооперационном и послеоперационном периодах имеет ряд преимуществ: уменьшение кровопотери во время операции, сокращение пребывания больного в стационаре.

Внедрение результатов работы

Основные положения магистерской работы внедрены в практическую работу кафедры оториноларингологии ФУВ клиники Самаркандского Государственного Медицинского Института. По материалам работы опубликовано 2 журнальные статьи и 3 тезиса в сборниках.

Объём и структура диссертации:

Диссертационная работа изложена на 78 страницах компьютерного текста, состоит из введения, 3 глав, заключения, выводов, практических рекомендаций списка литературы и приложения. Указатель литературы содержит 85 источников. Работа содержит 10 таблиц, иллюстрирована 20 рисунками и 1 блок схемой.

ГЛАВА I.

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ У БОЛЬНЫХ ЮНОШЕСКОЙ АНГИОФИБРОМОЙ ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА (обзор литературы)

1.1. Частота заболеваемости, этиология, патогенез и морфологическая характеристика ЮАОЧ.

ЮАОЧ является сравнительно редким заболеванием и относится к редко встречающимся опухолям головы и шеи, составляя 0,05% [16, 23, 63, 79, 80]. Встречаясь в ЛОР практике, по сведениям разных авторов от 1-3 до 5 случаев в год, среди других доброкачественных новообразований носоглотки она наблюдается довольно часто - в 53,6% случаев [17, 21, 69, 22, 78, 23, 32]. По данным литературы 1 случай заболеваемости приходится на 10- 15 тысяч больных, что составляет 0,01-0,06 % от всей ЛОР патологии [22, 59, 81,69].

Являясь доброкачественной опухолью по гистологическому строению, ЮАОЧ в ряде случаев протекает агрессивно с поражением близлежащих анатомических образований (околоносовые синусы, крылонебную и подвисочную ямки, полость черепа, глазницу), и нарушает жизненно - важные функции, что позволяет считать это заболевание достаточно грозным. Учитывая ангиоматозное строение опухоли, повреждение ее, или попытка удаления ведет к массивным кровотечениям.

Пациенты с ЮАОЧ часто сталкиваются с неверной постановкой диагноза и подвергаются необоснованным оперативным вмешательствам (аденотомия, полипотомия), что приводит к профузным, трудно останавливаемым кровотечениям, прогрессированию роста опухоли и другим осложнениям. Немаловажным остается вопрос рецидива опухоли [2, 14, 19. 15, 22, 32, 35, 62, 78]. Многие отечественные и зарубежные авторы отмечают, что рецидив ЮАОЧ в послеоперационном периоде наблюдается в ближайшие (1-6 месяцев) и отдаленные (1-5 лет) сроки в 3-73,6% случаев [35,77].

Широко известно, что ЮАОЧ по мере роста приобретает различные формы, образует так называемые рога, или отроги, принимает форму «гантели» занимая

глубоко расположенные анатомические зоны (пазуха клиновидной кости, крылонебная ямка, подвисочная ямка, клетки решетчатой кости). В связи с этим при тракции новообразования существует вероятность оставить небольшую часть опухоли в, так называемом, отдаленном ложе. Такая ситуация приводит в дальнейшем к продолженному росту новообразования.

ЮАОЧ обнаруживается исключительно у юношей в период полового созревания в возрасте, от 10 до 22, чаще от 14 до 17 лет [14, 20, 39, 65]. Заболевание встречается повсеместно, но некоторые авторы отмечают наибольшую встречаемость в Египте, Индии и странах Азии, реже в Европе и США [16, 72, 81]. Как следует из названия опухоли, она наблюдается в период полового созревания, большинство у лиц мужского пола. Обычно после 25 лет наступает постепенная инволюция опухоли.

Тем не менее, в литературе имеется описание случаев выявления ЮАОЧ и у женщин, а также у лиц пожилого возраста [68, 38, 51]. Другие подчеркивают необходимость проведения исследования генетического пола у таких больных [61, 45, 50].

ЮАОЧ отличаются более медленным бессимптомным ростом. Клинически она проявляется тогда, когда достигает определенных размеров, начинают оказывать давление на окружающие стенки, вызывая функциональные расстройства [39, 65, 84]. Она, не останавливаясь в своем развитии, может неукротимо расти, раздвигая окружающие костные стенки, распространяясь на окружающие органы и ткани. Её течение может приводить к различным тяжелым последствиям, нередко угрожающим жизни (Зимонт Д.И., 1983, Лутфуллаев.У.Л., 1998, Талалаев В.Н., 1988, Новиков В.А., 1989).

ЮАОЧ в морфологическом отношении, в свою очередь, является эпителиальной опухолью.

По данным А.В. Козловой и соавт. [Исаев В.Н., 2001], частота рецидивов после эндоназального удаления опухоли достигает 80%, после операции по Муру 30% W. Gummings, L.Goodman, [2000] рецидивы переходноклеточных папиллом после боковой ринотомии наблюдали в 29% случаев. Малигнизация

наблюдается у 2-24% больных [Гаджимирзаев Г.А., 2001, Завьялов Ф., 1998, Лопатин А.С., 1999, Weissler M., 2003].

ЮАОЧ представляет собой небольшую опухоль с гладкой и неровной поверхностью, красно-розового цвета, на широком основании.

Как правило, она исходит из слизистой оболочки желез переднего отдела носовой перегородки, дна полости носа и носовых раковин, растёт медленно [Nishizawa S., Hiraide F., 2005].

ЮАОЧ более крупная, растёт сравнительно быстро, обычно заполняет всю полость носа и ППН и распространяется даже, в полость черепа.

Причины возникновения ЮАОЧ до настоящего времени недостаточно выяснены. Имеется ряд теорий, объясняющих происхождения этой опухоли, но единого мнения нет. Существующие теории базируются в основном на клинических и морфологических данных. Одной из ранних теорий является эмбриональная, сторонники которой считают, что ЮАОЧ возникает из эмбриональных зачатков, оставшихся после развития костей черепа, между основным отростком затылочной кости и клиновидной костью. Эти кости соединяются между собой при помощи эмбрионального хряща, окостенение которого заканчивается во втором десятилетии жизни. Толчком для роста опухоли является усиленное кровоснабжение этой области (глотошно-основная фасция) в период полового созревания.

Мезенхимальная теория, сторонники которой считают, что ЮАОЧ развивается из элементов мезенхимы, которые остаются после образования перепончатого черепа у проксимального конца хорды. Описан случай роста опухоли непосредственно из крылонебной ямки в полость черепа [13].

В период полового созревания оставшиеся элементы мезенхимы при усиленном кровоснабжении бурно растут, трансформируясь в ЮАОЧ. О мезенхимальном происхождении опухоли говорится в работе Л. М. Ковалевой и соавт.(1998), где авторы выделяли две группы опухолей сосудисто-фиброзного и клеточного типов ЮАОЧ. В обеих группах предполагается единый генез

опухолевых клеток, для которых первичной является мезенхимальная клетка с дифференцировкой, как в сторону ангиобласта, так и в сторону фибробласта.

На основании клинических и гистологических данных А.Л.Гинзбург(1930) считает, что ЮАОЧ развивается из лимфоидной ткани слизистой оболочки носоглотки. По его мнению, она является не истинной опухолью, вскоре всего опухолевидной гиперплазией, созревающей и дифференцирующейся в коллагенную ткань лимфоидной основы слизистой оболочки носоглотки. Спонтанную ее инволюцию А.Л.Гинзбург объясняет закономерностью процесса созревания волокнистой стромы, вызванной рядом эндогенных причин (выявление инкретов, реакции среды и.д.).

Подчеркивается, что источником роста опухоли являются камбиальные элементы волокнистого хряща верхнего шейного позвонка или глоточно-базальной фасции. [1,6, 11,32, 37,41, 46, 53, 64, 73, 75, 80, 82].

При инвазии в полость черепа, по одним данным у 8-30% больных, по другим – у 17-36% больных с ЮАОЧ наступают параличи черепных нервов [5, 14, 17, 18, 33, 48,52, 57, 62, 66, 70, 74, 81].

Большинство исследователей соглашаются, что опухоль представляет собой реакцию соединительной ткани надкостницы или надхрящницы на стимуляцию половыми гормонами. Вследствие этого образуется гамартоматозный эктопический узел, богатый кровеносными сосудами [61, 47].

Классическая картина развития ангиофибромы была описана J.Neal et al. в 1973, согласно ей, местом первичного возникновения опухоли является задне-латеральная стенка носоглотки (ее свод) в области верхнего края клиновидно-небного отверстия. В этой области, соединяется основной отросток небной кости, сошник, основание клиновидной пазухи и отросток решетчатой кости.

Ряд исследователей также называют возможным местом первичного возникновения опухоли хрящи нижней носовой раковины [61] или область хоан. [47]

На основании данных о возрастной и половой структуре больных предполагают, что возникновение и развитие заболевания связано с

изменениями, происходящими в организме юношей в период полового созревания. В подтверждение этой гипотезы описаны случаи спонтанной регрессии опухоли с наступлением половой зрелости (при этом в большинстве наблюдений диагноз был подтвержден по результатам биопсии и больной не получал терапии до подтверждения факта регрессии) [29, 40, 67].

При исследовании, проведенном M.Bretani et al., определяющем наличие рецепторов к половым гормонам в тканях ЮАОЧ на материале в 12 случаях, [31] рецепторы к эстрогенам обнаружены в 25% случаев, рецепторы к прогестерону в 58% случаев и рецепторы к андрогенам – еще в 25% случаев. При этом уровень гонадотропинов был нормальным у всех обследованных пациентов.

В исследовании G.Gates et al. продемонстрирован очевидный терапевтический эффект веществ, нарушающих захват тестостерона у животных и человека, в лечении ЮАОЧ [34]. Тем не менее, при исследовании гормональной зависимости моделей ЮАОЧ *in vitro* и в популяции голых мышей, проведенном в 1992 г., [60] было доказано отсутствие реакции опухоли на андрогенную стимуляцию. Это позволяет предположить непрямую зависимость роста опухоли от уровня андрогенов крови.

Исходным местом возникновения ангиофибромы, как уже было упомянуто выше, является свод носоглотки в области верхнего края основного небного отверстия [36, 58, 12, 27]. Являясь по своей природе морфологически доброкачественной опухолью, ткань ангиофибромы, не обладая инфильтративным ростом, смещает и раздвигает прилежащие структуры, а также разрушает хрящи и кости за счет оказываемого на них давления.

Таким образом, внутричерепное распространение опухоли возможно по одному из двух путей. Чаще она проникает в область, лежащую латеральнее кавернозного синуса, через глазничные щели; намного реже – через основную пазуху и решетчатый лабиринт в область, прилежащую к турецкому седлу. Внутричерепное распространение опухоли встречается, по данным различных источников, у 8-30% больных [61, 43, 35].

В процессе роста опухолевая ткань заполняет естественные воздухоносные пути и препятствует носовому дыханию; при этом частые профузные кровотечения усугубляют тяжесть течения заболевания [12].

Существует несколько точек зрения на возникновение кровотечений. По мнению Т. Billroth, кровотечение возникает и продолжается вследствие зияния сосудов фибром. По J. Mikulicz, кровотечение наступает вследствие сдавления опухоли в узкой носовой полости и вызываемых этим застойных явлений. Также существует точка зрения, что обильные кровотечения происходят не вследствие разрыва тонкостенных кровеносных сосудов, развивающихся в строме опухоли, а в результате разрыва кровеносных сосудов слизистой оболочки носа, окружающей опухоль [12].

Макроскопически опухоль выглядит как темно-красная или бурая, гладкая, иногда дольчатая масса, лишенная капсулы. Ее структура плотна, узловата, опухоль находится на неподвижном основании [45, 42].

Микроскопически, ЮАОЧ представляется в виде сосудистого компонента, погруженного в плотную строму.

Сосудистый компонент ЮАОЧ представлен сосудами синусоидного типа: их стенка лишена мышечного слоя и представлена только одним слоем эндотелия. Просвет сосудов округлый или щелевидный, во многих случаях неправильной формы [4]. При травматизации такие сосуды не спадаются, обуславливая высокую кровоточивость ангиофибром. Строма опухоли представлена зрелой фиброзной тканью, содержащей грубые коллагеновые волокна и множество звездчатых, овальных или вытянутых клеток.

Сочетание клеточного, сосудистого и фиброзного компонентов ЮАОЧ чрезвычайно вариабельно и может отличаться даже в пределах одной опухоли. В большинстве случаев (особенно при активно растущей ангиофибrome) сосудистый компонент преобладает над стромой. Некоторые авторы также упоминают, что с процессом «старения» опухоли ее сосудистый компонент подвергается относительной регрессии [45].

1.2. Клиническая классификация ЮАОЧ (по U. Fisch в модификации A. Andrews 1989)

I стадия	Опухоль ограничена носовой полостью и носоглоткой. Костная деструкция отсутствует или ограничена областью клиновидно-небного отверстия
II стадия	Опухоль распространяется в крыло - небную ямку или одну из придаточных пазух носа (верхнечелюстную, основную) или решетчатый лабиринт с костной деструкцией
IIIА стадия	Распространение опухоли в подвисочную ямку или орбиту без внутричерепного распространения
IIIБ стадия	Опухоль распространяется в подвисочную ямку или орбиту, а также интракраниально но, не проникает под твердую мозговую оболочку
IVА стадия	Интракраниальное и интрадуральное распространение опухоли без инфильтрации кавернозного синуса, турецкого седла и зрительного перекреста
IVБ стадия	Интракраниальное и интрадуральное распространение опухоли с инфильтрацией кавернозного синуса, турецкого седла или зрительного перекреста

Применение унифицированной классификации ЮАОЧ помогает определить стадии в каждом отдельном случае, сопоставить наблюдения различных авторов и даёт возможность более четко наметить тактику хирургического вмешательства. Учитывая особенности направления роста ЮАОЧ, прежде всего, необходимо обратить внимание на соотношение границ носовой части глотки со смежными анатомическими образованиями [53,33].

Гистологическая классификация опухолей мягких тканей.

Согласно Международной гистологической классификации новообразований [8], ЮАОЧ относится к группе мезенхимальных опухолей и имеет доброкачественную гистологическую структуру. Она обнаруживается исключительно у лиц мужского пола в основном в пубертатном периоде (в возрасте от 7 до 21 года). По данным некоторых авторов ЮАОЧ встречается в 50% случаев из числа больных с доброкачественными опухолями носоглотки [7, 50, 58] или меньше чем в 0,05% случаев – с опухолями головы и шеи [83, 45, 56].

Обладая свойством экспансивной формы роста, опухоль, независимо от исходного места (свод носоглотки, край крыловидно-нёбной вырезки, медиальная пластинка крыловидного отростка клиновидной кости и т.д.), почти всегда занимает носоглотку, распространяется на те или иные анатомические области лицевого скелета, на основание черепа, а иногда проникает и в полость черепа. Интракраниальное распространение опухоли составляет от 17 до 36% всех больных с ЮАОЧ и представляет ещё больше угрозы для жизни больного, чем опухоли, распространяющиеся на основании черепа [3, 26, 40, 49, 54].

