

На правах рукописи

**ИКРОМОВ
МАХМАДУЛО КУРБОНОВИЧ**

**ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ
ЮНОШЕСКОЙ АНГИОФИБРОМЫ ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА**

14.01.12 – онкология

**АВТОРЕФЕРАТ
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук**

Душанбе - 2019

Работа выполнена на кафедре оториноларингологии Государственного образовательного учреждения «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан».

Научный руководитель:

Зикирходжаев Дильшод Зукирович – доктор медицинских наук, профессор

Научный консультант:

Шамсидинов Бобоназар Насридинович – кандидат медицинских наук, доцент.

Официальные оппоненты:

Нерсесян Марина Владиславовна – доктор медицинских наук, доцент научно-образовательного центра Федерального государственного автономного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр нейрохирургии имени академика Н.Н. Бурденко» Министерство здравоохранения Российской Федерации

Баротов Заробуддин Зайнудинович - кандидат медицинских наук, научный консультант отделения общей онкологии Государственного учреждения «Республиканский онкологический научный центр» Министерство здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан.

Ведущая организация: Московский научно-исследовательский онкологический институт имени П.А. Герцена - филиал Федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский радиологический центр» Министерство здравоохранения Российской Федерации

Защита диссертации состоится «___» _____ 2019 г. в ___ часов на заседании диссертационного совета Д 737.005.01 при ГОУ Таджикском государственном медицинском университете им. Абуали ибни Сино (734003, Республика Таджикистан, г. Душанбе, пр. Рудаки, 139). С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ГОУ Таджикского государственного медицинского университета им. Абуали ибни Сино и на официальном сайте www.tajmedun.tj.

Автореферат разослан «___» _____ 2019 г.

Ученый секретарь
диссертационного совета,
доктор медицинских наук

Назаров Ш.К.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность. Опухоли носоглотки представляют собой сложную и до сих пор нерешенную проблему в клинической медицине. Существуют пограничные опухоли носоглотки, проблемы диагностики и лечения которых до сих пор не решены ввиду биологических особенностей опухолевого процесса. К таковым относится юношеская ангиофиброма основания черепа (ЮАОЧ). По морфологическому строению юношеская ангиофиброма основания черепа относится к фиброматозам, т.е. к доброкачественным опухолям (Дайхес Н.А. с соавт., 2005; Веззгов В.А., 2011; Нерсесян М.В., 2019; Sennes L.U. et al., 2003). Несмотря на это, ЮАОЧ присущи некоторые свойства злокачественных новообразований: экспансивный рост, рецидивы после хирургических вмешательств с разрушением близлежащих анатомических структур (Богомильский М.Р. с соавт., 1995; Захарченко А.Н., 2002; Щербенко О.И., Родионов М.В., 2008; Родионов М.В., 2009).

Недостаточная осведомленность врачей общей лечебной сети, многообразие симптомов болезни часто приводят к ошибочной диагностике ЮАОЧ и больные подвергаются неадекватным методам терапии, особенно на высоте массивных кровотечений. В последнее десятилетие применение высоких медицинских технологий – компьютерной (КТ) и магнитно-резонансной томографии (МРТ), каротидной ангиографии (КА), фиброэндоскопии и морфологического исследования – значительно улучшило качество диагностики ЮАОЧ (Рзаев Р.М., Турик Г.Г., 1986; Нерсесян М.В., 2019; Szymanska A. et al., 2005). Несмотря на это, остаются спорными патогенетические механизмы развития этой болезни, имеются сложности в дифференциальной диагностике ЮАОЧ с другими опухолевыми заболеваниями носоглотки.

Доброкачественные по структуре, но злокачественные по клиническому течению опухоли могут стать причиной тяжелых осложнений, с ухудшением качества жизни пациентов после проведенного лечения (Анютин Р.Г., 1987; Чистякова В.Р. с соавт., 2008). Так, по данным ряда исследователей (Яблонский С.В. с соавт., 1998; Чистякова В.Р., Ковшенкова Ю.Д., 2008), рецидивы ЮАОЧ после лечения развиваются у 40% пациентов. Причиной их является нерадикальное

удаление опухоли из-за труднодоступности анатомических полостей данной области.

Разработано и предложено множество методов терапии ЮАОЧ с учетом морфологического строения, формы роста, агрессивности, локализации опухоли и распространенности опухолевого процесса (Дайхес Н.А. с соавт., 2005; Везезгов В.А., 2009; Юнусов А. С., Закариев А.С., 2009; Karthikeya P. et al., 2005).

Лечение ЮАОЧ является довольно трудной и нерешенной проблемой клинической медицины. В настоящее время традиционным методом остается хирургическое вмешательство (Чистякова В.Р. с соавт., 2011). Несмотря на значительные достижения этого метода, в последние десятилетия результаты хирургического лечения ЮАОЧ диктуют необходимость решения ряда сложных задач, ввиду:

- малодоступности зоны роста опухоли, что чревато кровотечениями, угрожающими жизни пациента;
- прорастания опухоли в близлежащие анатомические структуры более чем у 19% больных радикальное удаление ЮАОЧ не представляется возможным;
- нередких рецидивов заболевания после удаления опухоли (Антонив В.Ф. с соавт., 2014).

Необходимо отметить, что предлагаемые методы дооперационной эмболизации питающих сосудов, их интраоперационная перевязка сопряжены с определенными осложнениями в послеоперационном периоде (Sun X.C. et al., 2010). Мало того, с целью контроля реабилитации и определения степени восстановления кровоснабжения бассейна перевязанных или эмболизированных сосудов необходимо проведение контрольной ангиографии, что является трудоемким и дорогостоящим методом в условиях недостаточных ресурсов.

В связи с этим, появилась крайняя необходимость разработки малотравматичных и эффективных методов хирургического лечения ЮАОЧ с учетом снижения частоты риска существующих послеоперационных осложнений и рецидивов, одновременным сокращением финансовых затрат в регионах с недостаточными ресурсами.

Цель исследования. Улучшение эффективности хирургического лечения больных юношеской ангиофибромой основания черепа путем разработки щадящих и малозатратных методов в условиях недостаточных ресурсов.

Задачи исследования:

1. Изучить особенности клинического течения юношеской ангиофибромы основания черепа.
2. Оценить возможности традиционных методов хирургического лечения юношеской ангиофибромы основания черепа.
3. Разработать адекватный, малотравматичный методологический подход к хирургическому лечению юношеской ангиофибромы основания черепа с временной перевязкой наружной сонной артерии.

Научная новизна. Впервые в результате проведенных исследований и сравнительного анализа их результатов разработана научно обоснованная методика хирургического лечения юношеской ангиофибромы основания черепа в условиях недостаточных ресурсов. Предложена модифицированная временная перевязка наружной сонной артерии (НСА) с целью уменьшения объема интраоперационного кровотечения, улучшения обзора операционного поля, что дает возможность радикального удаления опухоли и более бережного отношения к окружающим структурам и тканям.

