

- durata bolii
- volumul cavității postoperatorii
- evidare petromastoidiană totală incompletă
- virulența florei microbiene

4. Prezența „maladiei urechii operate” este indicație pentru tratament chirurgical

### Bibliografia

1. MAGLINLO G, ROUZONI R, VINGOLO GM, CRISTOFARI P. Am J Otol 1992; 13:3:288-291.
2. PALMGREN O. Acta oto-laryngol ( Stockh ) 1979; 88: 5-6: 343-349.
3. RAUCHFUS A. Laryng Rhinol Otol 1985; 5: 243-248.
4. YOUNGS R. Clin Otolaryngol ( England ) Dec 1992; 17: 6: 505-510.
5. КОЛЕДА АА. Некоторые актуальные вопросы морфологии среднего уха в отдаленном периоде после общеполостной операции: Дис. ...канд мед наук. Гродно 1976.
6. СУШКО ЮА, МИЩАНЧУК НС, СРЕБНЯК ИА. Журн ушн, нос и горл бол 1996;2:6-11.
7. ТАРАСОВ ДИ, ФЕДОРОВА ОК, БЫКОВА ВП. Заболевание среднего уха. М 1988.

## НАШ ОПЫТ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЮВЕНИЛЬНОЙ АНГИОФИБРОМЫ НОСОГЛОТКИ

**Д.И. Заболотный<sup>1</sup>, Д.В Щеглов, Г.Э. Тимен<sup>2</sup>, О.И. Паламар<sup>3</sup>, Д. А. Зинченко<sup>4</sup>, В.И. Нестерчук<sup>5</sup>, А.Л. Костюченко<sup>5</sup>, В.Д. Гайдук<sup>6</sup>**

<sup>1</sup> чл.-кор. АМН Украины, д.мед.н., проф., директор Гос. учр-ния «Институт отоларингологии им. проф. А.И. Коломийченко АМН Украины»;

<sup>2</sup> чл.-кор. АМН Украины, д.мед.н., проф., зав. отделом ЛОР-патологии детского возраста ГУ «Институт отоларингологии им. проф. А.И. Коломийченко АМНУ»;

<sup>3</sup> канд.мед.н., отд. хирургии вне мозговых опухолей ГУ «Институт нейрохирургии им. А.П. Ромоданова АМН Украины»;

<sup>4</sup> канд.мед.н., зав. отделением воспалительных заболеваний ЛОР-органов ГУ «Институт отоларингологии им. проф. А.И. Коломийченко АМНУ»;

<sup>5</sup> канд. мед. н., научн. сотр. отдела воспалительных заболеваний ЛОР-органов ГУ «Институт отоларингологии им. проф. А.И. Коломийченко АМНУ»;

<sup>6</sup> м.н.с. отдела воспалительных заболеваний ЛОР-органов ГУ «Институт отоларингологии им. проф. А.И. Коломийченко АМНУ»

### Введение

Ювенильные ангиофибромы носоглотки (ЮАН) относятся к доброкачественным новообразованиям с прогрессирующим интраканаликулярным и деструктивным ростом. Встречаются преимущественно у детей мужского пола, но иногда ЮАН впервые выявляют и в старшем возрасте. Частота встречаемости ЮАН составляет 0,05% всех опухолей головы и шеи или 17,5% среди доброкачественных опухолей ЛОР-органов и 53,6% случаев доброкачественных опухолей носоглотки (Mann W.J. et al., 2004; Mistry R.C. et al., 2005).

### Актуальность

Гистогенез ангиофибромы выяснен не полностью. Однако тканевым ее источником считаются мезенхимальные остатки хорды или закладки черепа периода раннего эмбриогенеза. Клеточным источником роста являются камбиальные элементы волокнистого хряща верхнего шейного позвонка или базальной фасции глотки. Наиболее часто опухоль исходит из области свода носоглотки вблизи назофарингеального углубления, передней стенки клиновидной кости, реже – из крыловидно-челюстной и клиновидно-решетчатой зоны.

По гистологической структуре ангиофиброма является опухолью двухкомпонентной, в которой составляющие ее сосудистая и фиброзная части в равной мере обладают опухольевыми свойствами. Свидетельством этого служит системное распределение сосудов и гиперплазия эндотелия, а также разнообразие и полиморфизм соединительнотканых клеток. В активной фазе роста заметно преобладание сосудистого компонента. По мере созревания опухоли намечается преобладание компонента стромального. При этом уменьшается клеточная плотность стромы, которая становится более волокнистой, фиброзной. Особенностью сосудов этой стадии является их характерная щелевидная форма, хорошо заметная при гистологическом исследовании, с зияющим просветом на разрезе не-

фиксированной ткани, что обуславливает склонность ангиофибромы давать обильные трудноостанавливаемые кровотечения при ее хирургическом удалении.