1.3. Клиника ЮАОЧ

Можно предположить, что заболевание может некоторое время протекать бессимптомно. В среднем, между временем первого проявления симптомов и постановкой диагноза проходит около 6 месяцев. Клинические проявления ЮАОЧ могут быть различны и определяются размерами и распространенностью опухоли. Классической триадой симптомов при ЮАОЧ считается затрудненное носовое дыхание, носовые кровотечения и определяемая масса опухоли в полости носа [25].

Не менее частым симптомом, обычно заставляющим больного обратиться за помощью, является носовое кровотечение. Реже встречается при ЮАОЧ ротовое кровотечение. Кровотечения могут возникать спонтанно или при

малейшей травме (высмаркивание, и т.д.), могут быть разной выраженности, вплоть до профузных, трудноостанавливающихся. Частота этого симптома при ЮАОЧ составляет до 96% [12].

В дальнейшем с ростом опухоли появляются ощущения тупого давления в голове, гнусавость, атрофия слизистой оболочки полости носа и глотки, нарушение обоняния, вплоть до аносмии.

Опухоль носоглотки может развиваться на носовой перегородке, в области дна полости носа, свода, носовых раковин. Характерная симптоматика обусловлена направлением роста опухоли носоглотки. 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 [Григорьев В.П., Мельник Г.С., Жанакоков Б.А., 2001].

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 за челюстную область, подвисочную и крылонебную ямку появляется припухлость щеки, деформация и асимметрия лица [Коробкина Е.С., Лутфуллаев У.Л., 2009].

При распространении опухоли вниз, в сторону дна полости носа отмечается деформация твердого неба, припухлость альвеолярного отростка, расшатывание зубов [Лутфуллаев У.Л., 2007].

Распространение опухолей в сторону глазницы приводит к появлению таких симптомов, как слезотечение, ограничение подвижности глазного яблока,

экзофтальм, диплопия [Larson С.Н., Adkins W.Y., 2006]. Могут развиваться такие явления, как дакриоцистит, нейротрофический кератит.

Болевой синдром не характерен и возникал при поражении альвеолярного отростка верхней челюсти, крыловидно небной и ретромандибулярной ямок, орбиты. Практически у всех детей имел место сопутствующий гнойный синусит.

Соотношение внутреннего основания черепа, а именно средней черепной ямки и свода носовой части глотки, имеет существенное значение при распространении ЮАОЧ через клиновидные пазухи в головной мозг. Опухоль, врастающая в головной мозг, может располагаться как экстрадурально, так и субдурально, находясь между твердой и паутинной оболочками головного мозга. При этом опухоль узурирует пещеристый синус, сдавливает гипофиз и зрительный перекрест.

Из полости носа опухоль через клиновидно-небную вырезку может врастать в крыловидно-небную ямку. В свою очередь она сообщается с подвисочной ямкой посредством крыловидно-верхнечелюстной щели, с глазницей — через нижнеглазничную щель, а спереди граничит с задней стенкой верхнечелюстной пазухи. Следовательно, через указанные сообщения опухоль из крыловидно-небной ямки может прорасти в подвисочную ямку, глазницу и верхнечелюстную пазуху.

При агрессивном росте опухоль может беспрепятственно распространяться из носовой части глотки в ротовую, одновременно смещая мягкое небо.

К носовой части глотки прилежат окологлоточное и заглочное пространства, но проникновения ювенильной ангиофибромы в них непосредственно через стенки глотки не наблюдается.

Таким образом, очевидно, что направление роста опухоли предопределяется особенностями топографической анатомии носовой части глотки. Свое начало опухоль берет из глоточного - основной фасции.

На ранних стадиях развития, ангиофиброма преимущественно локализуется в носоглотке, в дальнейшем распространяясь через хоаны в задние отделы полости носа, как правило, с одной стороны, смещая перегородку носа и

обтурируя носовые ходы. Одновременно опухоль проникает в решетчатый лабиринт и пазуху клиновидной кости.

При задне - латеральном росте опухоль проникает в крылонебную ямку, разрушая заднюю стенку верхнечелюстной пазухи, проникая в последнюю. В тяжелых запущенных случаях новообразование проникает в подвисочную и височную ямки, распространяется в глазницу, переднюю черепную ямку приводя к серьезным последствиям.

Удаление ювенильной ангиофибромы, вышедшей за пределы носовой части глотки, до настоящего времени представляет значительные трудности, связанные в основном с анатомической особенностью данной части глотки, клиническим течением опухолевого процесса и использованием неадекватного хирургического доступа [Shapshy S.G., 2008].

Поздние вторичные симптомы, возникающие при обширном распространении опухоли по околоносовым пазухам, в глазницу, полость черепа, включают в себя клинику стоматологического заболевания (зубная боль, припухлость в области альвеолярных отростков), по поводу чего нередко производятся экстракции зубов, надрезы слизистой оболочки десны и др.

При прорастании опухоли в ротоглотку может наблюдаться нарушение дыхания и глотания (не более 2% случаев). Часто в этот период развития заболевания наблюдается головная боль, которая может быть постоянной или предшествовать носовому кровотечению, может иметь различный характер и интенсивность в зависимости от локализации и распространения опухоли.

При далеко зашедшем течении заболевания у пациентов может отмечаться выраженная очаговая неврологическая симптоматика.

При ее описании ряд авторов отмечает преимущественное поражение нервов глазодвигательной группы, а также лицевого и тройничного нервов [9, 3, 10, 5].

1.4. Диагностика ЮАОЧ

Для диагностики ЮАО используют как давно известные методы обследования, такие как осмотр, передняя и задняя риноскопия,

орофарингоскопия, рентгенография и иммунологические исследования, так и более современные: ангиографию, компьютерную томографию, МРТ, МСКТ и ЯМР-томографию [Senior B.A., Lanza D.S., Kenedi D.W., 2008]. Наружный осмотр лиц с ЮАОЧ дает лишь ориентировочные сведения, позволяющие судить о деформации наружного носа и лица, которое появляется только при распространенных опухолях [Robin R.E., Powell D.D., 2002].

При передней и задней риноскопии можно осмотреть полость носа, саму опухоль, ориентировочно определить ее размеры в полости носа. Но судить о распространенности опухоли, ее характере не представляется возможным [SachM.E., Conley G., 2004].

Эффективным методом диагностики ЮАОЧ считается рентгенография.

Метод разработан Г.М.Земцовым и Е.А.Лихтенштейном и позволяет выявить тень опухоли в носоглотке, а также косвенно по смещению или разрушению костных структур основания черепа судить о ее распространенности. Патогномичным симптомом для ЮАОЧ является при этом смещение кпереди задней стенки верхнечелюстной пазухи (симптом Холмана-Миллера).

Значительно более информативным рентгенологическим методом при ЮАОЧ является компьютерная томография. Обследование больных с помощью компьютерной томографии в двух проекциях (аксиальной и коронарной) позволяет судить о следующих данных:

1. Границы опухоли, ее размеры
2. Взаимоотношения ее с окружающими тканями, особенно костными
3. Степень разрушения основания черепа
4. Дольчатость, плотность ЮАОЧ, наличие в ней полостей

При этом обследовании в проекции полости носа, носоглотки, околоносовых пазух, крыловидной и подвисочной ямках, зачелюстном пространстве определяется мягкотканое дольчатое образование с довольно четкими контурами, относительно гомогенной структурой, при распространенном росте вызывающее смещение и костную деструкцию стенок

околоносовых пазух, носовой перегородки и твердого неба. ЮАОЧ располагается преимущественно на одной стороне основания черепа и практически никогда не бывает строго по средней линии. При интракраниальном росте компонент опухоли определяется, как правило, в параселлярной области с разрушением костных структур основания черепа.

Р.Г.Анютин (1987) на основании компьютерной томографии 55 больных с ЮАОЧ сформулировал ряд выводов относительно применения этого метода обследования:

1. КТ должна являться обязательным методом обследования у больных с подозрением на ЮАОЧ, с проведением ее в двух проекциях - аксиальной и фронтальной.

2. КТ дает возможность судить об операбельности больного, выбрать метод лечения (хирургическое или лучевое), определить наиболее рациональный хирургический подход.

3. В послеоперационном периоде КТ позволяет судить о радикальности проведенной операции, после лучевой терапии – о регрессе опухоли, а также определить рецидив заболевания на ранней стадии, до появления клинических симптомов.

4. При проведении лучевой терапии КТ позволяет выбирать условия облучения и формировать «дозное поле».

5. КТ в большинстве позволяет отказаться от обследования больных с помощью рентгенографии, томографии, контрастной рентгенографии, селективной ангиографии.

Во многих случаях компьютерная томография давала больший объем дополнительной диагностической информации, чем обычная рентгенография. В то же время лучевые нагрузки при проведении компьютерной томографии не выше, чем при обычном рентгенологическом обследовании [ChillaR., Doresm M., 2006, Forsell F., 2007].

Альтернативным методом диагностики при ЮАОЧ является магнитно-резонансная томография (МРТ). Его преимуществами по сравнению с КТ

являются: отсутствие лучевой нагрузки и возможность многократного обследования в течение короткого промежутка времени; обследование возможно в комфортном, щадящем положении для пациента; МРТ позволяет хорошо дифференцировать рецидивную опухоль от рубцовых изменений или сопутствующего синусита. Среди недостатков МРТ следует выделить более длительное время исследования, невозможность его проведения у пациентов с магнитными или ферромагнитными протезами, меньшую по сравнению с КТ информативность в отношении костных изменений основания черепа[30].

Среди методов нелучевой диагностики ЮАОЧ ведущим является фиброэндоскопическое обследование. При этом, как правило, у пациентов в полости носа и носоглотке определяется опухоль, занимающая значительную часть просвета носоглотки, исходящая из области свода, задней и латеральной стенок. Опухоль может быть плотной или дольчатой, поверхность ее гладкая, ровная, ярко-красного или темно-красного цвета, слизистая оболочка над опухолью блестящая, с выраженным сосудистым рисунком, иногда с участками желто-белесоватого фибринозного налета и изъязвлениями. По консистенции опухоль, как правило, плотная или плотноэластическая.

При необходимости проведения биопсии образования, подозрительного на ЮАОЧ, ее следует производить только в условиях оториноларингологического стационара, где имеются все условия для остановки кровотечения, и в случае необходимости – полного хирургического удаления опухоли. Кусочек ткани при биопсии необходимо брать из глубины опухоли, так как ее поверхность обычно лишена характерных морфологических признаков ЮАОЧ.

В начале 80-х годов XX века в зарубежной литературе появились первые сообщения о новом диагностическом методе – томографии, основанной на явлении ядерно - магнитного резонанса [Tanasa O., 2003, Масума Т., 2005].

В эти же годы за рубежом появились первые работы, посвященные клинической оценке ЯМР – томографии в оториноларингологии [24,28].

В российской литературе сообщения о применении метода ЯМР-томографии носят в основном обзорный характер [С.А.Бальтер., А.Б.Лукьянченко., 1986].

С.А.Бальтер, А.Б.Лукьянченко [1986] сообщают о применении метода ЯМР – томографии у больных с различными поражениями головного мозга, шейного отдела спинного мозга и лицевого скелета.

Следующим методом диагностики ЮАОЧ является МСКТ, которое одним из наиболее информативных методов исследования придаточных пазух носа и, в отличие от КТ и или рентгенографии, позволяет детально визуализировать придаточные пазухи носа. Благодаря тонким срезам (менее 1 мм) удается получить качественное изображение пазух носа, и этот метод исследования часто применяется ЛОР - врачами. МСКТ придаточных пазух носа часто назначается для диагностики воспалительных заболеваний пазух носа, но также проводится в рамках предоперационного обследования для хирургического вмешательства на пазухах. Кроме того, МСКТ позволяет диагностировать опухоли ППН. МСКТ ППН позволяет получить информацию о следующих анатомических структурах:

ППН – представляют собой полости наполненные воздухом. Пазухи подразделяют на верхнечелюстные, решетчатые, лобные и клиновидные. Все эти пазухи связаны с носовой полостью с помощью различных проходов и каналов. Если эти проходы заблокированы, слизь не может выделяться, что в итоге приводит к давлению на ткани и болевым проявлениям.

Слизистая оболочка пазух носа. Пазухи выстланы тонким слоем слизистой ткани. Эта ткань выделяет слизь и при воспалении этой ткани появляются симптомы, связанные с синуситом – чувство давления и боль.

Полость носа содержит структуры, которые называются раковинами, которые также выстланы слизистой оболочкой. Эта ткань может также воспалиться или могут появиться полипы носа, что приводит к нарушению прохождения воздуха через полость носа и нарушению процесса дыхания. Другие структуры

включают в себя ткани, располагающиеся рядом, такие как кости челюсти, глаза и части черепа.

1.5. Лечение ЮАОЧ

Существующие методы лечения ЮАОЧ подразделяют на три группы: консервативное, хирургическое и комбинированное. К консервативным методам относится склерозирующая, лучевая терапия, криотерапия и др. Комбинированное лечение представляет собой сочетание двух различных видов лечения [DeRowe A., Landsberg R., 2008].

Хирургическое лечение включает различные виды доступов к опухоли.

С давних пор существует множество тактик и подходов в лечении ЮАОЧ, таких как лучевая терапия, рентгено- и телегамматерапия, облучение лазером, криотерапия, лазеро- и гормонотерапия и пр., но самым эффективным методом остаётся хирургическое лечение. Многие авторы предлагают удалять ЮАОЧ, используя различные способы, с применением так называемых предварительных операций, обеспечивающих достаточно широкий доступ к опухоли, а также через естественные пути [55].

К таким вмешательствам относятся - срединная ринотомия, вход через мягкое и твердое небо, верхнечелюстной доступ по Денкеру, Муру, Оуэнсу, небо альвеолярный доступ и другие различные модификации. Все перечисленные предварительно вмешательства являются достаточно травматичными, оставляющими определенный космический дефект в той или иной степени выраженности и влияют на рост лицевого скелета подростковом возрасте. Склерозирующую терапию применяют в основном при сосудистых опухолях полости носа, ППН и носоглотки, ЮАОЧ. В качестве склерозирующих препаратов применяют хинин-уретан, спирт, варикоцид, 40% раствор глюкозы или сочетание 2% раствора новокаина, 96% спирта, 10% раствора хлористого кальция [Лисовская М.П., 1980, Новиков В.А., 1999. Ольшанский В.О., 1999, Рушанов Ш.И., 2002].

Так, одни авторы [Казлова А.В., Калина В.О., 1993, Brown В., 1999] отмечают, что облучение некоторых доброкачественных опухолей (гемангиомы, ангиофибромы, папилломы, хондромы) приводит к уменьшению этих новообразований, а лучевая терапия, проводимая в послеоперационном периоде, предупреждает рецидивы заболевания.

Другие авторы считают, что облучение доброкачественных опухолей этой области малоэффективно, а иногда даже способствует их озлокачиванию [Ваккер А.В., 2002, Карссович Е.М., 2002].