Практическая значимость. Практическому здравоохранению предложен оптимизированный методологический подход к хирургическому лечению юношеской ангиофибромы основания черепа в условиях недостаточных ресурсов здравоохранения. Временная перевязка наружной сонной артерии обеспечивает радикальность оперативного вмешательства за счет уменьшения интраоперационного кровотечения и сокращает сроки реабилитации больных в послеоперационном периоде.

Положения, выносимые на защиту:

1. Юношеская ангиофиброма основания черепа относится к редко встречающимся опухолям с агрессивным клиническим течением.
2. Основными симптомами юношеской ангиофибромы основания черепа являются затруднение носового дыхания, разрушение близлежащих анатомических структур основания черепа, спонтанные носовые кровотечения.

3. Угрожающим осложнением юношеской ангиофибromы основания черепа является носовое кровотечение различной интенсивности на этапах диагностики и во время хирургических вмешательств.

4. Применение высоких медицинских технологий для диагностики и лечения юношеской ангиофибromы основания черепа возможно в крупных центрах, оснащенных соответствующей аппаратурой и при взаимодействии оториноларингологов и эндовидеососудистых хирургов.

5. Хирургическое вмешательство с временной перевязкой наружной сонной артерии значительно сокращает риск возникновения интраоперационного кровотечения, является доступным и малозатратным методом в условиях недостаточных ресурсов здравоохранения.

Апробация диссертации. Основные положения диссертации доложены на: обществе оториноларингологов Республики Таджикистан, город Душанбе, 2014 год; международной научно-практической конференции «Оториноларингология в Африке, Азии и Европе» - Варшава, 2014 год; IV Петербургском международном форуме оториноларингологов России город Санкт-Петербург, 2015 год; Республиканской научно-практической конференции «Медицина и здоровье» город Душанбе 2015 год; Ежегодной XXII научно-практической конференции ГОУ «ИПО в СЗ РТ» «Роль последипломного образования в развитии медицины Республики Таджикистан», город Душанбе, 2016 год; научно-практической конференции оториноларингологов Республики Таджикистан с международным участием «Современные аспекты диагностики и лечения в оториноларингологии», Душанбе, 2018 год.

Апробация диссертации состоялась на заседании межкафедрального экспертного совета по хирургическим дисциплинам ГОУ «ИПО в СЗ РТ» (протокол № 1/3 от 17.01.2019 года).

Внедрение результатов исследования. Основные результаты работы внедрены в практику отделения общей онкологии ГУ «РОНЦ» МЗ и СЗН РТ и отделения ЛОР - болезней ГУ «НМЦ РТ» - «Шифобахш», в учебный, лечебный, научный процесс кафедр онкологии, оториноларингологии ГОУ «ИПО в СЗ РТ» и кафедр оториноларингологии, онкологии и лучевой диагностики ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино.

Личное участие автора в получении результатов исследования. Автором лично проведен анализ научной медицинской литературы по теме исследования, составлен обзор, в котором выделены актуальные, но не решенные проблемы лечения ЮАОЧ. Более 80% пациентов, включенных в исследование, оперированы автором. Он предложил практическому здравоохранению оптимизированный и щадящий метод временной перевязки наружной сонной артерии при хирургическом лечении юношеской ангиофибромы основания черепа. Автором выполнена статистическая обработка результатов исследования и сравнительная оценка предложенного и традиционного методов хирургического лечения юношеской ангиофибромы основания черепа в условиях недостаточных ресурсов здравоохранения. Вышеуказанное подтверждается представленными материалами и актом комиссии, проводившей первичную экспертизу проведенного исследования.

Публикации. По материалам диссертации опубликовано 15 научных работ, 7 из которых - в рецензируемых ВАКом РФ изданиях. Имеется два патента на изобретения (№ ТЈ 760 при заявке № 1500963 от 26.04.2016 г. «Модифицированный способ временной перевязки наружной сонной артерии» и № ТЈ 926 при заявке № 1801225 от 02.08.2018г. «Способ удаления ангиофибромы носоглотки с предварительной временной перевязкой наружной сонной артерии»).

Структура и объем диссертации. Диссертация состоит из введения, 4 глав, заключения, выводов, практических рекомендаций. Работа изложена на 108 страницах компьютерного текста, иллюстрирована 23 рисунками и 16 таблицами. Указатель использованной литературы содержит 123 источников, из них 48 на русском и 75 - на иностранных языках.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Общая характеристика больных

Диссертационная работа основана на анализе результатов лечения 65 пациентов с юношеской ангиофибромой основания черепа (ЮАОЧ), находящихся на стационарном лечении в ЛОР - отделении ГУ «Национальный медицинский центр Республики Таджикистан» - «Шифобахш» и в ГУ «Республиканский

онкологический научный центр» МЗ и СЗН РТ. Таджикистан относится к регионам высокой рождаемости, где значительный контингент населения – дети. Этиологические причины ЮАОЧ в регионе остаются не выясненными. На основании морфологического исследования биоптатов и послеоперационных материалов у всех 65 больных верифицирована юношеская ангиофиброма основания черепа.

Среди исследованных больных отсутствовали девочки, а наибольшее число пациентов (70,8%) относились к раннему юношескому возрасту и входили в возрастную группу 15-19 лет, 23,1% больных находились в позднем юношеском возрасте (табл. 1).

Таблица 1. Распределение больных по полу и возрасту (n=65)

Возраст, лет	Количество больных		
	женский	Мужской	%
10-14	-	4	6,1
15-19	-	46	70,8
20-24	-	15	23,1

В связи с тем, что ЮАОЧ имеет множество патогномичных симптомов и они могут проявляться поэтапно в процессе агрессивного роста самой опухоли с разрушением целостности близлежащих структур и нарушением функции органов, жалобы больных разделены на 6 групп по методике, предложенной В.С. Погосовым и Н.А. Мирошниченко (1999) (табл. 2).

Таблица 2. Жалобы больных юношеской ангиофибромой основания черепа (n=65)

Характер жалоб	Количество жалоб	
	абс.	%
I группа		
Затруднение носового дыхания	65	100
Гипо- и аносмия	19	29,2
Боли в области околоносовых пазух	6	9,2
II группа		
Симптомы со стороны уха и слуховой трубы:		
- тугоухость	14	21,5
- шум в ушах	-	-
- отиты	8	12,3
III группа		
Отек век и конъюнктивальной оболочки	-	-

Смещение и ограничение подвижности глазного яблока	-	-
Снижение остроты зрения	-	-
Нарушение цветоощущения	-	-
IV группа		
Головная боль	35	53,9
Болевой синдром другого происхождения	-	-
V группа		
Деформация лицевого скелета:		
- этмоидальный вариант	-	-
- максиллярный вариант	6	9,2
VI группа		
Спонтанные кровотечения (объем кровопотери до 800-900 мл)	5	7,7
Неинтенсивные кровотечения (объем кровопотери до 20-80 мл)	17	26,2

В первую группу нами включены такие жалобы как затруднённое носовое дыхание, боли в области околоносовых пазух, гипо- и anosmia: у всех больных (65 – 100%) имело место затруднение носового дыхания; гипо- и anosmia отмечались у 29,2% пациентов, на боли в области околоносовых пазух жаловались 9,2% больных.

