

# АНГИОФИБРОМА ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА – ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

**Насыров В.А.**

заведующий кафедрой ЛОР-болезней КГМА им.Ахунбаева И.К.

Бишкек, Кыргызстан

**Резюме:** В данной работе приведены сведения о диагностике юношеской ангиофибромы основания черепа, а также приводятся основные методы лечения.

**Ключевые слова:** юношеская ангиофиброма основания черепа, диагностика, лечение, перевязка наружных сонных артерий, носоглотка.

## ANGIOFIBROMA OF CRANIUM BASE – DIAGNOSIS AND TREATMENT.

**Nasirov V.A.**

**Resume:** In this job reducing introductions of diagnosis junior angiofibroma of cranium base and reducing principal methods of treatment.

**Key words:** junior angiofibroma of cranium base, diagnosis, treatment, bandagind of external carotid arteries, throat.

Юношеская ангиофиброма основания черепа – достаточно редко встречающееся заболевание. Однако среди новообразований носоглотки ангиофиброма занимает первое место (53,6%). В основном эта патология наблюдается у юношей в возрасте от 9 до 28 лет. Диагностика юношеской ангиофибромы основания черепа, в частности дифференциальная, особенно на ранних стадиях заболевания является проблематичной. Отсутствуют четкие критерии в оценке результатов рентгенологического обследования и методов радиологического исследования, которые нередко приобретают решающее значение при выборе тактики лечения. В литературе не получило достаточного освещения своеобразие клинического течения юношеской ангиофибромы основания черепа при рецидивировании [1, 2]. Рецидивирование юношеской ангиофибромы основания черепа в послеоперационном периоде наблюдается в ближайшие (1-6 месяцев) и отдаленные (1-5

лет) сроки и достигают 55-60%. Значение своевременного обнаружения юношеской ангиофибромы основания черепа заключается в том, что оперативное лечение на ранней стадии развития опухоли, локализованной в носоглотке, протекает с меньшей кровопотерей и травматизацией [8]. На поздних стадиях, при распространенной опухоли, особенно при прорастании ее в полость черепа, лечение становится проблематичным и нередко приводит к рецидивам, требующим повторные объемные оперативные вмешательства, а возможно становятся неоперабельными. Из сказанного следует, что только тщательная верификация и первичная тактика хирургического вмешательства на основе современных методик и технологий, а также адекватное ведение в послеоперационном периоде может дать положительные результаты лечения данной патологии [5, 6].

Исходя из вышеизложенного нам хотелось

Таблица №1

Распределение больных в зависимости от возраста и пола.

Общее количество больных	10-13 лет	14-17 лет	18-21 год	старше 21 года
77	18	38	15	6
100%	23,4%	49,3%	19,5%	7,8%

Общее количество больных	Мужчины	Женщины
77	75	2
100%	97,4%	2,6%

Таблица №2

Распределение больных на клинические группы в зависимости от характера диагностики и полученного лечения.

Клинические группы	Количество больных	Методы диагностики и характер получаемого лечения
Основная группа	n=47	Риноскопия, пальпация, рентгенография носоглотки, компьютерная томография, ядерно-магнитно-резонансное исследование, биопсия, ангиография, эндоскопическое исследование в до- и послеоперационном периоде, доплерография.  Хирургическое лечение: доступ по Муру, челюстно-лицевой доступ Рзаева-Погосова, через естественные пути.  Использовался гемостатический материал DNT. Стандартное послеоперационное лечение.
Контрольная группа	n=30	Риноскопия, пальпация, рентгенография носоглотки, компьютерная томография, ядерно-магнитно-резонансное исследование, биопсия.  Хирургическое лечение: доступ по Муру, Денкеру, Лауэрс-Баллону и через естественные пути.  Стандартное послеоперационное лечение.

Таблица №3

Распределение больных по длительности заболевания.

Общее количество больных	До 6 месяцев	От 6 месяцев до 1 года	От 1 до 2 лет	Более 2 лет
77	4	11	33	29
100%	5,2%	14,3%	42,8%	37,7%

Таблица №4

Распределение больных по стадиям заболевания.

