

*С.С. АРИФОВ\**, *У.Л. ЛУТФУЛЛАЕВ*, *Г.У. ЛУТФУЛЛАЕВ*

## **ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ЮНОШЕСКОЙ АНГИОФИБРОМОЙ НОСОВОЙ ЧАСТИ ГЛОТКИ ПРИ КРОВОТЕЧЕНИИ**

*Самарканд. гос. мед. ин-т (ректор – проф. А.М. Шамсиев);  
Ташкент. ин-т усоверш. врачей\* (ректор – проф. Д.М. Сабиров)*

Юношеская ангиофиброма носовой части глотки (ЮАН), согласно Международной классификации опухолей (1974), относится к фиброматозам и является доброкачественным новообразованием.

В структуре заболеваний ЛОР-органов ЮАН встречается относительно редко – 1:12-16000 стационарных больных с оториноларингологической патологией [15]. Вместе с тем, юношеская ангиофиброма является самой распространенной доброкачественной опухолью этой локализации [1, 3, 9].

ЮАН, являясь доброкачественным новообразованием, по гистологическому строению, и клиническому течению проявляет себя как злокачественное. Разрастаясь, опухоль не только раздвигает соседние ткани, но преодолевает все препятствия на своем пути, разрушая хрящи и кости.

Тактика лечения при ЮАН определяется ее распространенностью. Основным способом лечения является хирургическое вмешательство. В настоящее время, в зависимости от локализации основной массы опухоли в носовой части глотки, полости носа и околоносовых пазухах, ее распространения в крылонебную и подвисочную ямки или интракраниально, используются различные хирургические доступы [9, 11, 16, 17, 19].

Кровотечение является одним из клинических проявлений заболевания, а также угрожающим жизни больного осложнением во время операции и в раннем периоде после нее. Для лечения и профилактики предложены различные способы. В течение многих лет применяется временная или постоянная пе-

ревязка наружной сонной артерии [4, 10, 18]. Большинство авторов ставят под сомнение эффективность этого способа, из-за наличия большого количества анастомозов в анатомической области, где локализуется ЮАН [2, 6, 7].

В настоящее время предпочтение отдается методу эндоваскулярной, особенно селективной окклюзии в предоперационном периоде, которая достаточно эффективна и способствует относительно безопасному выполнению хирургического вмешательства [11-15]. Повсеместное использование данного метода ограничено ввиду недостаточной оснащенности и малой доступности необходимого оборудования для выполнения эндоваскулярных вмешательств.

В последние годы получило широкое распространение проведение операции под управляемой гипотонией, которая позволяет сократить объем кровопотери до 250-300 мл [11, 14]. Этот метод требует высокой квалификации от анестезиолога и применения в ходе операции специальных лекарственных препаратов.

Непосредственно во время хирургического вмешательства и в послеоперационном периоде для борьбы с кровотечением назначаются различные препараты локального и системного использования [5, 13].

Целью настоящего исследования явилось повышение эффективности остановки интероперационного кровотечения и профилактики его возникновения в послеоперационном периоде у больных с ЮАН.

Нами за период с 2004 по 2009 г. в первой клинике Самаркандского медицинского института были обследованы и пролечены 36 человек в возрасте 11-20 лет с I стадией ЮАН. Среди них была только 1 пациентка женского пола. Все обследуемые составили 2,7% от общего числа больных с ЮАН, госпитализированных в клинику.

У всех пациентов проведено оториноларингологическое обследование, оценка состояния всех органов и систем организма, общеклинические лабораторные и инструментальные исследования, компьютерная томография черепа. Для оценки распространенности опухоли нами была использована классификация [8].

У 36 лиц определена I, у 43 – II стадия ЮАН. У всех обследуемых операция была проведена впервые под эндотрахеальным наркозом. Удаление опухоли осуществлялось трансоральным доступом. Больные с учетом способа остановки кровотечения во время операции были разделены на 2 группы: 1-ю составили 27 (75%) человек, у которых задняя тампонада выполнялась по традиционной методике; во 2-ю – были объединены 9 (21%) лиц, у которых остановка кровотечения произведена комбинированным способом, т.е. укладыванием на кровоточа-

щую поверхность стенок носовой части глотки пластины гемостатической губки, пропитанной раствором транексеновой кислоты (500 мг), и ее фиксацией путем сдавливания марлевым задним тампоном. Способ осуществлялся следующим образом: предварительно в начале операции в носовую часть глотки через полость носа вводился резиновый катетер, его конец выводился через рот. На выведенный конец привязывались две нити заднего тампона. К моменту удаления операция сестра готовила пластину гемостатической губки размером 10x10 см, пропитанной 5,0 мл раствора 500 мг транексеновой кислоты. Сразу же после удаления опухоли эта гемостатическая губка раствором транексеновой кислоты вводилась в полость носовой части глотки, укладывалась на кровоточащее ложе и зафиксировалась в данном положении с помощью заднего тампона. Фиксация заднего тампона в преддверии носа выполнялась по традиционной методике. Во всех случаях задняя тампонада дополнялась передней тампонадой полости носа. У всех больных тампоны удалялись после предварительного их размачивания 3% раствором перекиси водорода.