Быстрый рост опухоли наблюдается в период полового созревания, сопровождается обильными рецидивирующими кровотечениями, нарушением носового дыхания, может привести к деформации лицевого скелета (чаще при птеригомаксиллярном типе опухоли). При позднем обращении к врачу и несовершенной диагностике опухоль может распространяться на подвисочную ямку и интракраниально (в среднюю черепную ямку, в том числе в проекцию кавернозного синуса).

Выделяют три основных типа ангиофибром:

1. Базальный тип, при котором фиброма исходит из купола носоглотки, распространяясь в ротоглотку и через хоаны в полость носа.

2. Сфеноидальный тип, наиболее часто встречающийся. Опухоль исходит из передней и передне-нижней стенки основной пазухи (сфеноэтомидальное пространство). Заполняя вначале основную пазуху, клетки решетчатого лабиринта распространяется в носовую полость и носоглотку.

3. Птеригомаксиллярный тип. Опухоль исходит из области медиальной пластинки крыловидного отростка основной кости и вертикальной пластинки небной кости, откуда распространялась в носоглотку, полость носа, крылонебную, зачелюстную и подвисочную ямки.

Разные клинико-анатомические формы ЮАН требуют разной хирургической тактики при лечении больных.

При опухолях небольших размеров базального типа – опухоли, как правило, удаляют эндоназально, под контролем эндоскопической техники.

При опухолях среднего и крупного размера всех трех типов наиболее часто применяют доступ по Денкеру.

При осложненном течении заболевания, когда трансназальное удаление гигантских новообразований, особенно с интракраниальным распространением, технически затруднено, мы рекомендуем применять модифицированные методы, разработанные в клинике института.

## Материал и методы

За последние 6 лет в клинике ГУ «Институт отоларингологии им. проф. А.И. Коломийченко АМН Украины» было обследовано и прооперировано 116 больных с гистологически верифицированным диагнозом ангиофибромы носоглотки. Возраст больных варьировал от 7 до 30 лет.

Алгоритм диагностического обследования больных, наряду с использованием традиционных клинического, рентгенологического, неврологического, патогистологического, КТ-методов, включал также МРТ, АКТ-методы и ангиографию сосудов головы. Последние позволят получить детальное изображение мягкотканых структур при интракраниальном расположении опухоли. При опухолях значительных размеров пациентам за 3-5 дней до основного вмешательства проводилась ангиография сосудов головы с эмболизацией стволов, питающих опухоль.

## Результаты

При хирургическом лечении ангиофибромы носоглотки чаще всего (у 82 пациентов) использовался доступ по Денкеру, позволяющий выделить опухоль из гайморовой пазухи, полости носа, решетчатого лабиринта, основной пазухи, орбиты, носоглотки, а также, крылонебной и зачелюстной области. У 12 больных опухоль была удалена эндоназально. При распространении опухоли на подвисочную ямку и интракраниально (22 пациента) была применена модифицированная хирургическая тактика: перед традиционным трансназальным удалением опухоли первым этапом операции проводили боковой краниофациальный доступ к опухоли для улучшения ее мобилизации и повышения радикальности операции. Как мы и сообщали в более ранних публикациях (Заболотный Д.И. и соавт., 2006), такой доступ предполагал резекцию орбито-скулового комплекса и дна средней черепной ямки до границы костного дефекта, уже созданного новообразованием. В случае интрацеребрального распространения опухоли выполнялась её мобилизация по отношению к височной доле головного мозга и ее сосудам. При локализации новообразования в подвисочной ямке и проекции кавернозного синуса мобилизация опухоли проводилась экстрадурально. Данные оперативные вмешательства проводились с привлечением в операционную бригаду врача-нейрохирурга.

В послеоперационном периоде у пациентов не было зафиксировано ни одного случая психических и неврологических расстройств. У 11 больных оперативное вмешательство сопровождалось значительной кровопотерей (до 1,5 литра), что потребовало гемотрансфузии.

Послеоперационный период у остальных пациентов протекал без осложнений. Постельный режим был отменен на вторые-третьи сутки.