Криотерапию для лечения доброкачественных опухолей полости носа и придаточных пазух применяли А.И.Цыганов (1973) [Лутфуллаев У.Л., 1988.] Л.И.Пономарев и соавт. [1996] в зависимости от распространенности процесса применяли криодеструкцию в качестве самостоятельного метода или в комбинации с хирургическим или лучевым лечением.

Комбинированный метод лечения при ЮАОЧ использовали А.И. Цыганов, Д.Ф. Батюк [2000], при сосудистых опухолях А.В.Козлова и соавт. [1999], В.С.Погосов [1983], У.Л.Лутфуллаев [2000], Л.И.Пономарева [1996], В.В.Савельев [2004].

Много работ хирургического лечения доброкачественных опухолей полости носа и придаточных пазух, однако среди их авторов нет единого мнения о хирургических доступах к опухоли, методике выполнения и объеме хирургического вмешательства [Исаев В.Н.2001].

Как известно, существует три хирургических доступа к опухолям носоглотки с распространением в придаточные пазухи: внутриносовой (эндоназальный), трансоральный и наружный [Лапатин А.С.2000].

Эндоназальный подход применяется в основном при ограниченных опухолях полости носа, расположенных в передних отделах [Пискунов Г.З., 2003, Пагосов В.С.,1983], с незначительным распространением новообразований в носоглотку и клетки решетчатого лабиринта [Ваячек В.И.,1957].

Преимуществом этого метода, по мнению специалистов, является хороший

функциональный и косметический эффект. К недостаткам эндоназального доступа следует отнести ограниченность операционного поля, что может вызвать во время операции сильные носовые кровотечения и нерадикальное удаление опухоли [52,57,59].

Именно поэтому большинство авторов при удалении распространенных доброкачественных опухолей, занимающих полость носа и ту или иную околоносовую пазуху, носоглотку, используют типичный доступ по Денкеру [Зимонт Д.И., Крюков А.И.,2002].

Ряд хирургов считают, что при удалении распространенных опухолей данной области, особенно сосудистого характера, перевязывать наружную сонную артерию, что позволяет значительно уменьшить объем кровопотери в ходе операции, и в послеоперационном периоде [Ибрагимов М.Х., 1999, Пальчун В.Т., 2000].

По мнению других авторов [Мануйлов Е.Н.,1997, Петухов П.В., 2003] перевязка наружной сонной артерии малоэффективна.

В последние годы появились сообщения о применении излучения лазера при удалении доброкачественных опухолей ЛОР – органов [Исаев В.М., 2001, Лапченко А.С.,2002, Кучинина И.Л.,1999].

Другие же авторы считают что применяемые в настоящее время традиционные виды вмешательств (подходы к новообразованию через естественные пути, операция по Денкеру или классическая операция по Муру) не всегда могут обеспечить полное удаление опухоли из соседних анатомических образований (по отношению к носовой части глотки), куда зачастую распространяются ювенильные ангиофибромы.

Этим объясняется высокий процент их рецидивов (30—50%) и существование множества модификаций вышеназванных хирургических вмешательств [Е. Н. Мануйлов, И. Т. Батюнин., 1971, Г. А. Фейгин и соавт., 1982, Р. М. Рзаев., Г. Г. Турик., 1986].

С целью обеспечения радикального удаления ЮАОЧ, вышедшей за пределы носовой части глотки, ими разработан и применен

носоверхнечелюстной доступ (В. С. Погосов и соавт., 1986), который состоит из пяти этапов, касающихся направления разреза мягких тканей, резекции отдельных костей лица, удаления опухоли и заключительного этапа операции.

В настоящее время вопрос о полном удалении ЮАОЧ, проникшей в полость черепа, остается нерешенным. Это обусловлено определенными трудностями, связанными в основном с окклюзией сосудов, питающих опухоль внутри черепа, и со сложностью элиминации внутричерепного компонента опухоли.

Таким образом, предложенная операция предусматривает все возможные варианты для обеспечения радикального удаления ЮАОЧ не только из носовой части глотки, но и из большинства соседних анатомических образований.

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.

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 ППН. Не проведена оценка эффективности высокоэнергетического лазерного излучения при удалении доброкачественных новообразований полости носа и применения низкоэнергетического He-Ne лазера в послеоперационном периоде [Михалкин И.А., Плужников М.С., 2000].

Благодаря четко отработанной тактике хирургического лечения ЮАОЧ при максимальном обеспечении надежного гемостаза путем проведения превентивной рентгеноэндоваскулярной окклюзии питающих опухоль сосудов и использования современных высокоэффективных гемостатических средств нам удалось значительно снизить частоту рецидивов опухоли.

ГЛАВА II.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1. Общая характеристика обследованных больных

Настоящая работа основана на анализе результатов обследования и лечения 38 больных ЮАОЧ.

Данное исследование выполнялось за период с 2012 по 2015 г.г. в клинике болезней уха, горла и носа факультета усовершенствования врачей, клиники СамМИ, дислоцирующейся в Республиканской клинической больнице №1 г. Самарканда. Клиническое обследование и лечение больных проводилось при нашем непосредственном участии. За данный период было обследовано 38 больных с ЮАОЧ.

Для оценки клинического течения заболевания изучали локализацию ангиофибром, ее размеры, цвет, консистенцию.

Нами было обследовано 38 больных. Восемь из них взяты с архива. Обследования остальные 30 больных проводилось при нашем непосредственном участии. Свою очередь эти больные были разделены на 2 группы. В основную группу входило 23 больных (60,5%) с ЮАОЧ, которым наряду с хирургическим лечением, применяли до – и послеоперационном периодах для остановки кровотечения препарат «НовоСэвен». Во вторую, контрольную группу входило 15 больных (39,5%), которым в качестве лечения применялись традиционные методы лечения, а именно оперативное вмешательство.

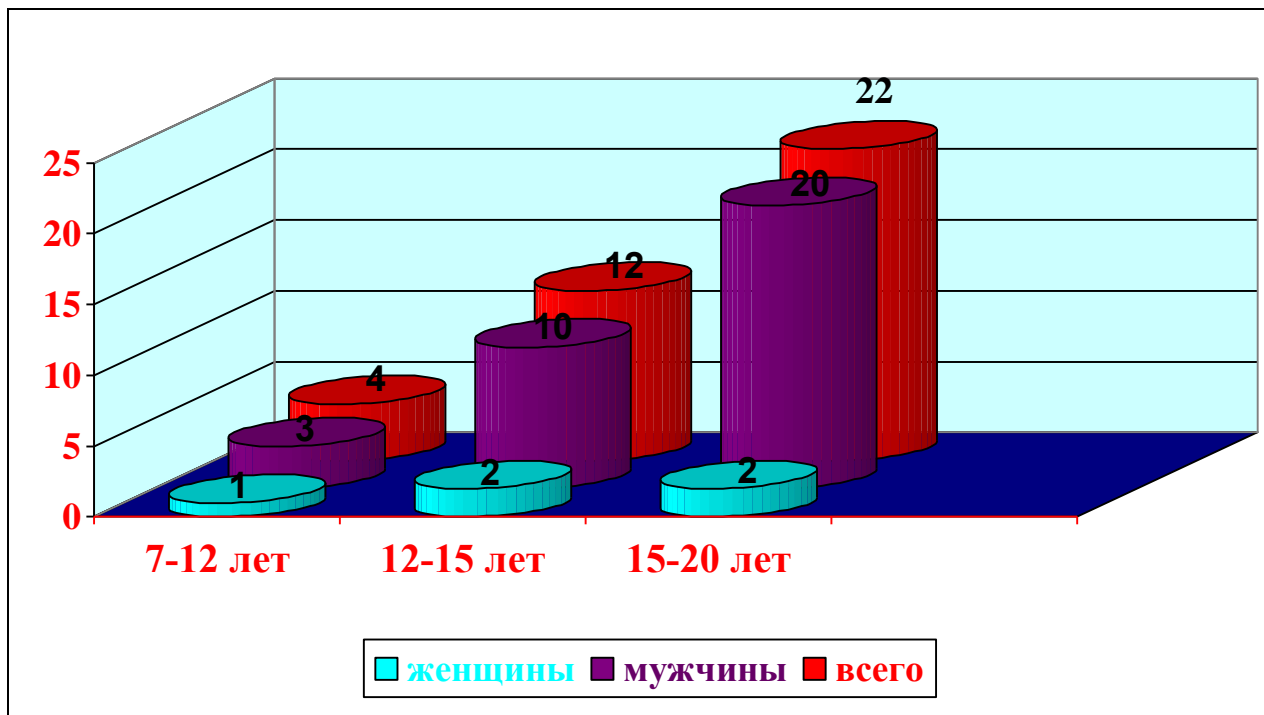
Мы наблюдали 38 больных с ЮАОЧ. Включение в разработку пациентов с ЮАОЧ обусловлено следующими обстоятельствами:

-согласно литературным данным, во всех периодах течения данного заболевания наиболее частым и доминирующим признаком выступают проявления со стороны полости носа и придаточных пазух;

-у всех 38 больных начальными проявлениями были носовые кровотечения и нарушение носового дыхания, которые сочетались с другими «носовыми» симптомами и доминировали в последующие периоды заболевания.

Всех больных мы разделили по возрасту и полу, что представлено на диаграмме 2.1. Как видно из данного рисунка, 22 больных (58%) встречались в возрастной группе от 15 до 20 лет, 12 больных (31,5%) в возрасте от 12 до 15 лет и 4 больных (10,5%) в возрасте от 7 до 12 лет.

Диаграмма 2.1 Распределение больных в зависимости от возраста и полу (n=38)



Распределение больных производилось также по полу, которое отражено на диаграмме 2.1. Как видно из вышеуказанного рисунка, в наших исследованиях преобладали лица мужского пола.

Из общего числа обследованных больных в возрасте от 7 до 20 лет лиц мужского пола было 33 (87%), женского 5 (13%), что соответствует литературным данным о преобладании данной патологии у лиц мужского пола.

Локализация ЮАОЧ была разнообразная. Исследовались больные, сосудистая опухоль которых располагалась в области полости носоглотки.

**Распределение больных в зависимости от локализации и прорастания
опухолей в анатомические области**

Локализация ангиофибromы носоглотки	Из носоглотки в полость носа	Из носоглотки в полость носа и гайморовую пазуху.	Из носоглотки в полость носа, гайморовую пазуху и решетчатую пазухи	Из носоглотки в полость носа, гайморовую, решетчатую и основную пазухи
Количество	5	10	11	12
Всего %	13,1	26,3	29	31,6

Как видно из данной таблицы, опухоль из носоглотки в полость носа проросла у 5 больных, что составило 13,1%, из носоглотки в полость носа, и гайморову пазуху – у 10 больных, что составило 26,3%, из носоглотки в полость носа, гайморову и решетчатую пазухи у 11 больных – 29% и наконец, из носоглотки в полость носа, гайморову, решетчатую и основную пазухи у 12 больных, что составило 31,6%.

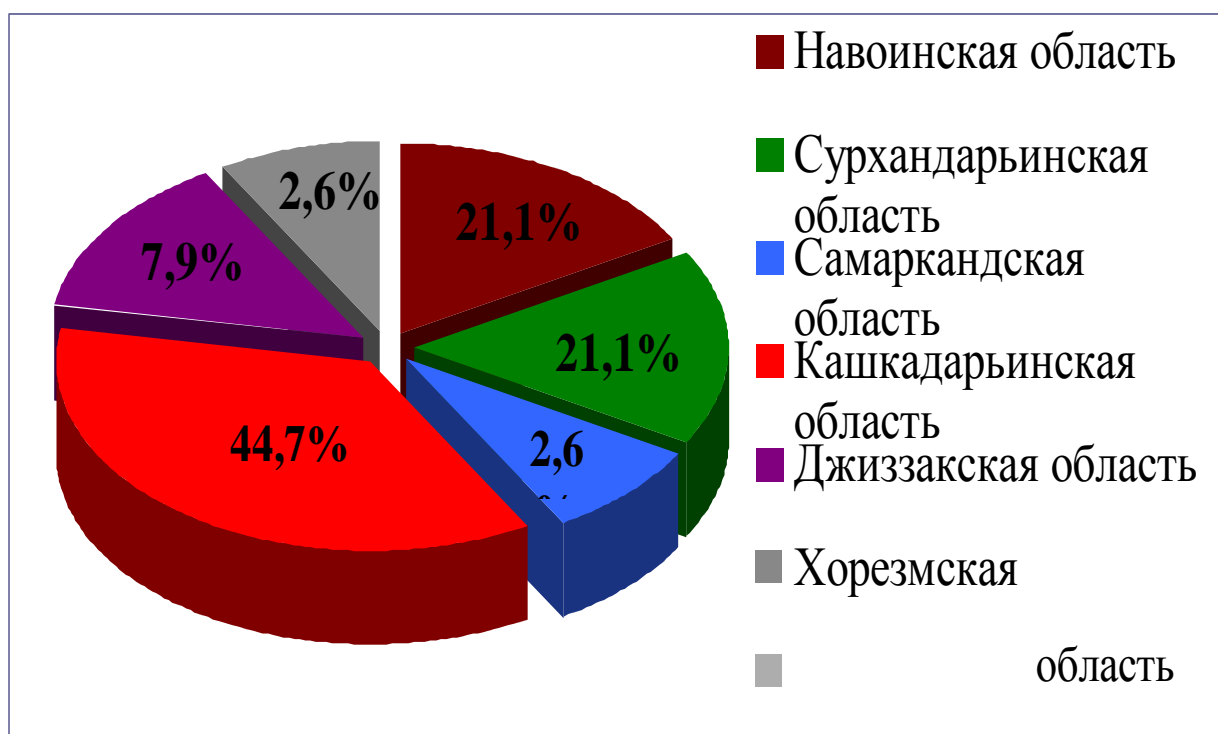
В связи с наличием в опухоли выраженного сосудистого компонента биопсия проводилась после операции, во избежание большой кровопотери.

Также все больные были распределены по местам проживания (области), что нашло своё отражение на диаграмме 2.2.

В процентном соотношении это выглядит следующим образом. Как видно из данной таблицы на первом месте располагается Кашкадарьинская область 17 больных (44,7%), на втором месте Сурхандарьинской и Навоинской области по 8 больных (21,1%), на третьем месте Джизакская область 3 больных (7,9%), на 4 месте Хорезмской и Самаркандской области по один больных (2,6%).

В наших наблюдениях у больных с ЮАОЧ, четко прослеживается связь развития опухолей в зависимости от места проживания больных.

Диаграмма 2.2. Распределение больных по месту жительства (n = 38)



На лечении в клинике СамМИ находилось 38 больных ЮАОЧ. При детальном расспросе наших пациентов были обнаружены следующие подробности истории возникновения. Заболевание обычно проявлялось частыми носовыми кровотечениями, характер которых варьировал от незначительных кровянистых выделений до обильных кровотечений, приобретающих иногда угрожающий характер, а также заложенностью носа, иногда эти два симптома дополняли друг друга. В одних случаях носовые кровотечения были однократными, в других повторялись несколько раз в течение суток и возникали не только при малейшей травме или усиленном сморкании, но и спонтанно. Иногда больные жаловались на головные боли. Клиническое проявление ЮАОЧ зависит от места локализации опухолевого процесса. По стадии опухолевого процесса больные распределены следующим образом (количество, проценты), что нашло своё отражение в таблице 2.2.