Симптомы со стороны уха и слуховой трубы в виде тугоухости установлены у 14 (21,5%) больных, а в 8 (12,3%) случаях диагностированы отиты.

Третья группа жалоб – осложнения со стороны органов зрения у наших пациентов отсутствовали. Необходимо отметить, что большинство больных (53,9%) предъявляли жалобы на головные боли различной интенсивности. У 6 (9,2%) больных была обнаружена деформация лицевого черепа (максиллярный вариант).

Особое внимание мы обращали на симптом «кровотечения». Из 65 больных у 17 (26,2%) имело место неинтенсивное кровотечение из носовых ходов с объемом кровопотери от 20 до 80 мл. Спонтанное кровотечение было диагностировано у 5 (7,7%) больных, объем кровопотери при этом достигал 100-200 мл.

С целью оценки распространенности ангиофибромы и выбора правильного объема хирургического вмешательства мы использовали классификацию ювенильной ангиофибромы (Fisch, 1983; Andrews, 1989), которая используется практически всеми современными исследователями по данной проблеме (табл. 3).

Таблица 3. Распределение больных по стадиям опухолевого процесса (n=65)

Стадии	Описание признаков ЮАОЧ	Количество больных	
		абс.	%
I	опухоль ограничена полостью носа	7	10,8
II	распространение в крылонебную ямку или верхнечелюстную, решетчатую или клиновидную пазухи	42	64,6
IIIА	распространение в орбиту или подвисочную ямку без интракраниального роста	13	20,0
IIIВ	стадия IIIа с экстрадуральным распространением	3	4,6
IVА	интрадуральное распространение без вовлечения кавернозного синуса, гипофиза или зрительного перекреста	0	0
IVВ	вовлечение кавернозного синуса, гипофиза или зрительного перекреста	0	0
ВСЕГО		65	100,0

У значительного числа больных (64,6%) была установлена II стадия ангиофибромы, I стадию имели 10,8% пациентов, IIIА стадия имела место у 20,0% больных, IIIВ – у 4,6%. Больные с IV стадией ангиофибромы не были включены в исследование по причине того, что хирургическое лечение этих пациентов требует системного подхода с привлечением нейрохирурга, офтальмолога, челюстно-лицевого хирурга и других специалистов.

При выборе тактики хирургического лечения ЮАОЧ большое значение имеют форма роста и границы распространения ангиофибромы. У 53,8% больных была обнаружена сфеноэктоидальная форма роста опухолей, реже встречалась базиллярная форма, птеригомаксиллярная форма роста опухолей (табл. 4).

Таблица 4. Форма роста и границы распространения ЮАОЧ (n=65)

Форма роста	Количество больных	
	абс.	%
Базиллярная	17	26,2
Сфеноэктоидальная	35	53,8
Птеригомаксиллярная	12	18,5
Тубарная	1	1,5
ВСЕГО	65	100,0

Ангиофиброма имеет сложную гистологическую структуру из гамартоматозной зародышевой ткани. Мало того, при иммуногистохимическом исследовании в ткани опухоли обнаружены эстрогеновые и прогестероновые рецепторы, хотя гормонотерапия не дает обнадеживающих результатов, но ЮАОЧ встречается исключительно у мальчиков в период полового созревания.

С целью проведения клинического сопоставления полученных результатов, мы распределили пациентов на 2 группы:

1 группа (основная) – 32 (49,2%) пациента, которым оперативные вмешательства производились с временной перевязкой наружной сонной артерии (ВПНСА);

2 группу (контрольную) составили 33 (50,8%) пациента, которым хирургическое лечение проводилось с применением традиционной методологии, без временной перевязки наружной сонной артерии.

В исследуемых группах у 3 (4,6%) больных основной и 4 (6,2%) пациентов контрольной имелось место I степень распространенности опухолевого процесса. II степень распространенности опухолевого процесса была диагностирована у 22 (33,8%) больного основной и у 20 (30,8%) пациентов контрольной группы; у 6 (9,2%) больных основной и у 7 (10,8%) контрольной группы распространенность опухолевого процесса соответствовала IIIA степени; IIIB степень распространенности опухолевого процесса выявлена у 1 (1,5%) больного основной группы и у 2 (3,1%) пациентов в контрольной (табл. 5).

Таблица 5. Распределение больных основной и контрольной групп по классификации Fisch (n=65)

Группы	Степень распространенности опухолевого процесса								Всего
	I		II		IIIA		IIIB		
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	
Основная	3	4,6	22	33,8	6	9,2	1	1,5	32
Контрольная	4	6,2	20	30,8	7	10,8	2	3,1	33
Итого	7	10,8	42	64,6	13	20,0	3	4,6	65

Таким образом, по критерию степени распространенности опухолевого процесса обе группы больных были сопоставимы.

Основным методом лечения ЮАОЧ остаётся хирургический. Известно многочисленные модификации операционных технологий при лечении ЮАОЧ. При всех модификациях существует риск интраоперационного кровотечения, которое осложняет работу хирурга, порой угрожает жизни пациентов.

Для решения этой проблемы в передовых клиниках больным юношеской ангиофибромой основания черепа производится эмболизация ветвей наружной сонной артерии, кровоснабжающей данную область и в течение последующих 48 часов больной должен быть прооперирован с целью удаления ангиофибромы основания черепа. Метод можно считать идеальным, но дороговизна, привлечение смежных специалистов, возможность развития осложнений, недоступность его во многих регионах страны диктуют необходимость разработки методов лечения ЮАОЧ, альтернативных эмболизации, более доступных в регионах, сталкивающихся с этой проблемой.

Мы предприняли попытку не только оценить результаты традиционных методов хирургического лечения ЮАОЧ, но и модифицировать их, и адаптировать к условиям Таджикистана, максимально приближая результаты лечения ЮАОЧ к таковым, существующим в клиниках, располагающих хорошими ресурсами. В настоящее время существует четыре уровня ресурсов, принятых ВОЗ: базовый, ограниченный, расширенный, максимальный. С учетом того, что ресурсы здравоохранения в регионе не соответствуют ни расширенному, ни максимальному уровню, мы предложили и апробировали у 32 больных ЮАОЧ модифицированный нами хирургический метод лечения.

Предложенный нами модифицированный способ временной перевязки наружной сонной артерии состоит из трех этапов: - доступ к наружной сонной артерии; - временная перевязка наружной сонной артерии; - развязка (освобождение) наружной сонной артерии и наложение швов в области раны (смотрите гл. дисс. «Материал и методы»).