Показатели сравниваемых групп отражены в таблице.

Показатели оценки эффективности остановки кровотечения во время операции и развития кровотечения в послеоперационном периоде

Критерии сравнения	Первая группа (N= 27)	Вторая группа (N=9)
Длительность остановки кровотечения во время операции, мин.	26±2,4	13±3,1*
Частота развития кровотечения в первые сутки после удаления опухоли, %	51,8	11,1
Срок удаления заднего тампона с момента операции, сут.	3,4±0,9	2,0±0,2*
Частота развития кровотечения после удаления заднего тампона, %	29,6	0
Частота повторного наложения заднего тампона, %	12	0*

Примечание: \* - достоверность сравниваемых показателей (P<0,05)

Как видно из данных, представленных в таблице, в сравниваемых группах имеются достоверные отличия по 4 из 5 параметров.

Результаты указывают на эффективность остановки кровотечения способом,

примененным у больных 2-й группы. Это обусловлено тем, что при данном способе достигается непосредственное воздействие на кровоточащую поверхность стенок носовой части глотки 3 факторов – гемостатиче-

ской губки, раствора транексеновой кислоты и механического давления. При традиционном способе в основном реализуется третий фактор.

Таким образом, применение комбинированного метода остановки кровотечения может быть рекомендовано в качестве метода выбора при удалении ЮАН.

1. Анютин Р.Г., Кременецкая Л.Е. Клинико-анатомические формы юношеской ангиофибромы основания черепа // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1990. – №1. – С. 1-4.
2. Батюнин И.Т. О хирургическом подходе к области носовой части глотки при носоглоточных фибромах // Вестн. оториноларингологии. – 1961. – №5. – С. 52-55.
3. Дайхес Н.А., Давудов Х.Ш., Яблонский С.В. Юношеская ангиофиброма основания черепа // Сб. науч. работ, посвящ. РДКБ МЗРФ. – М., 1995.
4. Добромыльский Ф.И. // Труды 3-го Московского медицинского института. – М., 1939. – Т. 1. – С. 184-194.
5. Квашенкова Ю.Д., Васильева Н.И. Тахакомб в комплексе лечения ювенильной ангиофибромы основания черепа у детей. – М.: Медфарм холдинг, 2004.
6. Королев М.Ф., Богомолов С.А. // Вестн. оториноларингологии. – 1963. – №4. – С. 27.
7. Мануйлов Е.Н., Батюнин И.Т. Юношеская ангиофиброма основания черепа. – М., 1971.
8. Погосов В.С., Рзаев Р.М., Акопян Р.Г. Классификация, клиника, диагностика и лечение ювенильных ангиофибром носовой части глотки: Метод. рекомендации. – М., 1987.
9. Потапов И.И. Доброкачественные опухоли глотки (клиника и хирургическое лечение). – М., 1960.
10. Пружан И.И. // Сборник трудов Ленинградского института уха, горла, носа и речи. – Л., 1959. – Т. 12. – С. 310.
11. Тимен Г.Э., Писанко В.Н., Слинчук Р.В., Кобзарук Л.И., Свистун Е.Т. // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 2001. – №3. – С. 171-172.
12. Чистякова В.Р. и соавторы. Ангиофиброма основания черепа в детском возрасте // Материалы XV съезда отоларингологов России. – СПб., 1995. – Т. 2. – С. 325-328.
13. Чистякова В.Р., Яблонский С.В., Мыльников А.А. Опыт лечения 150 ангиофибром основания черепа у детей // Тр. IX съезда отоларингологов Украины. – К., 2000.
14. Чистякова В.Р., Яблонский С.В. Опыт хирургического лечения ангиофибром основания черепа у детей // Тр. XVI съезда отоларингологов России. – Сочи, 2001.
15. Яблонский С.В. Ангиофибромы основания черепа у детей: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1995.
16. Bayonne E., Kania R., Sauvaget E., Bakkouri W.EL, Tran Ba Huy P., Herman P. Removal of cranial extension of juvenile nasopharyngeal angiofibroma by transfacial approach // Europ. Arch. Oto-Rhino-Laryngol. a. Head&Neck. – 2007. – V.264, Suppl. 1. – P. 273.
17. Browne J.D., Jacob S.L., Temporal approach for resection of juvenile nasopharyngeal angiofibromas // Laryngoscope. – 2000; 110:1287-1293.
18. Sekulic B. // Rev. Laryngol. Otol. Rhinol. – 1959. – 12. – 970-985.
19. Tewfik T.L., Tan A.K., al Noury K., Chowdhury K., Tampieri D., Raymond J. et al. Juvenile nasopharyngeal angiofibroma // J. Otolaryngol. – 1999; 28:145-151.

Поступила в редакцию 05.05.09.

© С.С. Арифов, У.Л. Лутфуллаев, Г.У. Лутфуллаев, 2009