Распределение жалоб пациентов согласно стадии опухолевого процесса

(n = 38)

Жалобы	Распространенность опухоли							
	I стадия		II стадия		III A и B стадия		Всего	
	N	%	N	%	n	%	n	%
Затруднение носового дыхания	4	10,5	6	15,8	10	26,3	20	52,6
Носовое кровоте- чение	3	7,8	2	5,2	5	13,1	10	26,3
Затруднение носового дыхания+носовое кровотечение	1	2,6	2	5,2	3	7,8	6	15,8
Экзофтальм	0	0	0	0	1	2,6	1	2,6
Головная боль	0	0	1	2,6	0	0	1	2,6

При анализе таблицы 2.2 видно, что преимущественным симптомом проявления наличия ЮАОЧ является затруднение носового дыхания у 20 больных, что составляет 52,6%. На втором месте, по частоте возникновения, является носовое кровотечение у 10 больных, что в свою очередь составляет 26,3%. На третьем месте идет сочетание симптомов, которое встречалось у 6

больных, что составляет 15,8%. В конце экзофтальм и головная боль по одной больных, что составляет 2,6%.

Ангиофибромы имели красно-розовый или красный цвет, гладкую или бугристую поверхность, фиброзную плотность.

ЮАОЧ, которые в той или иной степени распространялись в полость носа и придаточные пазухи, являющиеся вторичными доброкачественными опухолями, диагностированы у всех больных. Почти все эти пациенты были в возрасте младше 20 лет.

Некоторые пациенты жаловались на общую слабость, насморк, храп во время сна. Таким образом, в связи вышеизложенным, можно сделать заключение, что в наших наблюдениях опухоль поражала лиц больше мужского пола (33:5), нежели женского, чаще в возрастной группе от 7 до 20 лет.

Как видно из диаграммы 2.2, основной контингент больных проживал в Кашкадарьинской области (44,7%) Республики Узбекистан, что может свидетельствовать о наличии неблагоприятной экологической обстановки в данном регионе.

2.2 Методы обследования больных

В связи с тем, что в последнее время отмечается бурный рост числа онкологических заболеваний ЛОР - органов, необходимо повысить ценность своевременной и ранней диагностики заболеваний носоглотки, в последующем приводящих к развитию онкологических заболеваний. Для раннего выявления ЮАОЧ 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.

Всем больным, находящимся под нашим наблюдением, проведено клиническое обследование, которое включало: детальный расспрос, выявление жалоб, сбор анамнестических данных, осмотр, пальпацию носа и ППН,

переднюю и заднюю риноскопии, гистологическое исследование, лучевую диагностику (МРТ, МСКТ), оценку состояния внутренних органов.

При обследовании больных использовались следующие диагностические методы: общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, исследование крови на наличие гепатита В, С, определение группы крови, резус-фактора и свёртывающая способность крови, антропометрическое исследование.

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 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.

Как было отмечено выше, развитию доброкачественных опухолей 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.

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 лимфатических узлов, 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).

Общеклиническое исследование

Определение концентрации гемоглобина

Колориметрический метод (Гематиновый метод (метод Сали))

От прибавления к крови соляной кислоты гемоглобин превращается в хлоргемин (солянокислый гематин) коричневого цвета, интенсивность которого пропорциональна содержанию гемоглобина. Полученный раствор солянокислого гематина разводят водой до цвета стандарта, соответствующего известной концентрации гемоглобина. Определение проводят в упрощенном колориметре — гемометре Сали.

Определение количества эритроцитов в одном мкл крови **(Метод подсчета в счетной камере)**

Принцип метода. В строго определенном объеме камеры подсчитывают под микроскопом клеточные элементы, а затем производят пересчет полученного результата на 1 мкл крови. Кровь предварительно разводят с целью уменьшения числа клеток, подлежащих счету. Самым удобным и достаточно точным является способ разведения крови в пробирках. Применяемый широко ранее забор крови в смесители-меланжеры в настоящее время употребляется мало. Обычно пользуются камерой с двумя сетками Горяева, разграниченными глубокой поперечной канавкой. Сбоку от сеток находятся стеклянные прямоугольные пластинки, к которым притираются специальные шлифованные покровные стекла. Сетка Горяева состоит из 225 больших квадратов (15 x 15).

Перед заполнением камеру и шлифованное покровное стекло моют и высушивают. Покровное стекло притирают к камере так, чтобы появились радужные, ньютоновы кольца (только при этих условиях соблюдается правильный объем камеры). Каплю разведенной крови вносят пипеткой под притертое покровное стекло камеры. После заполнения камеру оставляют на 1—2 мин в покое для оседания форменных элементов, затем приступают к подсчету при малом увеличении микроскопа в затемненном поле зрения (прикрытой диафрагме и несколько опущенном конденсоре).

Определение количества тромбоцитов в одном мкл крови

(Метод подсчета в мазке крови)

В мазке крови подсчитывают количество тромбоцитов по отношению к 1000 эритроцитов. Зная абсолютное число эритроцитов в 1 мкл крови, вычисляют количество кровяных пластинок в 1 мкл крови. Для предотвращения агглютинации кровяных пластинок на место укола пальца наносят каплю 14% раствора сульфата магнезии. Выделившуюся каплю крови смешивают с магнезией и из смеси готовят мазки на предметных стеклах, которые окрашивают по Романовскому— Гимзе в течение 2—3 ч. Подсчет кровяных пластинок на 1000 эритроцитов производят под иммерсионной системой микроскопа с использованием сетчатого окуляра или вкладного окошка.

Определение свертываемости крови

(Определение скорости свертываемости крови)

Из всех методов определения спонтанного свертывания цельной крови самым удобным и простым является метод Сухарева: на предметное стекло наносят каплю крови, взятую из пальца или мочки уха, диаметром 4—6 мм и каждые 30 секунд в нее окунают тонкий стеклянный капилляр. Время свертывания определяют моментом появления первой фибриновой нити при вытягивании капилляра из капли. Нормальный показатель свертывания 5 мин.

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.

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 ангиофибромы в носоглотку. При

прорастании ангиофибромы в носоглотку определяли её цвет, консистенцию, размеры, пальцевое исследование опухоли не проводилось, во избежание кровотечения.

Рентгенография носа и ППН

Всем обследованным больным произведена рентгенография носа и ППН в прямой проекции. При необходимости снимки выполняли и в боковой, полуаксиальной, косой и других проекциях. Для дифференциальной диагностики опухолей верхнечелюстной пазухи от сосудистых опухолей полости носа.

Магнитно-резонансная томография

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. МР-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. 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 полости носоглотки и

близлежащие анатомические структуры. Мы проводили исследование на аппарате “SIEMENSESENZA 1,5 Тесла”, производство Германия (рис.2.1-2.2).

Мультиспиральная компьютерная томография

Еще более совершенным методом лучевой диагностики мягкотканых образований является МСКТ. У больного МСКТ исследование преследовало цель: 1) в предоперационном этапе уточнить локализацию и распространенность опухолевого процесса, планировать объем хирургического вмешательства и выбрать оптимальный доступ к опухоли; 2) в послеоперационном периоде определить полное удаление опухолей, а при их рецидиве уточнить локализацию.

МСКТ - является одним из наиболее информативных методов исследования ППН, в отличие от МРТ и или рентгенографии, позволяет детально визуализировать придаточные пазухи носа. Благодаря тонким срезам удается получить качественное изображение пазух носа, и этот метод исследования часто применяется ЛОР - врачами. МСКТ ППН часто назначается для диагностики воспалительных заболеваний пазух носа, но также проводится в рамках предоперационного обследования для хирургического вмешательства на пазухах. Кроме того, МСКТ позволяет диагностировать опухоли ППН.

Преимущества: МСКТ является одним из самых безопасных методов диагностики заболеваний ППН.

МСКТ является наиболее надежным методом определения наличия блокировки пазух. Это лучший метод визуализации синусита. МСКТ ППН в настоящее время доступна и выполняется в относительно короткое время, особенно по сравнению с МРТ.

МСКТ безболезненный, неинвазивный и точный метод диагностики.

Основным преимуществом МСКТ является его способность получать изображения костей, мягких тканей и кровеносных сосудов, все в одно и то же время.

В отличие от обычного рентгена или МРТ, МСКТ обеспечивает очень

детализированное изображение тканей.

МСКТ исследование выполняется быстро и просто, а в экстренных случаях этот метод исследования позволяет быстро диагностировать наличие кровотечения, что позволяет оказать пациенту необходимую медицинскую помощь.

МСКТ менее чувствительна к движениям пациента, чем МРТ.

МСКТ может быть выполнено, если у пациента есть имплантированные медицинские устройства, в отличие от МРТ.

МСКТ позволяет получать изображения в реальном времени, что делает его хорошим инструментом для контролируемого выполнения минимально инвазивных процедур.

Мы проводили исследования на аппарате <<SIEMENS SOMATOM SMAIL>> Аппарат универсален, рассчитан на исследования любого участка тела.

Риски: Всегда существует небольшая вероятность онкологических заболеваний от чрезмерного воздействия рентгеновского излучения. Тем не менее, интересы точной диагностики значительно перевешивает риски (рис.2.3-2.4).

Женщины всегда должны информировать своего лечащего врача и рентген- лаборанта о том, есть или у них беременность. МСКТ противопоказано для беременных и проводится только по жизненным показаниям. Кормящие матери должны избегать кормления грудью в течение 24 часов после введения контрастного материала. Существует определенный риск серьезной аллергической реакции на контрастные вещества с содержанием йода и, поэтому, при проведении исследований с контрастом рентгенологическое отделение должно располагать всем необходимым для борьбы с такими осложнениями.

Фиброскопия

В тех случаях, когда опухоль располагалась в задних отделах полости носа, для их визуальная оценка традиционными методами представляет определенные трудности. У 10 больных с этой целью, а также для биопсии мы использовали

фиброэндоскопию. Эндоскопическое исследование проводили риноларингофиброскопом «SMOIFXH-2» под местной анестезией 10% раствором лидокаина двумя способами: через полость носа и через полость рта. Все больные перенесли процедуры хорошо. Необходимо отметить простоту этого исследования, большую разрешающую способность оптики, возможность документирования результатов. Этот метод мы использовали также при контрольных осмотрах после проведенных операции, что позволяло лучше рассмотреть участки, недоступные для осмотра невооруженным глазом («слепая зона»), а при наличии рецидива опухоли – диагностировать его на самых ранних стадиях (рис.2.5).

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 обезвоживался 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 гематоксилини - 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 вод

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. Если ядра имели слабый фиолетовый цвет и в них не удавалось отчетливо видеть какие-либо структуры, то мы увеличивали время окраски. Когда ядра настолько сильно закрашивались, что выглядели почти черными (красноватый оттенок сохраняется), внутриядерные структуры были видны нечетко, а цитоплазма клеток имела красновато-фиолетовую окраску, мы уменьшали время окраски.

Если гематоксилин окрашивал срезы очень быстро и даже при кратковременной обработке ядра резко перекрашивались, мы применяли метод окраски с последующим ее ослаблением. С этой целью срезы красили несколько больше, чем нужно для получения нормальной окраски, т. е. заведомо перекрашивали. 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 зависела от самого объекта, фиксации и т. д., поэтому следует в каждом отдельном случае определить продолжительность окраски на нескольких срезах. При удачной окраске срез имел равномерный желтовато - розовый цвет. В результате промывания срезов в водопроводной воде цвет ядер становился интенсивно синим.

Описанная двойная окраска гематоксилином – эозином Эрлиха является наиболее распространенным методом окрашивания ядер и фона цитоплазмы и различных неклеточных структур. Существует много других ядерных и фоновых красок, которые в сочетании дают принципиально те же результаты (рис.2.6).

Глава III

ХАРАКТЕРИСТИКА СОБСТВЕННЫХ НАБЛЮДЕНИЙ

Оптимизация диагностика и лечения больных с ЮАОЧ

Эффективность диагностики и лечения больных ЮАОЧ 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. В связи с этим в собственном исследовании предложен алгоритм ведения-пациентов с ЮАОЧ в до - и послеоперационном периодах.

Алгоритм диагностики и лечения больных с юношеской ангиофибромой основания черепа.

Разработанный алгоритм включает три основных этапа:

Первый этап включает тщательный сбор анамнеза (необходимо обращать внимание на наличие носовых кровотечений у юношей в пубертатном периоде), подробный оториноларингологический осмотр (Фиброскопия полости носа, пальцевое исследование носоглотки, задняя риноскопия). При наличии новообразования в полости носа и носоглотке обязательное проведение гистологического исследования биопсийного материала. Выполнение R- графия носа и ППН, МРТ и МСКТ исследование.

При подтверждении диагноза ЮАОЧ, больной проходит предоперационную подготовку. Если диагноз не подтвержден - проводится повторная дифференциальная диагностика.

Второй этап определяется метод оперативного вмешательства, учитывая данные фиброскопии- полости носа, МРТ и МСКТ и стадия опухолевого процесса по U. Fisch. Больные с небольшими и средними (I и II стадии), опухолями могут быть прооперированы эндоназально и эндоорально.

Опухоли со средним размером (II стадия) могут быть удалены эндоорально и эндоназально. Больные с большими опухолями (IIIА, IIIВ, IVА и IVВ стадии) операция производилось по методу В.С.Погосову и соав. в нашей модификации.