Преимущества метода: легкодоступный, экономичный, не травмирует сосуд, артерия держится в полуузле, завязка и развязка материала на сосуде производится свободно и быстро одним движением, без технических затруднений. Данный метод в руках умелого хирурга безопасен, не нарушает архитектонику сосудов данной области, кровоснабжение сосудов восстанавливается полностью, а

самое главное, метод легкодоступен, экономичен, нет надобности привлекать других специалистов, объем кровопотери уменьшается в полтора раза по сравнению с традиционным методом, тем самым, улучшается обзор операционного поля и все это приводит к более радикальному удалению опухоли, что, в свою очередь, сводит к минимуму возможность возникновения рецидивов. Мы считаем, что данный метод может быть рекомендован для лечения юношеской ангиофибромы основания черепа в регионах с недостаточными ресурсами здравоохранения как альтернатива эмболизации сосудов исследуемой области.

Методы исследования

При поступлении всем больным проводились общепринятые методы диагностики: активный сбор жалоб и анамнеза, лабораторные, оториноларингологические исследования (эндоскопическое, аудиологическое) и дополнительные методы диагностики каротидную ангиографию, рентгенологическое исследование, КТ и МРТ придаточных пазух носа, морфологическое исследование биоптатов. На этапах диагностики больные консультировались онкологами, нейрохирургами и, при необходимости, другими специалистами.

КТ и МРТ придаточных пазух носа с охватом головного мозга позволяло определить объём и границы опухоли, степень разрушения костных структур лицевого черепа. Слуховую функцию определяли аппаратом МА-31 производство Германия

Морфологическое исследование биоптатов до и после операции проводили в отделение морфологии злокачественных новообразований ГУ «РОНЦ» МЗ и СЗН РТ и патолого - анатомическом отделении ГУ «НМЦ РТ» - «Шифобахш».

Эндоскопическое исследование полости носа и носоглотки производили под контролем эндоскопа фирмы NY PENGKANG с жёсткими наконечниками, в которых оснащёны телескопы с углом зрения 0° , 30° , 60° , 90° .

Ангиография сосудов НСА до и после операции проводилось в рентгено – эндоваскулярном отделении «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии» МЗ и СЗ РТ.

Определение интраоперационной кровопотери производилась нами традиционным методом – взвешиванием использованных тампонов + количество крови в резервуарах отсосов до завершения вмешательства и более достоверным методом, предложенным Муром (1956 год) на основании показателей гематокрита.
 $V_{кп} = ОЦКд \times (H_{тд} - H_{тф}) / H_{тд}$.

Должный ОЦК определяли по формуле: $ОЦК = 70 \times m$ (для мужчин).

Статистическую обработку полученных результатов производили с использованием статистического пакета Microsoft Excel. Оценку статистической значимости различий между средними величинами осуществляли с помощью критерия Р – статистическую значимость различия средних показателей между основной и контрольной группами (по U- критерию Mann-Whitney и Wilcoxon). Различия считались достоверными при 95% порога вероятности.

Результаты исследования и их обсуждение

Как свидетельствуют данные таблицы 6, в основной группе мальчиков в возрасте 10-14 лет было 15,6%, 15-19 лет – 75, 0%, 20-24 лет – 9,4%, то есть ЮАОЧ в основном поражает мальчиков в возрасте 15-19 лет.

Таблица 6. *Распределение по возрасту больных ЮАОЧ основной группы*
(n=32)

Возраст, лет	Количество больных*	
	абс.	%
10-14	5	15,6
15-19	24	75,0
20-24	3	9,4

*все больные в исследовании были мужского пола

Все пациенты после тщательного обследования с учетом критериев распространенности поражения анатомических образований распределены по классификации U. Fisch. ЮАОЧ у 3 (9,4%) пациентов была ограничена полостью носа (I стадия). У 22 (68,8%) - опухоль распространялась в крылонебную ямку или верхнечелюстную решетчатую или клиновидную пазухи (II стадия). В IIIA находились 6 (18,8%) пациентов, у которых ангиофиброма имела распространение в орбиту или подвисочную ямку без интракраниального роста, и, наконец, у одного больного (3,1%) имелась IIIB стадия ЮАОЧ с экстрадуральным распространением

опухоли. Пациенты с IV стадией не включены в диссертационное исследование. Таким образом, основную группу больных, получавших хирургическое лечение с временной перевязкой наружной сонной артерии на стороне поражения, составили больные ЮАОЧ, имеющие II стадию распространенности процесса. Несомненно, успех хирургического вмешательства и его радикальность в основном зависели от стадии болезни.

На наш взгляд, рецидивы после оперативного вмешательства, продолженный рост опухоли имеют прямое отношение к исходной ткани ЮАОЧ (табл. 7).

Таблица 7. *Формы ЮАОЧ в зависимости от происхождения опухоли (n=32)*

Форма опухоли	Количество больных	
	абс.	%
Базиллярная	7	21,9
Сфеноэктоидальная	17	53,1
Птеригомаксиллярная	7	21,9
Тубарная	1	3,1

В зависимости от строения опухоли на гистограммах и с учетом морфологических признаков исследованных материалов были выделены три группы больных, имеющих:

1. ангиофибромю сосудисто-фиброзного типа (n=16), при которой на гистограммах обнаружено выраженное развитие коллагеновых волокон фиброзной ткани, сосуды в толще фиброзных структур неравномерно расширены (от мелко ветвящихся до кавернозных), имеют неправильную форму;

2. клеточный тип ангиофибромы (n=13), основными клеточными элементами являются фибробласты, клеточная пролиферация в структуре ангиофибромы - клетки собраны вокруг сосудов, они имеют крупные и круглые ядра; встречаются клетки, напоминающие мезенхимальные; сосудистые щели пустые, стенки выстланы клетками с гиперхромными ядрами.

3. Смешанный тип. (n=3). На микропрепарате этого типа соотношение пропорций фиброзной ткани и клеточного состава существенных различий не имеют. Сосуды представлены в основном капиллярного типа, их стенки утолщены за счёт пролиферации эндотелиальных клеток, они разнокалиберные с пустым просветом, а иногда и с тромбом.

Из 32 больных 7 (21,9%) обратились за медицинской помощью спустя 4-5 месяцев после появления первых симптомов заболевания в виде затрудненного носового дыхания, эпизодических кровотечений. Давность заболевания у 6 (18,7%) больных варьировала от 6 месяцев до 1 года, у 19 (59,4%) – от 1 года до 3 лет. Необходимо подчеркнуть, что больным при первичном обращении к врачам были установлены самые разные диагнозы, назначалась неадекватная терапия по поводу ринита, синусита, и пр.

При подготовке пациентов к операции обязательным являлось эндоскопическое исследование полости носа и носоглотки, при котором у всех 32 больных мы установили наличие опухоли, занимающей полость носа и носоглотки, из них у 19 (59,4%) она деформировала носовую перегородку. Опухоли носили сосудистый характер, имели темно-розовую окраску, при дотрагивании кровоточили.

В большинстве случаев рецидивирование обусловлено удалением опухоли не в полном объеме, что зависит от многих факторов: несоответствие условий проведения хирургического вмешательства, которые не являются совершенными, нерадикальное удаление опухоли, сопровождающееся угрожающим жизни пациента кровотечением, что препятствует тщательной ревизии послеоперационной полости и визуальной оценке операционного поля. Интраоперационные осложнения, также нерадикальное резецирование опухоли нередко связаны с непрофессиональным отношением хирурга, который не знаком с особенностями клинического течения ЮАОЧ.