Общее количество больных	1 стадия	2 стадия	3а стадия	3б стадия	4 стадия
77	6	15	31	23	2
100%	7,8%	19,5%	40,2%	29,9%	2,6%

- показать:
- Ценность малоинвазивных эндоскопических методов и их значение в диагностике юношеских ангиофибром основания черепа в до- и послеоперационном периодах.
  - Изучили изменение кровотока в бассейне наружных сонных артерий после их перевязки при хирургическом лечении юношеской ангиофибromы основания черепа с помощью ангиографии, УЗДГ (ультразвуковая доплерография).
  - По мере проведения нашей работы мы

исследовали и систематизировали особенности патоморфологического строения юношеской ангиофибромы основания черепа.

Нет костной деструкции.

2 стадия - размеры опухоли соответствуют

1 стадии, но процесс распространяется в

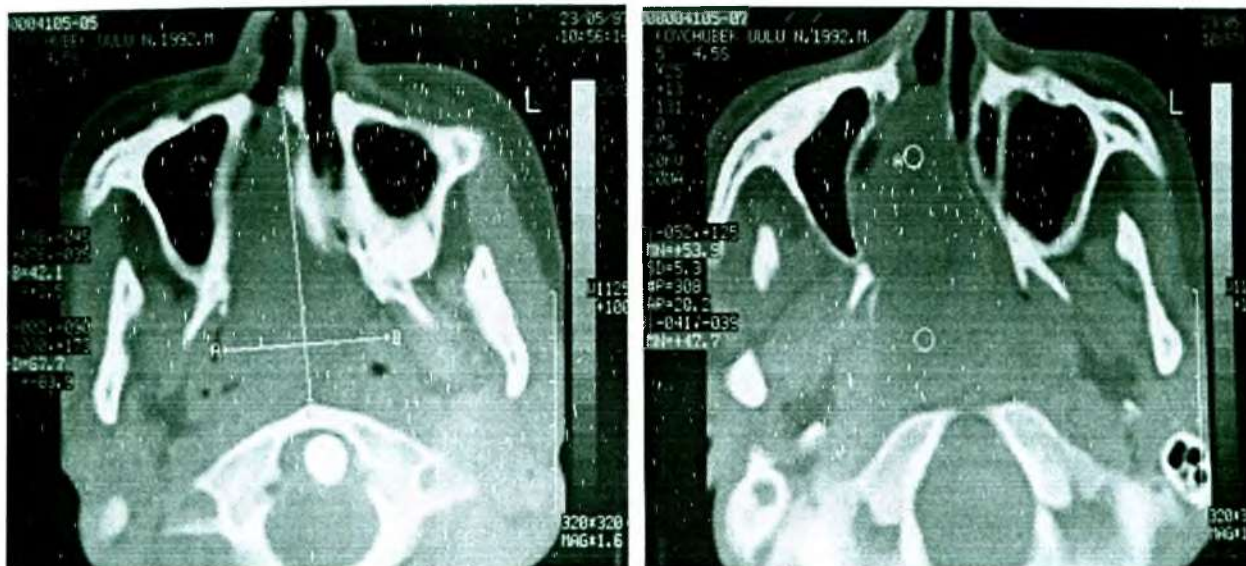


Рисунок 1.  
Компьютерная томограмма больного 14 лет с ЮАОЧ.

Классификация ЮАОЧ по стадиям по Погосову [4]:

1 стадия – опухоль локализуется в носоглотке, может проникать в полость носа.



Рисунок 2.

верхнечелюстную пазуху, клетки решетчатого лабиринта и клиновидную пазуху. В этой стадии наблюдается костная деструкция.

3 стадию подразделяют на две:

3а стадия - опухоль соответствует 2 стадии, однако, распространяется в крылонебную ямку.

3б стадия - размеры опухоли соответствуют 2 или 3а стадии, но в процесс вовлекаются орбита и подвисочная ямка.