Итак:

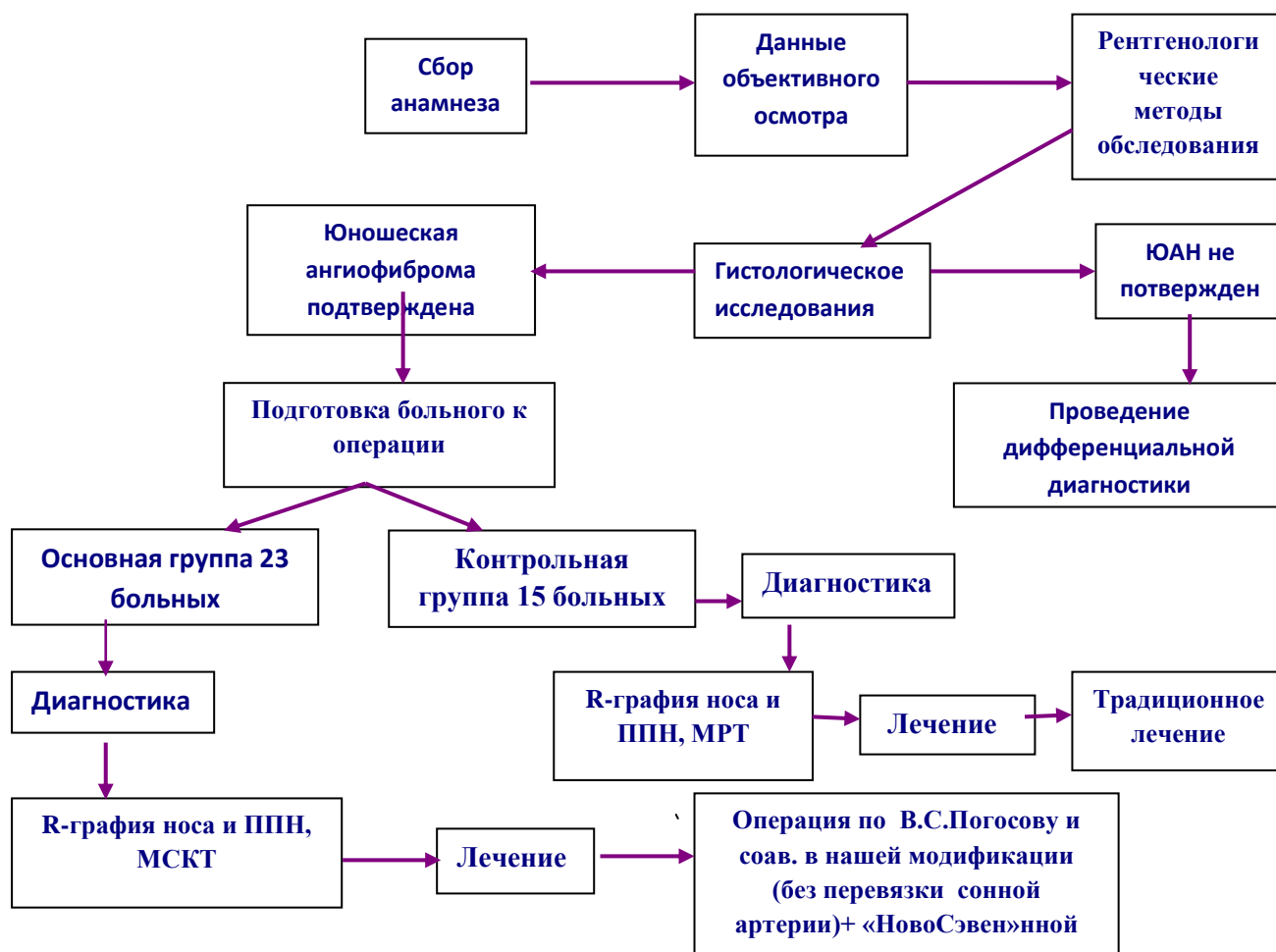
I—II - стадии – эндооральный подход:

II стадия - наружный доступ операция по Денкеру, По Денкеру и Колдуэл-Люк.

ШВ — IVA и IVB стадии — доступ по В.С, Погосову и соав. в нашей модификации.

Третий этап включает послеоперационное ведение пациента, назначение антибактериальной, симптоматической и местной терапии. Предусмотрено удаление тампонов на 2-3 сутки, снятие швов. Обязательным является гистологическое исследование макропрепарата добытого во время операции. После выписки больного назначается МРТ или МСКТ ОНП через 6 и 12 месяцев.

Блок Схема:



3.1. Клинические данные больных ЮАОЧ

Ранним признаком поражения носоглотки обычно проявлялось заложенностью носа и частыми носовыми кровотечениями, характер которых варьировал от незначительных кровянистых выделений до обильных кровотечений, приобретающих иногда угрожающий характер.

Таблица 3.1

Распределение больных в зависимости от появления первых симптомов заболевания (n=38)

Продолжительность в месяцах	Число больных	
	N	%
От 3 до 6 мес	1	2,6
От 6 до 9 мес	2	5,3
От 9 до 12 мес	8	21
Свыше 12 мес	27	71
Всего	38	100

Изучение анамнеза показало, что жалобы больных ЮАОЧ разнообразны, но становятся отчетливыми сравнительно поздно, а поэтому и время от момента появления первых симптомов до момента обращения к врачу более продолжительное. Длительность анамнеза заболевания больных ЮАОЧ пред-

ставлена в таблице 3.1. У большинства обследованных больных (27 наблюдений из 38) с ЮАОЧ, были диагностированы спустя 12 мес и более от момента появления первых симптомов. У 8 больных с ЮАОЧ были обнаружены спустя 9 – 12 мес. У 2 больных с ЮАОЧ были обнаружены спустя 6–9 мес. У 1 больных с ЮАОЧ были обнаружены спустя 3-6 мес обнаружены.

В качестве иллюстрации приводим одно из наших наблюдений.

Больной. Мукимов С. 17 лет и.б. №1100/82, поступил в ЛОР-клинику 23 января 2013 г. с диагнозом: новообразование полости носа с распространением в придаточные пазухи.

Жалобы при поступлении на отсутствие носового дыхания, обоняния, скуровичные выделения из носа, болезненность в области правой щеки, выпячивание правого глаза, периодические головные боли.

Болен в течение года, когда появилось затруднение носового дыхания, слизистые выделения из носа, снижение обоняния. Эти явления постепенно нарастали. В течение года потерял в весе 5 кг. В анамнезе травму отрицает.

Риноскопия - форма наружного носа не изменена, слизистая оболочка бледно-розовая, пастозная, носовая перегородка умеренно искривлена вправо, в задних отделах полости носа с двух сторон определяется новообразование, бледно-розового цвета, с гладкой поверхностью, фиброзно-эластичной консистенции. Носоглотка - свод носоглотки занят подобным образованием. Имеется экзофтальм правого глаза кверху, кпереди и кнаружи. Резкая болезненность при пальпации и перкуссии области правой верхнечелюстной пазухи. Заключение МСКТ: признаки объемного образования решетчатой кости, правой гайморовой пазухи и носовых ходов. Гайморита справа и фронтит.

Деструктивных костных изменений не выявлено. Форма и размеры турецкого седла соответствуют полу и возрасту. 18 сентября 2012 г. под наркозом произведена операция удаление опухоли с доступом по методу В.С. Погосова и соав. в нашей модификации. На операции отмечено разрушение передней и медиальной стенок правой верхнечелюстной пазухи, которая полностью

обтурирована новообразованием, нижней стенки глазницы и передней стенки основной пазухи. Опухоль серого цвета, с гладкой поверхностью, фиброзной плотности, занимала задние отделы полости носа с обеих сторон (больше справа), правую верхнечелюстную пазуху, клетки решетчатого лабиринта, нижние отделы орбиты справа, часть основной пазухи и носоглотку. Опухоль удалена в пределах здоровых тканей. Размеры опухоли - 7,0x5,0x4,0 см. Гистологическое исследование № 2464/85 от 21 января 2013г.- ЮАОЧ. При контрольном осмотре через 7 мес. и 1,5 года данных за рецидив опухоли нет.

3.2 Диагностика больных с ЮАОЧ

В настоящее время не вызывает сомнения необходимость комплексной диагностики доброкачественных опухолей полости носа и ППН. 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 ЮАОЧ 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.

МРТ и МСКТ, выполненные у 15 и 20 пациентов соответственно, оказались наиболее информативными диагностическими методами исследования

доброкачественных опухолей носа и придаточных пазух независимо от их гистологической структуры и стадии развития. У 3 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 МСКТ была выше чем при МРТ. В таких случаях мы выбираем МСКТ как метод «золотого стандарта».

Результаты МРТ сравнивали с данными клинического обследования, операционными находками, верифицированными гистологическим исследованием. Данные МРТ полностью совпали с операционными находками у 12 из 15 обследованных больных, то есть диагностическая точность метода составила 80%.

Данные МСКТ полностью совпали с операционными находками. В 3 случаях имела место расхождение диагнозов, так как при компьютерной томографии не удалось от дифференцировать опухолевую ткань от вторичного (полипозного) воспалительного процесса.

Проанализировав наши наблюдения, мы пришли к заключению, что метод МСКТ обладает рядом преимуществ перед МРТ. Мы считаем целесообразным использовать в диагностике ЮАОЧ и дифференциальной диагностике доброкачественных и злокачественных опухолей данной области не какой-то один метод исследования, а комплекс методов, что повышает информативность как каждого из них в отдельности, так и всех в целом.

Если после клинико-рентгенологического обследования диагноз остается неясным, мы рекомендуем наряду с клиническим и рентгенологическим исследованиями использовать и гистологическое исследование опухолевого материала, взятого поверхностно, которая с достаточной степенью точности позволяет судить о характере сосудистого опухолевого процесса.

При подозрении на наличие распространенного опухолевого процесса, когда опухоль носоглотки распространяется в ту или иную околоносовую

пазуху и особенно в полость черепа, клинико-рентгенологическое обследование мы рекомендуем дополнять МРТ или МСКТ.

У одного больного мы наблюдали ангиофибромы носоглотки. Опухоль располагалась в полости носа и исходила из клеток решетчатого лабиринта.

В качестве иллюстрации приводим одно из наших наблюдений.

Больной А. 13 лет, и.б. №5706/370, поступил в клинику 29.04.2015 г. с жалобами на частые носовые кровотечения из левой половины носа, затрудненное носовое дыхание левой половиной носа, головные боли и деформация наружного носа. Болен в течение 3 месяцев. Травму отрицает. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. При осмотре ЛОР-органов было отмечено выбухание левого ската носа, при передней риноскопии левая половина носа полностью обтурирована округлым бугристым образованием бледно-розового цвета, которое при дотрагивании кровоточило (рис. 3.1). Другие ЛОР органы без патологии. На МСКТ носа и ППН выявили объемное образование, неоднородной структуры, размерами 7,2x3,2x4,3см, с ростом в левую гайморовую пазуху, левую половину носа, с деструкцией нижней стенки основной пазухи, образование сливается с выраженной гиперплазией слизистой носа. Заключение: МСКТ - признаки объемного образования носоглотки, ростом в левую гайморову пазуху, левую половину носа, с деструкцией нижней стенки основной пазухи, задней стенки левой гайморовой пазухи, левых носовых раковин. Гиперпластический полисинусит.

Решено провести лечение в два этапа. На первом этапе введение препарата «НовоСэвен», на втором хирургическое удаление опухоли по методу В.С.Погосову и соав. в нашей модификации.

После введения препарата «НовоСэвен» риск кровотечения во время и после операции уменьшатся. Через 2 дней опухоль была удалена. Во время хирургического вмешательства кровотечения не наблюдалось. Результат гистологического исследования—ангиофиброма носоглотки (рис 3.2-3.3-3.4).

В таблице 3.2 приводятся данные о диагностической ценности различных методов диагностики ЮАОЧ.

Диагностическая ценность некоторых методов исследования ЮАОЧ

Метод диагностики	Диагностическая ценность
Оценка жалоб больных	+
Анализ истории развития заболевания	+
Передняя и задняя риноскопия	++
Эндофиброскопия носоглотки	+++
МРТ- носа и придаточных пазух носа	+
МСКТ носа и придаточных пазух носа	+++
Обзорная рентгенография носа и придаточных пазух в прямой проекции	+
Гистологическое исследование	+++

*Примечание. Диагностическая ценность: +++ высокая; ++ средняя; +
низкая;*

Информативная ценность использованных методов диагностики зависела от стадии распространения опухоли. В первую очередь она зависела от локализации и гистологической структуры опухоли. Наиболее информативными независимо от стадии и гистологической структуры были передняя и задняя риноскопия, эндофиброскопия. Обращает на внимание также высокая диагностическая ценность расспроса больных, изучение жалоб, анализ истории развития заболевания и гистологического исследования в определении стадии развития опухоли (таблица 3.3).

Информативная ценность различных методов диагностики

ЮАОЧ с учетом стадии их распространения

Метод диагностики	Стадия распространения			
	I	II	III	IV
Оценка жалоб больных	+	++	++	++
Анализ истории развития заболевания	+	+	++	++
Передняя и задняя риноскопия	+	++	++	++
Эндофиброскопия полости носа	+++	+++	+++	+++
Обзорная рентгенография носа и придаточных пазух носа	+	+	++	++
МРТ- носа, ее придаточных пазухи	++	++	+++	+++
МСКТ-носа и придаточных пазух носа	+++	+++	+++	+++

Примечание. Диагностическая ценность: +++ высокая; ++ средняя; + низкая;

Мы считаем целесообразным использовать в диагностике ЮАОЧ и дифференциальной диагностике не какой-то один метод исследования, а комплекс методов, что повышает информативность как каждого из них в отдельности, так и всех в целом.

При подозрении на наличие распространенного опухолевого процесса, когда ангиофиброма распространяется в ППН, носоглотке и особенно в полость

черепа, клинико–рентгенологическое обследование мы рекомендуем дополнять МРТ или МСКТ.

При подозрении на рецидив опухоли целесообразно использовать эндоскопическое исследование в сочетании с МРТ или МСКТ.

Комплексный подход к обследованию больных позволяет получить полную информацию о локализации, конфигурации, размерах, распространенности и характере опухоли и правильно планировать лечение, выбрать оптимальный доступ к опухоли и объем хирургического вмешательства.

Анализ наших наблюдений показал, что ЮАОЧ независимо от ширины и гистологического строения представляют собой доброкачественные новообразования с характерным медленным ограниченным ростом. Они доступны осмотру, расположены поверхностно, часто кровоточат, что является причиной обращения к врачу.

3.3.Предоперационная подготовка больных

Основным методом лечения больных с ЮАОЧ является хирургический. Удаление этих образований всегда связано с опасностью возникновения угрожающего жизни больного кровотечения. Поэтому к каждой такой операции необходимо тщательно готовиться. В контрольной группе в зависимости от локализации опухолевого процесса и степени его распространенности на соседние анатомические структуры удаление опухолей проводили по следующим методам: эндоназальное удаление, удаление опухоли по Денкеру, по методу В.С.Погосову и соав. по показаниям. В основной группе больным по удалению опухолей проводили операция по методу В.С. Погосову и соав. в нашей модификации (рис.3.5) и ввели до- и послеоперационном периоде препарат «НовоСэвен» (рис 3.6) в/в с целью уменьшить кровотечения.

«НОВОСЭВЕН»

НовоСэвен – гемостатический препарат. «Ново-Сэвен» обладает местным и системным гемостатическим действием при кровотечениях, а также противовоспалительным, противоаллергическим, противоинфекционным и противоопухолевым действиями за счет подавления образования кининов и других активных пептидов, участвующих в аллергических и воспалительных реакциях.

Фармакологическое действие НовоСэвена

Рекомбинантный фактор свертывания крови VIIa, массой равной примерно 50000 дальтон, получаемый методом генной инженерии из клеток почек хомячков. Механизм действия продукта заключается в связывании фактора VIIa с высвободившимся тканевым фактором. Образовавшийся комплекс активирует фактор IX с образованием активного фактора IXa и фактор X с образованием активного фактора Xa, что приводит к первичному превращению небольшого количества протромбина в тромбин. Тромбин активирует тромбоциты и факторы V и VIII в зоне повреждения и путем превращения фибриногена в фибрин обеспечивает образование гемостатической пробки.