На сегодняшний день вариантом выбора с учетом новейших технологий является суперселективная ангиография с эмболизацией кровеносных сосудов, питающих опухоль, которая является необходимым условием подготовки пациентов с ЮАОЧ к операции по удалению опухоли, что позволяет определить не только источник кровоснабжения, но и оценить объем возможного интраоперационного кровотечения.

В литературе имеется «блок-схема» для клиник с максимальными ресурсами, обеспеченных высокой медицинской технологией (Предложен проф. Веззговым В. А. и соавт в 2011г.). На основе этого нами предложена адаптированная схема диагностики и лечения ЮАОЧ для регионов с недостаточными ресурсами.

Предложенная нами методологическая оценка оптимизации диагностики и лечения больных ЮАОЧ обеспечит клиницисту последовательный подход к процедуре, сокращает время подготовки больных к оперативному вмешательству (рис. 1).



Рис. 1. Модифицированная «блок-схема» оптимизации диагностики и лечения больных ЮАОЧ

Предложенная нами методологическая оценка оптимизации диагностики и лечения больных ЮАОЧ обеспечит клиницисту последовательный подход к процедуре, сокращает время подготовки больных к оперативному вмешательству.

Тактика подхода к хирургическому лечению заключалась в следующей предоперационной подготовке: перед удалением опухоли производили временную перевязку наружной сонной артерии резиновой полоской в полуузел (малый патент на изобретение № ТУ760 при заявке № 1500963 от 26.04.2016 г.). После удаления опухоли, тампонирования передних и задних отделов полости носа, одним движением развязывали полуузел, тем самым восстанавливая кровообращение бассейна наружной сонной артерии, и послойно зашивали рану шеи. Таким образом, мы достигали более благоприятных результатов лечения. Удаление тампонов производили на 2-3 сутки в зависимости от доступа, а снятие швов – на 7-10 сутки.

У 2 (7,4%) пациентов было отмечено осложнение в виде постоперационного рецидивирующего носового кровотечения, которое в одном случае остановлено ревизией операционной полости эндоскопическим способом и прижиганием кровоточащего сосуда монополярным электрокоагулятором, а во втором - перевязкой наружной сонной артерии на стороне кровотечения.

Тщательный анализ результатов оперативных вмешательств показал, что интраоперационные кровотечения составили от 200,0 до 600,0 мл в основной и 650,0-1600,0 мл (у 2 больных более 2000,0мл) в контрольной группах (рис. 2).

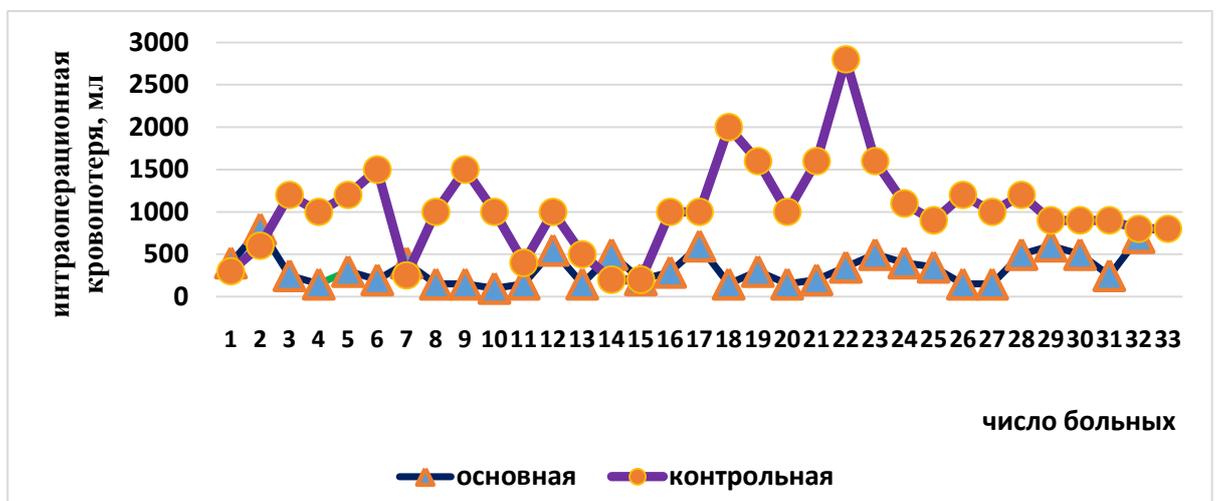


Рис. 2. Объем интраоперационной кровопотери

Таким образом, объём интраоперационного кровотечения сокращается более чем в 2 раза, что является крайне положительным моментом для пациентов детского возраста. Далее анализ самого хирургического вмешательства показала значительного сокращения продолжительности его и обеспечения радикализма лечения. Данный подход к хирургическому лечению сократил сроки пребывания пациентов в стационаре на 5-7 суток. Это дало возможность экономного расхода бюджетных средств стационара (рис.3-4).