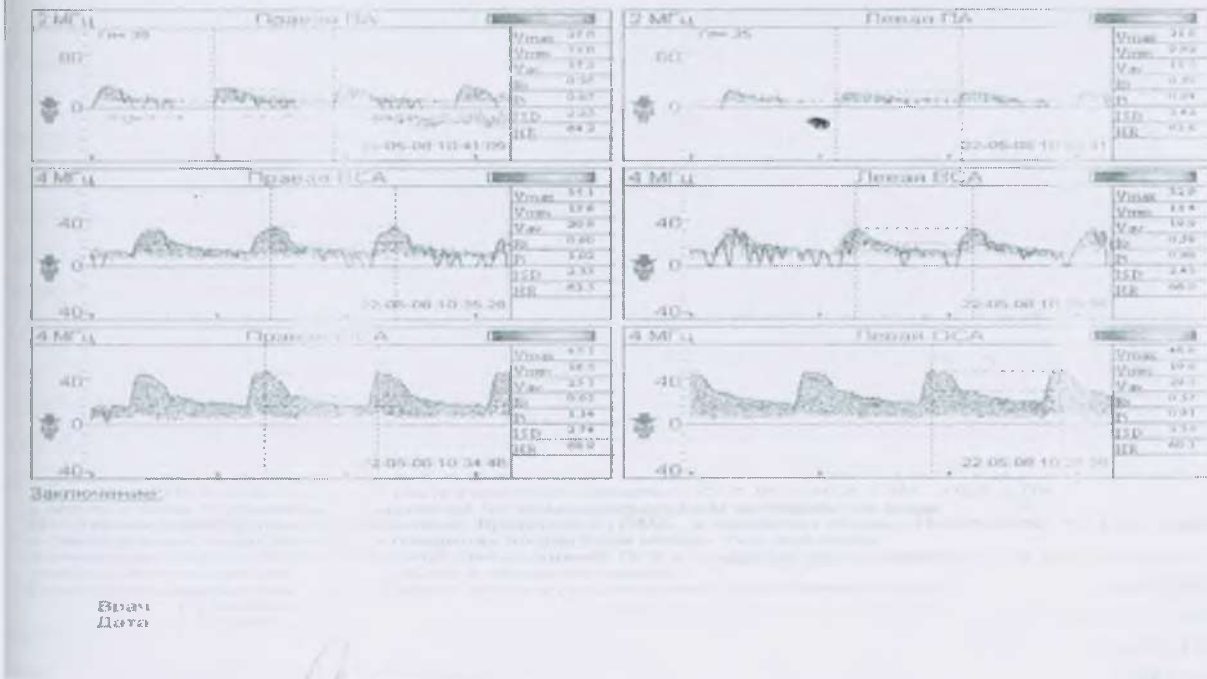
4 стадия - опухоль соответствует любой из перечисленных стадий, но распространяется в полость черепа.

Использование результатов ангиографии, как показание к перевязке наружной сонной артерии [3, 7].

• при юношеских ангиофибромах происходят изменения нормальной картины сосудистого рисунка, касающиеся в основном ветвей верхнечелюстной и восходящей глоточной артерий:

- смещение сосудов;
- наличие новых дополнительных сосудов (сосудистой сети) «опухолевого» типа внутри образования;
- изменение калибра сосудов;
- задержка контрастного вещества в сосудах опухоли.





**Определение сроков восстановления каротидной цепи с помощью УЗДГ**



**Рисунок 3.**

Эндоскопическая картина в предоперационном периоде.

Эндоскопическое исследование подтверждает, дополняет, а иногда меняет представление о состоянии задних отделов носа, носоглотки. Это, главным образом, относится к больным, перенесшим операцию по поводу ЮАОЧ с подозрением на рецидив.

Морфологически было изучено 67 препаратов юношеских ангиофибром основания черепа. В 47 наблюдениях удаленная опухоль была подвергнута тотальному исследованию в виде гистограмм при помощи бинокулярного светооптического микроскопа фирмы «Nikon» eclipse 50i, что представляется важным для уточнения характера роста опухоли и ее гистогенеза. Из имеющегося материала

особое внимание было обращено на рецидивы опухоли с целью выявления особенностей их морфологического строения после повторных оперативных вмешательств.

Учитывая наличие разнообразных структур в разных отделах опухоли, определяемых на гистограммах, можно выделить две группы с преимущественным превалированием тех или других морфологических признаков: сосудисто-фиброзный тип ангиофибромы – 38 человек; клеточный тип ангиофибромы – 9 человек.

Исследованные опухолевые ткани являются мезенхимальными опухолями и по морфологическому строению относятся к преимущественно сосудисто-фиброзному типу.



Рисунок 4. Схематическое изображение оперативных доступов.

- по Лауэрс-Баллону
- по Денкеру
- по Муру
- по челюстно-лицевой доступ по Рзаеву-Погосову

многие клинические наблюдения, является наиболее кровоточащим по сравнению с клеточным типом ангиофибромы.