В терапевтических дозах продукт НовоСэвен напрямую, независимо от тканевого фактора, активирует фактор X на поверхности активированных тромбоцитов, локализованных в зоне повреждения. Это приводит к образованию из протромбина тромбина в большом количестве независимо от тканевого фактора. Таким образом, фармакодинамический эффект фактора VIIa заключается в усиленном местном образовании фактора Xa, тромбина и фибрина.

Теоретически нельзя полностью исключить риск системной активации свертывания крови у больных, страдающих заболеваниями, предрасполагающими к развитию ДВС-синдрома.

Форма выпуска

Лиофилизат для приготовления раствора для внутривенного введения 1.2 мг 60 КЕД; флакон (флакончик) с растворителем: вода для инъекций (флаконы)

2 мл, стерильным адаптером для флакона, иглой стерильной, шприцем стерильным одноразовым, системой для переливания стерильной, тампонами спиртовыми-2шт., пачка картонная 1;

лиофилизат для приготовления раствора для внутривенного введения 2.4 мг 120 КЕД; флакон (флакончик) с растворителем: вода для инъекций (флаконы) 2 мл, стерильным адаптером для флакона, иглой стерильной, шприцем стерильным одноразовым, системой для переливания стерильной, тампонами спиртовыми-2 шт., пачка картонная 1;

лиофилизат для приготовления раствора для внутривенного введения 4.8 мг 240 КЕД; флакон (флакончик) с растворителем: вода для инъекций (флаконы) 2 мл, стерильным адаптером для флакона, иглой стерильной, шприцем стерильным одноразовым, системой для переливания стерильной, тампонами спиртовыми-2 шт., пачка картонная 1;

лиофилизат для приготовления раствора для внутривенного введения 2 мг 100 КЕД; флакон (флакончик) с растворителем во флаконах, пачка картонная 1;

лиофилизат для приготовления раствора для внутривенного введения 1 мг 50 КЕД; флакон (флакончик) с растворителем во флаконах, пачка картонная 1;

лиофилизат для приготовления раствора для внутривенного введения 5 мг 250 КЕД; флакон (флакончик) с растворителем во флаконах, пачка картонная 1;

3.4. Лечение больных ЮАОЧ

Вопросу лечения больных ЮАОЧ в литературе уделено, казалось бы, достаточно внимания. Однако этот вопрос нуждается в более широком обсуждении по следующим причинам. Во-первых, ангиофиброма свойственно прорастание в соседние органы и ткани, что приводит к нарушению функции пораженного органа. Во-вторых, ангиофибромы склонны к профузным кровотечениям, принимающим иногда угрожающий характер.

В клинике применяли два вида хирургического вмешательства:

1) удаление опухоли по методу В.С.Погосову и соав. в нашей модификации (без перевязки сонной артерии)

2) удаление опухоли по методу В.С.Погосову и соав. (с перевязки сонной артерии).

Как видно из вышеизложенного, при лечении ЮАОЧ больные разделены на 2 группы (основную и контрольную). Больным контрольной группы, в количестве 15 человек мы применяли традиционные методы лечения, а именно хирургическое удаление новообразования различными способами, в зависимости от локализации и размера последней. Больным основной группы, в количестве 13 человек производились операции по методу В.С. Погосову и соав. в нашей модификации (без перевязки сонной артерии).

Таблица 3.4

**Виды лечебного воздействия, применяемые больным ЮАОЧ
(основная группа n = 23)**

Распространенность Опухоли	Виды хирургического вмешательства				Всего
	Доступ по В.С. Погосову и соав в нашей модифи Кации	Доступ по Денкеру	Эндо-оральное удаление опухоли	Доступ по Денкеру и Колдуэл-Люк	
I стадия	-	-	3(13%)	-	3(13%)
II стадия	-	5(21,8%)		2(2,87%)	7(30,4%)
III A и B стадия	13(56,5%)	-	-	-	13(56,5%)
Всего	13(56,5%)	5(21,8%)	3(12%)	2(8,7%)	23(100%)

При выборе метода лечения больных ЮАОЧ учитывали возраст больного, клиническое течение опухоли, обусловленное исходной локализацией, размерами и типом роста новообразования, а так же степенью его распространения.

Так, хирургическое удаление ангиофибром по методу В.С.Погосова и соав в нашей модификации (без перевязки сонной артерии) применили у 13 больным с ангиофибромами носоглотки и ввели до- и послеоперационном периоде препарат «НовоСэвен» в/в с целью уменьшить кровотечения.

Как видно из таблицы 3.4, хирургическое удаление по методу В.С.Погосову и соав. в нашей модификации выполнено 13 (56,5%) больным из 23 лечившихся по поводу ангиофибромы носоглотки, причем, у всех больных опухоль ранее не удаляли. При ангиофибромах I, II стадии (5:2 из 23 больных), ограничивающее носовой полостью и носоглоткой производили по методу Денкеру и по Методу Денкеру+ Колдуэт Люк. У 3 больных (13%) ангиофибромы удалены эндооральном путем.

Также 15 больным применили оперативное вмешательство, которое вошли в контрольную группу (таблица 3.5). Как видно из таблицы 3.5, хирургическое удаление по методу В.С.Погосова и соав. (с перевязки сонной артерии) выполнено 8 (53,3%) больным из 15 лечившихся по поводу ангиофибромы носоглотки, причем, у всех больных опухоль ранее не удаляли. При ангиофибромах I, II стадии (3:3 из 15 больных), ограничивающее носовой полостью и носоглоткой производили операция по методу Денкеру и Денкер +Колдуэл-Люк. У одного больного (6,7%) ангиофибромы удалены эндооральном путем. Экстраназальное удаление ангиофибром носоглотки у больных производили в тех случаях, когда ангиофиброма достигала больших размеров, обтурируя пораженную полости носоглотки и прорастала в околоносовые пазухи.

Операция состоит в широком вскрытии передней стенки верхнечелюстной пазухи, резекции её медиальной стенки вместе с соответствующим краем грушевидного отверстия.

Виды лечебного воздействия, применяемые больным ЮАОЧ (контрольная группа n = 15)

Распространенность Опухоли	Виды хирургического вмешательства				Всего
	Доступ по В.С. Погосову и соав	Доступ по Денкеру	Эндо-оральное удаление опухоли	Доступ по Денкеру и Колдуэл-Люк	
I стадия	-	-	1(6,7%)	-	1(6,7%)
II стадия	-	3(20%)		3(20%)	6(40%)
III A и B стадия	8(53,3%)	-	-	-	8(53,3%)
Всего	8(53,3%)	3(20%)	1(6,7%)	3(20%)	15(100%)

В клинике доступ к опухоли по способу Денкера применяли 8 больных. Операцию начинали с разреза слизистой оболочки в области переходной складки верхней губы от 2-3го моляра и пересекая уздечку, продолжается на 2см. 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. После удаления опухоли операционную

полость туго тампонируют тампоном, пропитанным 10% мазью Синтомицина. Конец тампона выводят наружу через соответствующую половину носа. Рану слизистой оболочки вдоль переходной складки верхней губы ушивают кетгутом. На линию шва наносят тонкий слой раствора йода и накладывают давящую повязку. Тампон удаляют через 2-3 дня.

3.5. Лечение больных ЮАОЧ оперативным вмешательством (контрольная группа)

При распространении опухоли в решетчатый лабиринт, пазухи основной кости применяют доступ по методу В.С. Погосова и соав. Восемью больным с ЮАОЧ применили оперативное вмешательство по методу В.С. Погосова и соав (с перевязки сонной артерии). Проводим методику операции. Операцию было проведено в двух этапах.

I этап: Перевязка правой наружной сонной артерии. Положение больного на столе – под плечи подкладывается валик, голова запрокидывается назад и поворачивается в противоположную сторону. После дачи местной анестезии Sol. Novokaini 2%-10,0 в области шеи справа проводят разрез длиной 7-8 см по переднему краю грудино-ключично-сосковой мышцы (*m. sternocleidomastoideus*), начиная от уровня угла нижней челюсти. Рассекаются кожа, подкожная клетчатка, платизма. Наружная яремная вена (*v. jugularis externa*) отодвигается в сторону. После рассечения влагалища обнажается передний край грудино-ключично-сосковой мышцы, тупым путем отслаивают кнаружи. Вскрывают заднюю стенку влагалища мышцы, лучше по зонду, и обнажают сосудисто-нервный пучок. Общая лицевая вена выделяется и оттягивается вверх. На уровне верхнего края щитовидной артерии.

II этап: Удаление опухоли носоглотки В.С. Погосову, который кожный разрез начинается от бровной дуги, спускается вниз вдоль носощечной борозды и заканчивается над губой. Мягкие ткани отслаивали вместе с надкостницей в области лицевой поверхности верхней челюсти, ее лобного отростка, носовых и слезных косточек, после чего нос отворачивали 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 пластинка решетчатой кости, что дает широкий доступ к клеткам решетчатого лабиринта и глубоким отделам полости носа. После удаления опухоли, полость тампонируют по Микуличу и кончики тампона выводят через полость носа. Рану зашивают наглухо. Эти операции в клинике предпочитали делать под эндотрахеальным наркозом. Помимо удобств, связанных с исключением психики больного, интубационный наркоз при вмешательствах в полости носа и верхней челюсти исключает возможность аспирации крови. Удаление ангиофибром больших размеров с прорастанием в верхнечелюстную пазуху, разрушением костных стенок обычно сопровождалось значительной кровопотерей, что затрудняло радикальность удаления опухоли. Приводим одно из наших наблюдений.

Рассмотрим на примере из контрольной группы.

Больной Ж, 12 лет, № и/б 12808/923, поступил в ЛОР-отделение клиники СамМИ 14.10.2010 г. с жалобами на затруднение носового дыхания, частые кровянистые выделения из носа, головную боль и общее недомогание. Из анамнеза: со слов матери ребенок болеет в течение 1,5 года, заболевание связывают с частыми простудами, но нигде не лечились.

Риноскопия: Слизистая оболочка полости носа бледно-розовая. В правом носовом ходе имеется образование. Бледно-розового цвета, гладкой поверхности, мягко-эластичной консистенции, в носовой полости имеется слизистое выделение. Дыхание через нос затруднено. В носоглотке определяется опухоль на широком основании.

Со стороны других ЛОР - органов патологий не выявлено.

На MRT – признаки небольшого объемного образования носоглотки с ростом в основную пазуху с деструкцией ее нижней стенки справа. Пристеночный этмоидит. После полного клинико-лабораторного обследования было решено произвести операцию по методу В.С.Погосова и соав.

14 октября 2010г. под наркозом произведена операция удаление опухоли по методу В.С. Погосову и соав. (рис.3.7).

После дачи больному общего эндотрахеального наркоза, образование удалено тотально, с последующей тампонадой послеоперационной полости (рис.3.8).

Гистологическое заключение № 12808 923: Ангиофиброма носоглотки. Осмотр через один год рецидива опухоли не выявил.

3.6.Лечение больных ЮАОЧ по методу В.С.Погосова и соав. в нашей модификации (основная группа)

Тринадцать больным с ЮАОЧ применили оперативное вмешательство по методу В.С.Погосова и соав. в нашей модификации (без перевязки сонной артерии). Проводим методику операции. Операцию было проведено в одном этапе, которое кожный разрез мягких тканей, включая надкостницу, идущий от бровной дуги, спускается вниз вдоль носощечной борозды и заканчивается над губой (по В.С.Погосову и соав в нашей модификации). Мягкие ткани отслаивали вместе с надкостницей в области лицевой поверхности верхней челюсти, ее лобного отростка, носовых и слезных косточек, после чего нос отворачивали в одну сторону, мягкие ткани щеки в другой. Обнажение поверхности костей лица в пределах операционного поля. Распатором отделяют мягкие ткани вместе с надкостницей, после чего крыло носа и щечно-губной лоскут смещают в сторону и удерживают острыми крючками. При этом обнажают поверхность лицевой части верхней челюсти, ее лобного отростка, носовой и слезной костей, глазничной пластинки решетчатой кости и нижней стенки лобной пазухи. Резекция отдельных костей лица. При помощи долота и костных щипцов удаляют лобный отросток верхней челюсти, верхнюю часть носовой кости с сохранением края грушевидного отверстия (для опоры скелета носа), часть слезной кости и глазничной пластинки решетчатой части кости, задний край сошника, переднюю (щадя по возможности нижнеглазничной

нерв), медиальную и заднюю стенки верхнечелюстной пазухи, а также нижнюю носовую стенки верхнечелюстной пазухи, а также нижнюю носовую раковину. Удаление костных тканей производят почти до границы нижнего и внутреннего краев глазницы. Экстирпация новообразования. Этот этап выполняют как можно быстрее, ибо при этом нередко отмечается значительное кровотечение. Опухоль через образованную полость отделяют элеватором или частично пальцем, далее со стороны носовой части глотки ее приподнимают указательным пальцем, введя его туда через рот, и извлекают прямыми окончатными щипцами. Заключительный, после удаления ангиофибром с целью гемостаза операционную полость временно тампонируют марлевыми салфетками. Удалив последние, производят ревизию операционной полости. Остатки опухолевого отростка, которые иногда могут находиться в клиновидных пазухах, выскабливают хирургической ложкой. При этом внутричерепное распространение новообразования должно быть исключено. По окончании вмешательства операционную полость туго тампонируют по Микуличу, а конец тампонов выводят через нос. Рану в области лица ушивают узловыми швами. На линию шва наносят тонкий слой 1% раствора бриллиантовой зелени и накладывают давящую асептическую повязку. Тампоны полностью извлекают на 2—3-й день после операции.

Эти операции в клинике предпочитали делать под эндотрахеальным наркозом. Помимо удобств, связанных с исключением психики больного, интубационный наркоз при вмешательствах в полости носа и верхней челюсти исключает возможность аспирации крови. Удаление ангиофибром больших размеров с прорастанием в верхнечелюстную пазуху, разрушением костных стенок обычно сопровождалось значительной кровопотерей с целью остановки крови мы до- и послеоперационном периоде в/в ввели препарат «НовоСэвен». Приводим одно из наших наблюдений.

Больной Ш, 18 лет, и/б № 659/59 поступил в клинику с жалобами на кровотечение из носа, затрудненное носовое дыхание, общее недомогания. Из

анамнеза болеет в течении 3-4 года. Свою болезнь связывает с простудой. Около одного недели отмечалось периодическое головные боли. По поводу заболевания лечился по месту жительства с 12.01.2015 по 14.01.2015 года. Там у больного было взято биопсия с опухоли, после чего было сильное кровотечение. Больному было сделано передняя и задняя тампонада. Было сделано МСКТ придаточных пазух носа и носоглотки. В МСКТ было выявлено признаки объемного образования носоглотки и основной пазухи с прорастанием решетчатую, клиновидную, гайморовую пазуху справа. Больной обратился в ЛОР отделение клиники СамМИ и после осмотра проф Лутфуллаев У.Л был госпитализирован. Общее состояние при поступлении средней тяжести, степень тяжести обусловлена кровопотерей. Кожные покровы бледные. Детские инфекции отрицает. Туберкулез и венерические заболевания отрицает. Аллергоанамнез не отягощен. Объективно: При передней риноскопии в полости носа имеется тампон. После удаления тампона (передняя и задняя) слизистая носа красная, отечная, нижняя носовая раковины увеличены, в общем носовом ходе имеется сгустки крови. При очистки крови в правом носовом ходе имеется образование бледно-розового цвета, мягко-эластичной консистенции, гладкой поверхности, размером 4x7, 5x5 см. Перегородка носа смещена влево. Носовое дыхание справа не проводится, слева затруднено. На задней риноскопии: в своде носоглотки имеется образование гладкой поверхности, размером 5x5, 4x7 см. Фиброскопия полости носа дополнительной информации не дала. Другие ЛОР-органы без патологии. На МСКТ ППН и носоглотки было выявлено признаки объемного образования основной пазухи с ростом в носоглотку. Хронический левосторонний мастоидит. На МСКТ в проекции основной пазухе и носоглотке определяется объемное образование размером 4,71x5,55x5,01 см, граница которой четкие и не ровные. Образование прорастает до нижней и средней хоаны решетчатый пазухи справа. В костях основания черепа (рис.3.10).