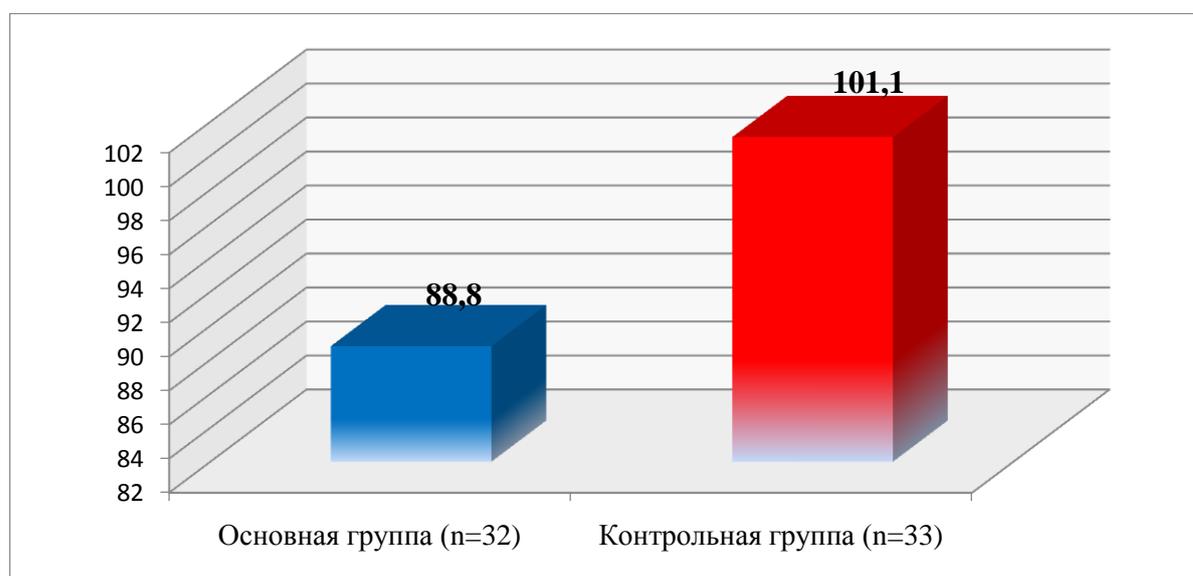


Рис. 3. Анализ продолжительности оперативных вмешательств, мин

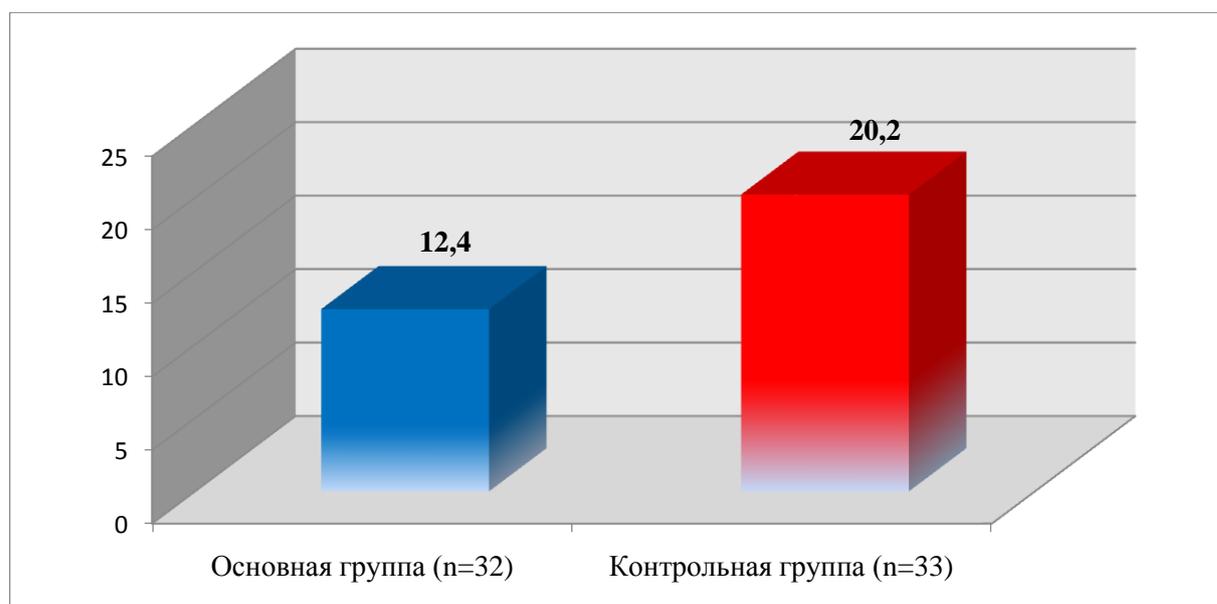


Рис. 4. Продолжительность койко-дней

Резюмируя этот раздел работы, следует особо подчеркнуть, что существует множество подходов к хирургическому лечению ЮАОЧ, но некоторые из них требуют максимальных ресурсов от здравоохранения. Поэтому оптимизация существующих традиционных методов имеет большое значение в регионах с недостаточными ресурсами.

Экономическая значимость применения временной перевязки наружной сонной артерии (ВПНСА) заключается в том, что на предоперационном этапе она способна обеспечить такие же результаты, что и суперселективная эмболизация, которая требует значительных материальных затрат. Полученные результаты наглядно демонстрируют, что хирургическое лечение юношеской ангиофибромы основания черепа с временной перевязкой наружной сонной артерии является более оптимальным вариантом в условиях недостаточных ресурсов - сокращается объем интраоперационной кровопотери, создаются хорошие условия для контроля операционного поля и возможность для проведения радикального вмешательства. Предложенный метод является малозатратным и адекватным для населения в условиях ограниченных экономических ресурсов. Данную методику рекомендуется применять при хирургическом лечении ЮАОЧ в I-II-III стадиях по классификации Fisch.

Мы сравнили различные подходы к хирургическому лечению ЮАОЧ при использовании временной перевязки наружной сонной артерии и без нее с применением доступов через естественные пути; операцию по Денкеру; операцию с проведением лицевого разреза или операция по Муру (табл. 8).

Таблица 8. *Различные варианты оперативных доступов при хирургическом лечении ЮАОЧ*

Доступы к операции	Исследуемые группы				Всего (n=65)	
	основная (n=32)		контрольная (n=33)			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Через естественные пути	25	38,5	20	30,8	45	69,2
Бокова щадящая Ринотомия	5	7,7	3	4,6	8	12,3
По Муру	1	1,5	9	13,8	10	15,4
По Денкеру	1	1,5	1	1,5	2	3,1

В большинстве случаев (в 38,5% в основной и в 30,8% - в контрольной группах) хирургические вмешательства мы выполняли через естественные пути. У 7,7% больных основной группы и у 4,6% контрольной мы выполняли операции с использованием боковой щадящей ринотомии.

Наиболее часто (13,8%) доступ по Муру использовали у больных контрольной группы, у которых перевязка наружной сонной артерии не выполнялась.

В связи с тем, что основным и грозным осложнением оперативного вмешательства при ЮАОЧ является интраоперационное кровотечение, мы, в процессе операции и после нее в динамике, проводили контроль показателей крови (табл. 9).

Таблица 9. Показатели объема интраоперационной кровопотери и объема введенных компонентов крови и плазмы

Показатели	Группы исследования			
	Основная	Р	Контрольная	Р
Интраоперационная кровопотеря, мл	330,9±33,2	<0,001	1034±93,2	<0,001
Введенные компоненты крови и плазмы, мл	36,3±19,1	<0,001	313,3±59,5	<0,001

При индивидуальном анализе результатов оказалось, что из 33 больных контрольной группы у 15 (45,5%) кровопотеря составляла более 1000,0 мл, а у 2 пациентов - 2000,0 и более мл, что угрожало жизни больных на операционном столе.

Наш опыт хирургического лечения ЮАОЧ является стремлением оптимизации метода временной перевязки наружной сонной артерии на стороне вмешательства, применив щадящие подходы, не повреждая артерию, максимально сохраняя ее анатомию. В последующем наблюдение за пациентами показало важность сохранения нормального кровотока в бассейне сонной артерии. В послеоперационном периоде пациенты не жаловались на головные боли и дискомфорт на стороне временной перевязки.

Анализ оперативных вмешательств у больных основной группы (n=32) показал, что только у 3 (9,3%) пациентов интраоперационная кровопотеря

составила более 500,0 мл, у остальных 29 больных она не превышала 400,0 мл, при этом у многих из них она не достигала 200,0 мл.