В целях профилактики рецидивов ЮАОЧ на наш взгляд необходимо тщательное эндоскопическое исследование послеоперационной полости в раннем послеоперационном периоде, на предмет остатка опухоли. Эндоскопическое же исследование в дооперационном периоде при I и 2 стадии позволяет определить размеры, распространенность, тип роста ЮАОЧ, а также выполнить наиболее прицельно гистологический материал из разных участков опухоли с минимальной кровопотерей.

На основании данных ангиографии, доказывающих приоритетное кровоснабжение ЮАОЧ из системы наружных сонных артерий, перевязка этих сосудов позволяет значительно снизить кровопотерю во время операции

Таблица №5

Распределение больных в зависимости от использованных оперативных доступов.

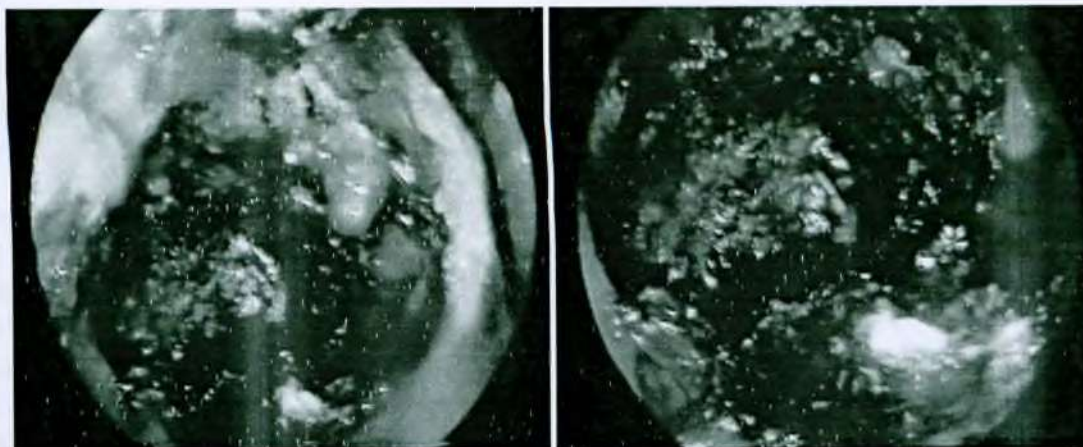
Общее количество операций	Доступ через естественные пути	Челюстно-лицевой доступ по Рзаеву-Погосову	Доступ по Муру	Доступ по Лауэрс-Баллону	Доступ по Денкеру
77	14	21	39	2	1
100%	18,2%	27,3%	50,6%	2,6%	1,3%

Данный тип, как показали

Таблица №6

Распределение операций по характеру осложнений

Общее количество операций	Без осложнений	Носовое кровотечение, постгеморрагическая анемия	Частичная или полная атрофия зрительного нерва	Летальный исход
77	64	11	1	1
100%	83,1%	14,3%	1,3%	1,3%



Остатки опухоли не обнаружены

Обнаружены остатки опухоли

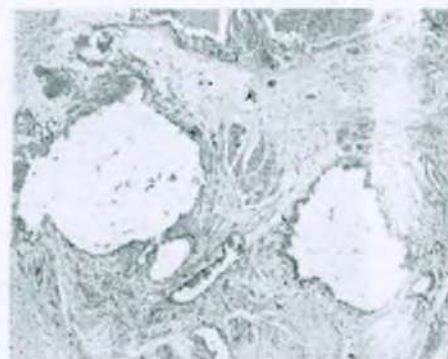
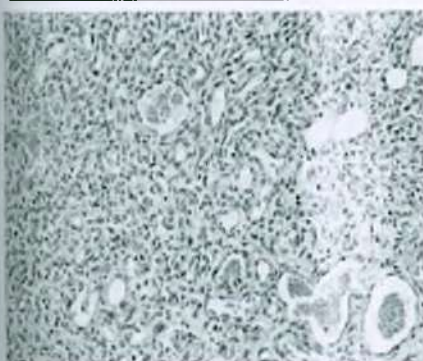
Рисунок 5.

Эндоскопическая картина в послеоперационной полости.

Таблица №7

Сравнительная оценка количества рецидивов в 1 и 2 группах.