МСКТ ЗАКЛЮЧЕНИЕ: признаки объемного образования носоглотки и основной пазухи с прорастанием решетчатую, клиновидную, гайморовую пазуху справа.

На основании анамнеза (длительность заболевания), передней риноскопии, данных МСКТ пришли к выводу, что у больной имеется опухоль носоглотки справа, предположительно ангиофиброма, III стадии распространения.

Под эндотрахеальным наркозом выполнена удалено ангиофиброма носоглотки по методу В.С.Погосова и соав в нашей модификации (рис.3.11). Послеоперационный период гладкий (рис.3.12-3.13).

3.7. Результаты лечения.

Результаты лечения анализировали в зависимости от локализации опухоли, стадии ее распространения и вида лечебного воздействия.

Таблица 3.6

Результаты лечения в зависимости от стадии распространения опухоли (n=38)

Результаты лечения	Стадии			Всего
	I	II	III	
Без рецидива	2(5,3%)	5(13,2%)	13(34,2%)	20(52,6%)
Рецидив	-	1(2,6%)	1(2,6%)	2(5,2%)
Связь потеряна	2(5,3%)	7(18,4%)	7(18,4%)	16(42,1%)
Всего	4(10,6%)	13(34,2%)	21(55,3%)	38(100%)

На первом году после лечения признаки рецидива опухоли не отмечены. Из 38 больного, пролеченного по поводу ЮАОЧ рецидив наблюдалось только у контрольной группы. Прямая зависимость эффективности лечения от стадии распространения опухоли видна из таблицы 3.6.

Из 4 больных, поступивших в клинику в первой стадии заболевания, рецидива не возникло ни у одного пациента, связь потеряна с двумя. Во второй стадии заболевания из 13 больного рецидив наблюдалось у одного больного, 7 больным связь потеряна. При анализе результатов лечения больных в III стадии заболевания из 21 наблюдаемых после проведенного лечения в разные сроки рецидив возник у одного больного, у семи связь потеряна.

Таблица 3.7

Результаты лечения в зависимости от метода хирургического удаления.

(n = 38)

Результаты лечения	Методы лечения					Всего
	Операции по методу В.С.Погосова и соав. в нашей модификации	Операция по методу В.С.Погосова и соав.	Доступ по Денкеру	Доступ по Денкеру + Колдуэл-Лук	Эндооральное Удаление опухоли	
Без рецидива	8	5	3	2	2	20(52,7%)
Рецидив	-	1	1	-	-	2(5,3%)
Связь потеряна	5	2	4	3	2	16(42%)
Всего	13(34,2%)	8(21,1%)	8(21,1%)	5(13,1%)	4 (10,5 %)	38(100%)

Результаты анализа сведений таблицы 3.7 подтверждают суждение о том, что ангиофибромы подлежат лечению сразу после их выявления. В тех случаях, когда из-за других заболеваний возможен повышенный операционный риск, следует прибегать к другим методам лечения. Удаление опухоли по методу В.С. Погосову и соав. в нашей модификации (без перевязки сонной артерии) применен к 13 пациентам с ангиофибромой носоглотки, у всех из них рецидив не наблюдали (таблица 3.7). Удаление опухоли по В.С. Погосову (с перевязки сонной артерии) применен к 8 пациентам с ангиофибромой носоглотки, из них у 1-го пациента наблюдалось рецидив. Другие эндооральными, эндо - и эктраназальное методами пролечено 17 больной, из них у 1-го пациента наблюдали рецидив, связанный вероятнее всего с продолженным ростом опухоли. С 16 больными связь потеряна.

Как показали наблюдения, определяющими факторами, влияющими на прогноз ангиофибромы носоглотки, являются: локализация опухоли, характер ее роста и стадия распространения. Медленный рост опухоли, четкость границ, поверхностное расположение и ее смещаемость.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

ЮАОЧ является сравнительно редким заболеванием и относится к редко встречающимся опухолям головы и шеи, составляя 0,05%. Среди других доброкачественных новообразований носоглотки она наблюдается довольно часто в 53,6% случаев. ЮАОЧ представляет собой небольшую опухоль с гладкой и неровной поверхностью, красно-розового цвета, на широком основании.

Как правило, она исходит из слизистой оболочки желез переднего отдела носовой перегородки, дна полости носа и носовых раковин, растёт медленно [Nishizawa.S.Hiraide.F2005].

ЮАОЧ более крупная, растёт сравнительно быстро, обычно заполняет всю полость носа и ППН и распространяется даже, в полость черепа [Натансон.Л.Н.2000].

Она возникает из слизистой оболочки желез решетчатого лабиринта, реже из верхнечелюстных пазух. Они рецидивируют, но не метастазируют.

ЮАОЧ - своеобразная, гистологически доброкачественная опухоль, с большой потенцией роста и склонностью к рецидивам, но без образования метастазов. Эта опухоль не всегда имеют четкие границы, строма ее изъязвляется, а изъязвление ведет к профузным кровотечениям, часто повторяющимся и угрожающим жизни больного.

Несмотря на большую частоту встречаемости ЮАОЧ ранняя их симптоматика и ее динамика в зависимости от локализации новообразования в полости носа и ППН изучена недостаточно.

Не разработана классификация доброкачественных опухолей с учетом распространенности процесса, направления роста новообразования, не обобщены данные о диагностической ценности различных (в том числе и современных) методов диагностики и их комплексного использования.

Все вышеизложенное указывает на необходимость изучения особенностей течения, раннего выявления и лечения больных с данной патологией.

Однако для врачей оториноларингологов большое практическое значение имеет классификация определения стадийности опухолей, предложенная Fisch в модификации А. Andrews, которая дает возможность детализировать показания к хирургическим вмешательствам, более точно определять объем операции и сопоставлять результаты лечения с применением различных способов лечебного воздействия. На основании 38 клинических наблюдений мы пришли к заключению, что ЮАОЧ чаще встречается у лиц мужского пола, чем у лиц женского пола (соотношение 33:5). Средний возраст больных, у которых выявлена ангиофиброма составил от 7 до 20 лет, следовательно, преобладают лица юношеского возраста.

Среди обследованных нами больных ангиофиброма носоглотки прорастала у из носоглотки в полость носа 5 больных, что составило 13,1%, из носоглотки в полость носа, и гайморову пазуху – у 10 больных, что составило 26,3%, из носоглотки в полость носа, гайморову и решетчатую пазухи у 11 больных – 29% и наконец из носоглотки в полость носа, гайморову, решетчатую и основную пазухи у 12 больных, что составило 31,6%.

У 8 больных она выявлена случайно при профилактических осмотрах, а у 24 исследованных - при обращении к врачу по поводу этого заболевания. У 5 больных связывают появление опухоли с травмой, у одного с беременностью. Большинство больных поступили в клинику со второй стадией распространения ангиофибромы (17). Обширные диффузные поражения, IIIA - IIIB стадии распространения (21) встречались в случаях поздно начатого или нерационального лечения и занимая несколько отделов и нередко выходя за пределы органа.

Из 38 больных 31 - до поступления в нашу клинику нигде не лечились. При подозрении на сосудистое новообразование с целью ранней диагностики необходимо применять активную тактику тщательного комплексного обследования больного, предпочитая её выжидательной тактике пассивного наблюдения за больным. Всем больным, находящимся под нашим наблюдением, проведено полное клиническое обследование, которое включало

анамнез, осмотр, пальпацию, переднюю и заднюю риноскопию, фарингоскопию, ларингоскопию, отоскопию, фиброскопию. Кроме того, проводили клинико-лабораторное, рентгенологическое обследование, а также МРТ, МСКТ.

Изучение анамнеза показало, что жалобы больных ЮАОЧ разнообразны, но становятся отчетливыми сравнительно поздно, а поэтому и время от момента появления первых симптомов до момента обращения к врачу более продолжительное. У большинства обследованных больных (27 наблюдений из 38) с ЮАОЧ, были диагностированы спустя 12 мес и более от момента появления первых симптомов. У 8 больных с ЮАОЧ были обнаружены спустя 9 – 12 мес. У 2 больных с ЮАОЧ были обнаружены спустя 6–9 мес. У 1 больных с ЮАОЧ были обнаружены спустя 3-6 мес обнаружены.

При изучении данных анамнеза было установлено, что 20 из 38 больных с первоначально предъявляли жалобы на затруднение носового дыхания, 10 – Она носовое кровотечение из носа, 6 - на затруднение носового дыхания и носовое кровотечение, у 2 больных на головные боли.

Ко времени поступления больных в клинику характер симптомов у них несколько изменился. При нарастании проявления начальных симптомов 3 больных предъявляли жалобы на изменение формы носа, деформацию в области пораженной пазухи. Гистологический вид ангиофибромы не влияет на ее клиническое течение.

Лечение больных с ЮАОЧ отличается рядом особенностей, трудностей и высокой степенью риска. В свою очередь они зависят от распространенности (стадии) опухоли, от ее локализации и гистологической структуры. Основным методом лечения ЮАОЧ является хирургическим. Удаление ангиофибромы всегда связано с опасностью, угрожающего жизни больного кровотечения. Поэтому к каждой такой операции необходимо готовиться с особой тщательностью.

Результаты лечения анализировали в зависимости от исходной локализации опухоли, стадии распространенности, вида лечебного воздействия

и гистологической структуры новообразования. Только хирургическое лечение проведено в 38 наблюдениях, у 13 больных основной группы применили удаление ангиофибromы по методу В.С.Погосова и соав в нашей модификации (без перевязки сонной артерии) и ввели в/в препарат «НовоСэвен» до- и послеоперационном периоде. У 8 больных контрольной группы применили удаление ангиофибromы по методу В.С.Пагосова и соав (с перевязки сонной артерии). При небольших ангиофибромах I-II стадии опухоль удаляли по методу Денкера, по методу Денкера+Колдуэл-Лук и эндооральным путем (17 наблюдений). Несмотря на хорошие результаты метода удаления ангиофибromы по методу В.С.Погосову и соав в нашей модификации (без перевязки сонной артерии), чтобы уменьшить кровотечения мы использовали препарат «НовоСэвен». Проблема диагностика и лечения ЮАОЧ может считаться до настоящего времени полностью разрешенной.

Таким образом, наши наблюдения показали, что результаты диагностики лечения зависят от исходной локализации опухоли, стадии распространенности, вида диагностики, лечебного воздействия и гистологической структуры новообразования. Для повышения эффективности диагностики и лечения больных разработали методики введения препарата «НовоСэвен» и определили показания к его применению.

В заключение необходимо подчеркнуть, что разработка и внедрение в клиническую практику новых методов диагностики и хирургического лечения с ЮАОЧ позволяет повысить эффективность медицинской реабилитации больных и вернуть их к активной жизни.

ВЫВОДЫ

1. Фиброскопия, МРТ, МСКТ являются наиболее информативными методами диагностики при ЮАОЧ. Целенаправленное использование в диагностике ЮАОЧ всех доступных методов исследования повышает информативность как каждого из них в отдельности, так и всех в целом.
2. Объем хирургического вмешательства при ЮАОЧ должно проводиться дифференцировано с учетом стадии распространения опухоли. Трансмаксиллярный доступ по методу В.С. Погосову и соавт. в нашей модификации является оптимальным при удалении опухоли у больных с ЮАОЧ третьей стадии.
3. Предложенное комплексное лечение хирургического удаления ангиофибром модифицированным методом и препаратом «НовоСэвен» является эффективным, в связи с отсутствием кровотечения во время операции и послеоперационном периоде, сокращением времени заживлением раны, что сокращает сроки пребывания больного в стационаре.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Для более раннего выявления сосудистых новообразований и определения стадии распространения и характера роста опухоли необходимо комплексное обследование больных: сбор анамнеза, осмотр, пальпация, эндоскопические методы исследования, фиброскопия, ангиография, рентгенография, МРТ, МСКТ что позволяет более точно планировать оптимальный по объему и характеру вид лечебного воздействия: хирургическое вмешательство, медикаментозная терапия или их сочетание.
2. Метод лечения больных ЮАОЧ необходимо выбирать индивидуально в каждом конкретном случае. При распространении опухоли носоглотки на околоносовые пазухи, с разрушением костных стенок (ША- ШВ ст.) показано радикальное хирургическое лечение без перевязкой наружной сонной артерии. При наличии кровотечения во время хирургического лечения со стороны ЛОР-органов применяли препарат «НовоСэвен» до операции и послеоперационном периоде.
3. При юношеских ангиофибромах ША-ШВст. распространения, локализирующихся в носоглотки используется препарата «НовоСэвен», который вводится в/в, до операции 1 день и после операции 2 дня, для того чтобы уменьшить кровотечения из ангиофибромы.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абдулкеримов Х. Т., Чернядьева Е. В., Чернядьева Т. С. Использование высокочастотных хирургических аппаратов в лечении юношеских ангиофибром основания черепа. // Рос. оторинолар. - 2008. - № 2. - С. 354 - 357.
2. Юнусов А. С, Закариев А. С. Особенности ведения больных с юношеской ангиофибромой основания черепа//Рос. оторинолар. - 2009. - №1. - С. 385 - 389.
3. Кобылинский Ф.Л. К вопросу о хирургическом лечении полипа основания черепа: Дис.-Санкт-Петербург, 1998.
4. Попа В.А., Бондарь И.Б., Манюк В.И. Фиброэпифарингоскопия - метод исследования носоглотки //журн.ушн., нос. и горл.бол.-2005.-№5.-С.55-58.
5. Антонив В.Ф., Ришко Н.М., Попадюк В.И., Пронченко СВ. Клиническая классификация доброкачественных опухолей ЛОР-органов. Вестник оториноларингологии, 2001, №4. 1972. - № 4. - С. 68-72.
6. Аняутин Р. Г. Юношеская ангиофиброма основания черепа. Современные методы диагностики и лечения.: автореф. дис. ... докт. мед. наук. М., 1987. 30'с.
7. Мефодовский А.А. Результаты лечения юношеской ангиофибромы носоглотки. Новости отоларингологии и логопатологии, М., 1999, №1, с. 68-70.
8. Погосов В.С., Мирошниченко Н.А. Диагностика и лечение юношеских ангиофибром основания черепа. Вестник оториноларингологии, М., 1999, №5, с. 4-7.
9. Ланцов А.А., Ковалева Л.М., Ушаков В.С., Мефодовский А.А. Результаты лечения больных с юношеской ангиофибромой носоглотки //Вестн. оториноларингол.-1998.-№4.-С. 12-14.
10. Новиков В.А. Комбинированное лечение и реабилитация больных с опухолями полости носа и околоносовых пазух: Автореф. дис....д-ра мед. наук.-Томск, 1999. 34с.
11. Костина Т.В. Клиника, диагностика и лечение сосудистых новообразований носа и околоносовых пазух. Автореф. дис... канд. мед. наук, -М, 2002, 23с.