В процессе оперативного вмешательства и в первые дни после него больные контрольной группы остро нуждались в заместительной терапии. Так, из 33 больных контрольной группы двум пациентам вводили более 1000,0 мл компонентов крови и плазму. 7 больным потребовалось введение более 500,0 мл компонентов крови, а 9 больным – более 250,0 мл крови и ее заменителей. Эти показатели несколько отличались у больных основной группы и большинство из них не нуждались в переливании крови и кровезаменителей. Так, из 32 больных основной группы только 1 пациенту перелили 500,0 мл, а 2 – 230,0 и 280,0 мл компонентов крови. Объем интраоперационной кровопотери у больных в контрольной группе варьировал от 650,0 до 1500,0 мл, а у 7 больных этот показатель достиг 1500-2000 мл.

Послеоперационные рецидивы у больных основной группы имели место в одном случае, а в контрольной – у 5 пациентов.

У больных контрольной группы удаление задних тампонов произведено на 3-4 сутки после операции из-за риска развития кровотечения, в основной группе – на 2-3 сутки.

Таким образом, при проведении оперативного вмешательства у больных ЮАОЧ традиционным методом из-за массивного кровотечения хирурги стараются как можно быстрее завершить операцию и заняться гемостазом послеоперационной раны, а ревизия отходит на второй план, что снижает качество выполненной операции и увеличивает риск развития рецидивов болезни.

Динамический контроль показателей красной крови больных до и после операции также свидетельствует о преимуществе оперативных вмешательств с использованием временной перевязки наружной сонной артерии (табл. 10).

Как видно из таблицы 10, показатели эритроцитов у больных основной и контрольной групп до операции почти не отличаются друг от друга ($4,23 \pm 0,04$ и $4,15 \pm 0,06$ соответственно), но эти же показатели после операции незначительно лучше у больных основной группы ($3,86 \pm 0,05$ и $3,39 \pm 0,10$ соответственно). Сравнительная оценка показателей гемоглобина крови указывает на их убедительное улучшение у больных основной группы после операции ($116,2 \pm 2,2$

против $96,8 \pm 2,8$ в контрольной группе), до операции показатели гемоглобина крови в обеих группах были почти одинаковыми.

Таблица 10. Показатели крови у исследованных больных до и после операции

Показатели крови	Группы исследования			
	Основная		Контрольная	
	до операции	После операции	до операции	После Операции
Эритроциты	$4,23 \pm 0,04$	$3,86 \pm 0,05$	$4,15 \pm 0,06$	$3,39 \pm 0,10$
Гемоглобин	$134,9 \pm 1,8$	$116,2 \pm 2,2$	$130,4 \pm 2,4$	$96,8 \pm 2,8$
Цветной Показатель	$0,896 \pm 0,005$	$0,889 \pm 0,001$	$0,908 \pm 0,005$	$0,812 \pm 0,011$
P	$>0,05$	$<0,001$		$<0,001$

Уровень цветного показателя крови у больных основной группы до и после операции почти не изменился ($0,896 \pm 0,005$ до операции против $0,889 \pm 0,001$ после нее). Несколько иная динамика цветного показателя крови имела место у больных контрольной группы ($0,908 \pm 0,005$ до операции против $0,812 \pm 0,011$ после нее).

Вышеприведенные изменения показателей крови у больных контрольной группы, вероятно, обусловлены наличием интенсивной кровопотери во время оперативного вмешательства, истощением костного мозга в ближайшем и отдаленном послеоперационных периодах.

Мы проанализировали продолжительность оперативных вмешательств в двух исследуемых группах больных, поскольку течение послеоперационного периода и восстановление жизненно важных функций организма в большей степени зависят от объёма оперативного вмешательства и длительности операции (табл. 11).

Таблица 11. Средние показатели продолжительности оперативных вмешательств и пребывания в стационаре

Показатели	Группы исследования			
	основная	P	Контрольная	P
Продолжительность операции, мин.	$88,0 \pm 7,1$	$<0,001$	$101,1 \pm 5,8$	$<0,001$
Число койко-дней	$12,4 \pm 0,9$	$<0,001$	$20,2 \pm 2,0$	

В контрольной группе продолжительность оперативного вмешательства составляла 60-150 мин., при этом, у 11 (33,3%) пациентов операция продолжалась более 120 мин. (2 часов!) по причине интраоперационного кровотечения, сложности хирургических манипуляций, плохого обзора операционного поля. Продолжительность операции у больных основной группы с использованием временной перевязки наружной сонной артерии только у 5 (15,6%) пациентов составила 120 мин. из-за распространенности опухолевого процесса и сопутствующих заболеваний.

На современном кризисном этапе огромное значение, с точки зрения экономики, имеет длительность нахождения больного на койке стационара. В последнее десятилетие одним из основных направлений в стратегии здравоохранения Республики Таджикистан является сокращение неэффективных коек стационаров, экономное использование внутрибольничных ресурсов без ущерба качеству медицинской помощи. Так, больные контрольной группы находились в стационаре в течение 9-52 дней: до 10 дней – 12,1%, до 20 дней - 48,5%; длительность пребывания в стационаре остальных 13 (39,4%) пациентов превышала 20 суток. В основной группе только 3 (9,4%) больных находились в стационаре более 20 дней, остальные 29 (90,6%) были выписаны домой спустя 10-14 дней после госпитализации.

Вышеприведенные данные приобретают большую значимость в условиях недостатка ресурсов здравоохранения, ибо использование временной перевязки наружной сонной артерии при хирургическом лечении ЮАОЧ сократило продолжительность операции в среднем со $101,1 \pm 5,8$ (контрольная группа) до $88,0 \pm 7,1$ минут (основная группа) а койко-дней пребывания в стационаре со $20,2 \pm 2$ (контрольная группа) до $12,4 \pm 0,9$ (основная группа).

ВЫВОДЫ

1. ЮАОЧ представляет собой редко встречающуюся опухольную патологию, поражающую лиц мужского пола в раннем юношеском возрасте (70,8%).

2. Клиническое течение ЮАОЧ довольно разнообразное и в основном зависит от формы роста опухоли в полости носа и ее распространения в другие анатомические структуры. Чаще всего ЮАОЧ представлена сфеноидальной (53,8%) и базиллярной (26,2%) формами роста опухоли.

3. Основным методом лечения ЮАОЧ является хирургический. Применение традиционных методов оперативного вмешательства без предварительной подготовки к предотвращению интраоперационного кровотечения увеличивает риск нерадикального удаления и развития рецидивов опухоли.

4. Использование временной перевязки наружной сонной артерии по предложенной модификации является адекватным, щадящим и эффективным подходом к хирургическому лечению ЮАОЧ. Она дает возможность:

- уменьшить объем интраоперационной кровопотери более чем в два раза ($330,9 \pm 33,2$ в основной группе против $1034 \pm 93,2$ в контрольной);
- сократить сроки пребывания оперированных больных в стационаре до 7-8 суток;
- снизить текущие затраты на лечение больных ЮАОЧ в условиях ограниченных ресурсов.