Группы	Количество рецидивов	Количество рецидивов в %	Всего операций
Основная группа	4	8,5%	47
Контрольная группа	6	20%	30



клеточный тип

сосудисто-фиброзный тип

- скопление тучных клеток
- лимфоплазмочитарные инфильтраты
- сосудистые щели и синусоидальные просветы

Рисунок 6.

Морфологические исследования ЮАОЧ

Таблица №8

Распределение гистограмм по гистологическому типу.

Общее количество гистограмм	Сосудисто-фиброзный тип	Клеточный тип
47	38	9
100%	80,9%	19,1%

(до 500 – 1000 мл) и служит профилактикой послеоперационных кровотечений. Способ определения восстановления кровотока по НСА после ее перевязки с помощью доплерографии

позволил установить сроки полного восстановления каротидной цепи (6 месяцев с момента операции).

Список литературы:



1. Анютин Р.Г., Кременецкая Л.Е. – 1999. – 12 с.  
Клинико-анатомические формы юношеской ангиофибромы основания черепа // Журн. ушн., нос. и горл. бол. – 1990. - №3. – С.52-54.
2. Коновальчиков Г.Д. Клиника и лечение больных с юношеской ангиофибромой носовой части глотки // Журн. ушн., нос. и горл. бол. – 1990. - №5. – С.39-41.
3. Пашкова С.В. Роль ангиографии и эмболизации ветвей наружной сонной артерии. – Автореферат диссер. к.м.н., Спб. – 2004.
4. Погосов В.С., Мирошниченко Н.А., Архипова Ю.В., Акопян К.В. / Несколько наблюдений профузных кровотечений, потребовавших перевязки наружной сонной артерии. // Вестник оториноларингологии. – М.
5. Поддубный Б.К., Белоусова Н.В., Унгиадзе Г.В. Диагностическая и лечебная эндоскопия верхних дыхательных путей. – М.: - 2006. – С.45-47.
6. Савин А.А. / Эффективность компьютерной томографии при оценке распространенности опухолей глотки. // Вестник оториноларингологии. – 1999. - №6. – С.28-30.
7. Amadee R., Klaeyle B., Manu W. et al. Juvenile angiofibromae: A 40-years surgical experience // ORL. – 1989. – Vol. 51, №1. – P.56-61.
8. Radkowski D., McGill T., Healy G.B. et al. Angiofibroma. Changes in staging and treatment // Arch. Otolaryng. Head Neck Surg. – 1996. – Vol.122, №2. – P.122-129.

## СОСТОЯНИЕ ПСИХО-ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ У БОЛЬНЫХ С НОВООБРАЗОВАНИЯМИ ЛОР-ОРГАНОВ ДО И ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

**Кадыров М.М.**

Кафедра ЛОР-болезней КГМА

Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: В данной работе проведены исследования по изучению психо-эмоциональной сферы у больных с опухолями головы и шеи. Анализ результатов исследования показал, что тревожно-депрессивное состояние типичны для этой категории больных и подтверждены экспериментально-психологическим обследованием.

**Ключевые слова:** психо-эмоциональное состояние, тревога, депрессия, ЛОР-онкология, хирургическая и лучевая терапия.

## PSYCHO-EMOTIONAL CONDITION OF PATIENTS WITH NEOPLASM OF ENT-ORGANS

**Kadyrov M.M.**

Bishkek, Kyrgyz Republic

**Summary:** The researches on studying mentality-emotional sphere at patients with a tumour of a head and a neck has been conducted in present work. The analysis of the results of research displayed that a disturbing-depression are typical for this category of patients and are confirmed with experimental-psychological inspection.

**The key words:** a mentality-emotional condition, alarm, depression, oncology, surgical and beam therapy.

В современной онкологии прослеживается отчетливая диспропорция между постоянно усложняющимися и совершенствующимися методами специального онкологического лечения и недостаточностью знаний о характере, особенностях и степени выраженности психических реакций у онкологических больных [1]. Многие авторы указывают на то, что онкологическое заболевание является стрессовой ситуацией для больного, наличие которой обуславливает появление психогенных реакций, преимущественно в виде общего беспокойства, страха, тревоги, депрессии [2, 6, 8]. Это объясняется сочетанным воздействием на психику онкологического больного целого ряда факторов: прежде всего чрезвычайного по силе и продолжительности действия психотравмирующего влияния (факт возникновения новообразования и обусловленные этим социальные, психологические и другие