12. Яблонский С.В., Чистякова В.Р., Богомильский М.Р., Щербенко О.И. Ангиофибромы основания черепа в детском возрасте. М., 1998.
13. Черкаев В. А. Ювенильная ангиофиброма с преимущественным распространением в среднюю черепную ямку и глазницу. [и др.] // Журнал вопросы нейрохирургии им Н. Н. Бурденко. 2006. - №1. - С. 37 - 40.
14. Богомильский М. Р., Чистякова В. Р., Яблонский С. В. Ангиофиброма основания черепа в детском возрасте // Вестн. оторинолар. - 1998. - № 5. - С. 27 - 29.
15. Воробьев Ю. И., Колесов А. А., Каспарова Н. Н. Фиброангиома основания черепа. Новообразования мягких тканей и костей лица у детей и подростков. М.: Медицина, 1989.- 190 с.
16. Щербенко О. И., Родионов М. В. Юношеская ангиофиброма основания черепа и основные принципы ее лечения. // Вестн. Рос. Оторинолар. - 2008.- № 8. -С. 68 - 72.
17. Рзаев Р. М. Ювенильная ангиофиброма носоглотки. О тактике хирургического вмешательства при удалении ювенильной ангиофибромы носоглотки, // <http://www.rafrzayev.lact.ru>. 2010.
18. Рзаев Р. М. О тактике хирургического вмешательства при интракраниальном распространении ювенильной ангиофибромы носовой части глотки. // Вестн. оторинолар. - 2003. - № 5. - С 10-15.
19. Рзаев Р. М. Современное состояние вопроса о хирургическом лечении больных ювенильными ангиофибромами носоглотки // Вестн. оторинолар. - 1987. -№6.-С. 90-93.
20. Деменков В. Р. Щадящий метод удаления юношеской ангиофибромы базального типа. // Журн. ушн., нос. и горл. бол. - 1989. - № 6. - С. 39 - 41.
21. Лутфуллаев У.Л, Сосудистые опухоли ЛОР-органов: Дис... Д-ра мед. наук.- М., 1988.
22. Дайхес Н. А. Доброкачественные опухоли полости носа, околоносовых пазух и носоглотки у детей. / [и др.]. М.: Медицина, - 2005. - 245 с.

23. Мефодовский А. А. К диагностике юношеской ангиофибromы носоглотки: автореф. дис. ... канд. мед. наук СПб. 1998. 16с.
24. Коссовой А.Л. ЯМР-томография в диагностике заболеваний ЛОР-органов. //Вестн. оториноларингол.-1987.-№4.-С.76-79.
25. Пачес А.И. Опухоли головы и шеи.-М., 1997.С.298.
26. Яблонский СВ. Доброкачественные опухоли полости носа, околоносовых пазух и носоглотки в детском возрасте. Дис... док. мед. наук,- М., 1999, 301с.
27. Талалаенко И.А., Селезнев К.Г. Современные патогенетические и терапевтические аспекты сосудистых опухолей носа и околоносовых Архив клинической и экспериментальной медицины, том 11, №3, 2002,
28. Ферзаули А.Н. Диагностика и лечение ангиом лица, головы и носоглотки у детей. Автореф. дис... док. мед. наук, -М., 2002, 34 с.
29. Захарченко А.Н. Современные методы неинвазивной диагностики доброкачественных новообразований полости носа, околоносовых пазух и носоглотки //Новости оториноларингол. и логопатол. -2001.-№1.-С.51-55.
30. Лопатин А.С, Арцыбашева М.В. Магнитно-резонансная томография в исследовании полости носа и околоносовых пазух //Рос. ринол. 1996.-№5.-С.3-14.
31. Козлова А.В., Калина В.О., Гамбург Ю.Л.Опухоли ЛОР-органов.-М., 1999.-С.352
32. Иванченко Г.Ф., Николаев М.П., Зленкин Е.М. Современные методы диагностики и лечения патологии верхних дыхательных путей //Успех научных исследований в области оториноларингологии за последние десятилетие и перспективы её развития: Материалы науч.- практ. конф. МНИИ уха, горла, носа.- М., 1996.-С. 42-44.
33. Гунчиков М.В. Объемные процессы решетчатого лабиринта (клиника, диагностика и лечение): Дис...д-ра.мед.наук. -М., 1998. 312с.
34. Элькун Г.Б. Редкие опухоли и опухолеподобные процессы ЛОР-органов. Автореф. дис... док. мед. наук, -М., 1998, 42 с.

35. Плужников М.С., Зубарева А.А., Меркулов В.Г. Возможности магнитно-резонансной томографии в диагностике опухолевых и воспалительных заболеваний околоносовых пазух //Рос. ринол.-2000.-№2.-С.60-61.
36. Григорьев В.П., Мельник Г.С, Жанакоков Б.А. Гигантская фиброма ротоглотки у ребенка 4 лет //Вест.оториноларингол. -2001, -№3, -С.67.
37. Антонив В.Ф., Дайняк Л.Б., Дайхес А.И. и др.; Руководство по оториноларингологии; Под ред. Солдатов И.Б. - М.: Медицина, 2004. - 607 с.
38. Волков А.Г. Лобные пазухи //-Ростов: из-до «Феникс», -2000, -512 с.
39. Яблонский С. В. [и др.]. Ангиофибромы основания черепа в детском возрасте / М.: Медицина, 1998. 180 с.
40. Анютин Р.Г., Колесникова Е.К., Туманов Л.Б. Возможности КТ в диагностике новообразований носоглотки и придаточных пазух носа. Вестник оториноларингологии, 2003, №2, -С. 33-36.
41. Мирошченко Н.А., Дормаков В.В., Ванько Л.В. Иммунологический статус больных юношеской ангиофибромой основания черепа //Вест.оториноларингол. -2001, -№4, -С.39-40.
42. Супиев Т.К.,Ермуханова Г.Т., Есимов А.Ж. Сосудистые новообразования челюстно-лицевой области у детей. - Алматы, 2003, 88 с.
43. Костина Т.В. Клиника, диагностика и лечение сосудистых новообразований носа и околоносовых пазух. Автореф. дис... канд. мед. наук, -М, 2002, 23с.
44. Глазунов М.Ф. Классификация и номенклатура опухолей и опухолеподобных процессов. В кн.: Злокачественные опухоли. - Л.: Медгиз, 2007.- 148с
45. Дайхес Н.А., Антонив В. Ф., Тарасова Г.Д. и др. Новые технологии и перспективы развития физических методов терапии в оториноларингологии. Росс, оторинолар. 2003, № 4, С. 41 - 45.
46. Винников А.К., Гунчиков М.В., Лайзерман М.Г. Распространенная сосудистая опухоль ротоглотки //Вест.оториноларингол. -2002, -№3, -С.55-56
47. Погосов В.С., Антонив В.Ф., Кварая Д.Д., Лутфуллаев У.Л. Доброкачественные и злокачественные опухоли ротоглотки, -М, 1984, 54с.

48. Тарлычева Л.С., Рудня П.Г. Криовоздействие при доброкачественных и злокачественных новообразованиях ЛОР-органов. В кн.: Методы профилактики и лечения заболеваний ЛОР-органов, М., 1989, с. 31-36.
49. Шевченко А.М. с соавт. Лечение лиц с сосудистыми опухолями носа. ЖУНГБ, 2002, №3-4, -С. 7-10.
50. Абызов Р. А. Лоронкология. Спб., 2004. - 255 с.
51. Пискунов Г.З., Пискунов С.З., Козлов В.С., Лопатин А.С. Заболевания носа и околоносовых пазух Эндхирургия, -М.: коллекция «Совершенно секретно», - 2003, -208 с. «НовоСэвен»
52. Акулич И: И., Лопатин А. С, Капитанов Д. НІ Возможности эндоназальной эндоскопической хирургии при юношеской ангиофиброме основания черепа // Росс. ринология. - 2008. - № 2. - С. 82-89:
53. Погосов В. С, Рзаев Р. М., Акопян Р. Г Классификация, клиника, диагностика и лечение ювенильных ангиофибром носоглотки: метод, рек. М., 1987. 20 с.
5354. Мануйлов Е.Н., Батюнин И.Т. Юношеская ангиофиброма основания черепа. М., 1971
55. Погосов В.С., Акопян Р.Г., Талалаев В.Н., Давудов Х.Ш. Диагностика и лечение при доброкачественных опухолях носа и околоносовых пазух. ЖУНГБ, 1992, №1,-С. 14-18.
56. Сынебогов С.В Доброкачественные опухоли и опухолеподобные образования носа и околоносовых пазух. Дис... канд. мед.наук,- М., 2008, 140с.
57. Рзаев Р. М. Современное состояние вопроса о хирургическом лечении больных ювенильными ангиофибромами носоглотки // Вестн. оторинолар. - 1987. -№6.-С. 90-93.
58. Щербенко О. И., Родионов М. В. Юношеская ангиофиброма основания черепа и основные принципы ее лечения. // Вестн. Рос. Оторинолар. - 2008. - № 8. -С. 68 - 72.

59. Богомильский М.Р., Яблонский СВ. Доброкачественные опухоли полости носа, околоносовых пазух и носоглотки в детском возрасте //Вестник оториноларинголог. -1999, -№1, -С.58-62.
60. Антонив В.Ф., Дмитриев А.А., Дайхес Н.А. и др. Адаптивная лазерная иммунотерапия и фотодинамическая терапия в ЛОР-онкологии //Вестн. оториноларинголог. -1990, -№5, -С.3-8.
61. Shuler F, Uretsky I, Moody D et al. Angiofibroma. 58.Sennes LU, Butugan O, Sanchez TG, Bento RF, Tsuji DH. Juvenile nasopharyngeal angiofibroma: the routes of invasion. Rhinology. 2003 Dec;41(4):235-40.
62. Diagnosis, staging, and treatment of juvenile nasopharyngeal angiofibroma (JNA). / Antonelli A. R. [et al]. // Laryngoscope. - 1987. - Vol. 97. - № 11. - P.1319 - 1325.
63. Patrocinio JA, Patrocinio LG, Borba BH, Bonatti Bde S, Guimaraes AH. Nasopharyngeal angiofibroma in an elderly woman. Am J Otolaryngol. 2005 May-Jun; 26(3):198-200.
- 64.Hanamure Y, Tanaka N, Kawabata T, Kasano F, Kashima N. Juvenile nasopharyngeal angiofibroma: stage and surgical approach. Nippon Jibiinkoka Gakkai Kaiho. 2005 May; 108 (5):513-21
65. Jacobsson, M. et al.: Involution of Juvenile Nasopharyngeal Angiofibroma With Intracranial Extension. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 1989; 115: 238-9
66. Krekorian E. A., Kempe L. G. The combined otolaryngology-neurosurgery approach to extensive benign tumors. // Laryngoscope (St. Louis). - 1969. - Vol. 79. - №12.-P. 2086-2103.
68. Windfuhr JP, Remmert S. Extranasopharyngeal angiofibroma: etiology, incidence and management. Acta Otolaryngol. 2004 Oct; 124(8):880-9.
69. Latkowski B., Zojgner J., Kolodziej M. et al. Embolisation de l'artere maxillaire interne Procède prioperation dans les fibromes nasopharyngiens //Acta oto- rhinolaryng. belg. -2007. -Vol.30. -№4. -P.413-415.

70. Close L. Y., [et al.] Surgical management of nasopharyngeal angiofibroma involving the cavernous sinus. // Arch. Otolaryng. Head Neck Surg.- 1989. - Vol. 115, - №9. -P.-1091 -1095.
71. Antonelli A. R. Diagnosis, staging and treatment of juvenile nasopharyngeal angiofibroma (JNA). // Laryngoscope. - 1987. - Vol. 97. № 11. - P. 1319 - 1325.
72. The role of radiation in the treatment of advanced juvenile angiofibroma. / Lee J.T. [et al]. // Laryngoscope. - 2002. - Vol. 112. - № 7. - Pt 1. - P. 1213-122.
73. Hsieh ST, Guo YC, Tsai TL, Chen WY, Huang JL. Angiofibroma of the hypopharynx. J Chin Med Assoc. 2004 Jul; 67(7):373-5.
74. Shuler F, Uretsky I, Moody D. Angiofibroma. // <http://www.emedicine.com>, 2004.
75. Harrison DF: The natural history, pathogenesis, and treatment of juvenile angiofibroma. Personal experience with 44 patients. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 1987 Sep; 113(9): 936-42.
76. Lim IR, Pang YT, Soh K. Juvenile Angiofibroma: Case Report and the Role of Endoscopic Resection. Singapore Med J 2002 Vol 43(4):208-210
77. Kassir R, Coffee A. Juvenile Nasopharyngeal Angiofibroma. Dept. of Otolaryngology, UTMB, Grand Rounds, 2003. 138 стр.
78. Mitskavich M.T., Carrau R.L., Snyderman C.H. et al. Intranasal endoscopic excision of a juvenile angiofibroma //Auris Nasus Larynx. -1998. -Vol.25. -№1.-P.39-44.
79. Lim I. R., Pang Y. T., Soh K. Juvenile Angiofibroma: Case Report and the Role of Endoscopic Resection. // Singapore Med J. - 2002. - Vol. 43. - № 4. - P. 208 - 210.
80. Duvall A. J., Moreano A. E. Juvenile nasopharyngeal angiofibroma: diagnosis and treatment // Otolaryng. Head. Neck. Surg. - 1987. - Vol. 97, № 6. - P. 534 - 540.<http://www.emedicine.com>, 2004.
81. Shuler F Angiofibroma. /. [et al]. // <http://www.emedicine.com>, 2004.
82. Brentani M.M [et al] Multiple steroid receptors in nasopharyngeal angiofibromas / // Laryngoscope. — 1989. - Vol. 99. - № 4. - P. 398 - 401.

83. Enepekides DJ. Recent advances in the treatment of juvenile angiofibroma. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg*. 2004.
84. Reddy KA, Mendenhall VM, Amdur MJ, Stringer SP, Cassisi NJ. Long-term results of radiation therapy for juvenile nasopharyngeal angiofibroma. *American Journal of Otolaryngology* Volume 22, Issue 3, June 2001, Pages 172-175
85. Lee J. Juvenile Nasopharyngeal Angiofibroma. Baylor College of Medicine. <http://www.bcm.edu>, 2001.