РЕКОМЕНДАЦИИ ПРАКТИЧЕСКОМУ ЗДРАВООХРАНЕНИЮ

1. Хирургическое лечение юношеской ангиофибromы основания черепа с временной перевязкой наружной сонной артерии является более оптимальным вариантом по сравнению с традиционным способом - сокращается объем интраоперационной кровопотери, создаются хорошие условия для контроля операционного поля и возможность для проведения радикального вмешательства.

2. Биопсия должна являться неотъемлемым компонентом диагностического алгоритма ЮАОЧ, что дает возможность установления истинной

природы опухоли и предотвратить риск возникновения грозных осложнений в процессе лечения; исследование биоптатов обеспечивает дифференцировку между ЮАОЧ и папилломами, хоанальными полипами, злокачественными новообразованиями полости носа.

3. Использование модифицированной методологической схемы диагностики и лечения ЮАОЧ, предложенной нами, дает возможность сократить материальные расходы здравоохранения в регионах с ограниченными ресурсами и достичь хороших результатов и в условиях ЛОР отделений областных учреждений здравоохранения.

Список опубликованных работ по теме диссертации

1. Икромов М. К., Шамсидинов Б.Н., Махмудназаров М.И. Тактика оперативного лечения юношеской ангиофибromы носоглотки.- Педиатрия и детская хирургия Таджикистана.-2010.- №3.- С. 339-341.

2. Шамсидинов Б.Н., Икромов М. К., Мухторова П.Р., Файзоев А.А. К вопросу юношеской ангиофибromы носоглотки.- Научно-практический журнал ТИППМК.- 2013.- №2.- С. 215-216.

3. Икромов М. К., Гуломов З.С., Назирмадова М.Б., Косимов А.А. Лечение больных с ангиофибромомы носоглотки по данным ЛОР-клиники НМЦ г.Душанбе.- Сб. Мат. 4-го Петербургского форума оториноларингологов России.- Санкт-Петербург.- 2015.- С. 228-229.

4. Икромов М.К.,Азизов К.Н. Наш опыт хирургического лечения юношеской ангиофибromы основания черепа.- «Вестник Авиценны» ТГМУ имени Абуали ибни Сино.-2015.- №3.- С. 32-36

5. Икромов М.К., Зикирходжаев Д.З., Азизов К.Н., Назирмадова М.Б., Собиров М.М. Хирургическое лечение юношеской ангиофибromы носоглотки с временной перевязкой наружной сонной артерии.- Известия Академии наук Республики Таджикистан.-2015.- №4.- С. 85-90

6. Икромов М. К., Азизов К.Н., Назирмадова М.Б. Хирургическое лечение юношеской ангиофибromы основания черепа.- Мат. 1-й съезд офтальмологов Республики Таджикистан с международным участием.- Душанбе.-2015г.- С. 241-244

7. Икромов М. К., Азизов К.Н. Оптимизация хирургического лечения юношеской ангиофибromы основания черепа.. Мат. республиканской научно-практической конференции на тему «Медицина и здоровье», посвящённой 80-летию ГОУ «Республиканский медицинский колледж».- Душанбе.- 2015.- С.61-63.

8. Шамсидинов Б.Н., Икромов М. К., Мухтарова П.Р. Оценка эффективности хирургического лечения юношеской ангиофибромы основания черепа. Мат. научно- практической конференции с международным участием «Актуальные вопросы травматологии-ортопедии и хирургии повреждений».- Куляб.-2016.- С. 410- 411.

9. Икромов М. К., Шамсидинов Б.Н., Назирмадова М. Б., Сафаров Д. А. Особенности хирургического лечения юношеской ангиофибромы носоглотки. Мат. ежегодной 22-ой научно-практической конференции Республики Таджикистан «Роль последиplomного образования в развитии медицины Республики Таджикистан».- Душанбе.- 2016.- С. 125-126.

10. Икромов М. К., Зикирходжаев Д. З., Шамсидинов Б.Н., Гуломов З.С., Косимзода А. А., Назирмадова М. Б. Оптимизация хирургического лечения юношеской ангиофибромы основания черепа в условиях ограниченных ресурсов. Российская оториноларингология.-2016.- №6 (85).- С.55-60.

11. Икромов М.К. Эффективность временной перевязки наружной сонной артерии при хирургическом лечении юношеской ангиофибромы основания черепа.- Вестник последиplomного образования в сфере здравоохранения. - 2016.- №4.- С. 33-36.

12. Икромов М. К., Зикирходжаев Д.З., Назирмадова М.Б., Абдулоев Д. Ш., Соибов.А.Б. Варианты оптимизации хирургического лечения юношеской ангиофибромы основания черепа.- Здравоохранение Таджикистана.-2016.- №4.- С. 5-11.

13. Икромов.М.К. Оптимизация тактики диагностики и хирургического лечения юношеской ангиофибромы основания черепа в условиях недостаточных ресурсов. - Мат. научно-практической конференции оториноларингологов Республики Таджикистана с международным участием «Современные аспекты диагностики и лечения в оториноларингологии». - Душанбе.-2018.- С. 78-82

14. Икромов М.К. Оценка эффективности временной перевязки наружной сонной артерии при хирургическом лечении юношеской ангиофибромы основания черепа. Вестник последиplomного образования в сфере здравоохранения.- 2018.- №2.- С. 29-33

15. Икромов М. К. Обоснованность временной перевязки наружной сонной артерии при хирургическом лечении юношеской ангиофибромы основания черепа в условиях ограниченных ресурсов здравоохранения.- Российская оториноларингология.-2018.- №6 (97). - С. 32-37

Малый патент на изобретение

1. Модифицированный способ временной перевязки наружной сонной артерии, № ТЈ 760 при заявке № 1500963 от 26.04.2016 г.

2.Способ удаления ангиофибромы носоглотки с предварительной временной перевязкой наружной сонной артерии, № ТЖ 926 при заявке № 1801225 от 02.08.2018г.

Список сокращений

Абс.- абсолютное число.

ВПНСА – временная перевязка наружной сонной артерии.

ГОУ «ИПО в СЗ РТ» - Государственное образовательное учреждение «Институт последипломного образование в сфере здравоохранения Республики Таджикистан».

ГОУ ТГМУ - Государственное образовательное учреждение Таджикский государственный медицинский университет.

ГУ «НМЦ РТ» - «Шифобахш» - Государственное учреждение «Национальный медицинский центр Республики Таджикистан» - «Шифобахш».

ГУ «РОНЦ» МЗ и СЗ РТ – Государственное учреждение «Республиканский онкологический научный центр» министерство здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан.

КТ - компьютерная томография.

МРТ – магнитно - резонансная томография.

НСА – наружная сонная артерия.

ОЦК – объём циркулирующей крови.

ОЦКд – должный объём циркулирующей крови.

СОД – суммарная очаговая доза.

ТИППМК – Таджикский институт последипломной подготовки медицинских кадров.

ЮАОЧ – юношеская ангиофиброма основания черепа.

ATLS – классификация кровопотери Американской коллегии хирургов

Нтд – гематокрит должный.

Нтф– гематокрит фактический

m – масса тела.

Vкп- Объём кровопотери