## Обсуждение и выводы

Наш опыт свидетельствует, что успешное безрецидивное лечение ЮАН возможно при использовании современных высокоточных методов топической диагностики опухоли и адекватных ее распространенности хирургических доступов, позволяющих удалить опухоль под контролем зрения, радикально и с минимальной кровопотерей. Если в прошлые годы рецидивы встречались довольно часто – 32,3 % по данным Е.Н. Мануйлова и И.Т. Батюнина (1971) и до 20 % по данным нашей клиники, то за последние 5 лет при введении в диагностический алгоритм обязательного КТ- и МРТ-обследования количество рецидивов сведено до минимума (8,5%) (Д.И. Заболотный и соавт., 2006; Mistry R.C. et al., 2005).

## Литература

1. ЗАБОЛОТНЫЙ ДИ, ТИМЕН ГЭ, ПАЛАМАР ОИ, ЩЕГЛОВ ВИ, ЗИНЧЕНКО ДА. Особенности хирургического лечения больных ювенильной ангиофибромой носоглотки с интракраниальным ростом // Материалы XVII съезда оториноларингологов России (г. Нижний Новгород, 7-9 июня 2006 г.). – СПб, 2006. – С.375-376.
2. MANN WJ, JESKER P, AMEDEE RG. Juvenile angiofibromas: changing surgical concept over the last 20 years // Laryngoscope. – 2004. – 114(2): 291-3.
3. MISTRY RC, QUERESHI SS, GUPTA S, GUPTA S. Juvenile nasopharyngeal angiofibroma: a single institution study // Indian J. Cancer. – 2005. – 42(1):35-9.

## НАШ ОПЫТ КОРРЕКЦИИ СЕДЛОВИДНЫХ ДЕФЕКТОВ НОСА

**Д.И. Заболотный<sup>1</sup>, Д.А. Зинченко<sup>2</sup>, Д.Д. Заболотная<sup>3</sup>, Н.А. Пелешенко<sup>4</sup>, В.Д. Гайдук<sup>4</sup>, А.Л. Костюченко<sup>5</sup>**

<sup>1</sup>чл.-кор. АМН Украины, д.мед.н., проф., директор Гос. учр-ния «Институт отларингологии им. проф. А.И. Коломийченко АМН Украины»;

<sup>2</sup>канд.мед.н., зав. отделением воспалительных заболеваний ЛОР-органов;

<sup>3</sup>канд. мед. н., с.н.с. отдела воспалительных заболеваний ЛОР-органов;

<sup>4</sup>м.н.с. отдела воспалительных заболеваний ЛОР-органов;

<sup>5</sup>канд. мед. н., научн. сотр. отдела воспалительных заболеваний ЛОР-органов

### Резюме

На основе анализа собственного клинического опыта авторы предложена классификация седловидной деформации наружного носа, обсуждены преимущества и недостатки различных вариантов хирургического лечения.

### Abstract

On the basis of the analysis of own clinical experience the authors proposed the classification of saddle nose deformities, advantages and lacks of various variants of surgical treatment are discussed.

### Введение

В клинической практике отоларингологи и пластические хирурги довольно часто встречаются с седловидной деформацией носа. Последняя бывает, в основном, посттравматической и ятрогенной, возникающей вследствие различных хирургических вмешательств (подслизистая резекция перегородки носа, ринопластика и др.). Главным критерием, определяющим тактику лечения больных с седловидной деформацией носа (СДН) является размер или степень выраженности деформации.

### Актуальность

Седловидная деформация носа 1-го типа обычно возникает ятрогенно, во время операции септопластики, при удалении «высокого» искривления, как правило, в зоне сочленения 4-угольного хряща с перпендикулярной пластинкой (Г.З. Пискунов, С.З. Пискунов, 2006).

Поскольку в литературе на данный момент нет классификации седловидных дефектов носа, мы предлагаем делить их на 3 типа:

- 1) наличие небольшого косметического дефекта;
- 2) наличие выраженного косметического дефекта с незначительным нарушением дыхательной функции;
- 3) наличие косметического дефекта с выраженным нарушением дыхания.

### Материал и методы

За период с 2004 по 2007 годы в клинике воспалительных заболеваний Института отоларингологии нами было прооперировано 72 больных с наличием седловидной деформации носа и у 22-х пациентов она была интраоперационно профилактирована.

### Результаты

По нашим наблюдениям, седловидная деформация носа наиболее часто встречается у лиц с приобретенной «горбинкой». Если во время операции замечена тенденция к «проседанию» хрящевого отдела носа, то дефект лучше интраопера-