

К ВОПРОСУ О ЛЕЧЕНИИ ЮНОШЕСКОЙ АНГИОФИБРОМЫ ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА

**Х.Ш. Давудов, В.Б. Рязанов, И.И. Нажмудинов, К.В. Акопян,
И.И. Матела, И.О. Куликов, М.Ю. Хоранова**

ФГУ "НКЦ оториноларингологии Росздрава и СР", г. Москва

Актуальность проблемы юношеской ангиофибromы носоглотки определяется особенностью течения данного заболевания, сложностью выбора тактики лечения, а также высоким риском интраоперационного кровотечения. Ангиофиброма носоглотки встречается преимущественно у юношей в возрасте до 20 лет. Клиническое течение данного заболевания определяется деструктивными свойствами опухоли и направленностью роста опухоли в такие анатомические образования, как зачелюстная и подвисочные ямки, полость черепа, пещеристый синус, внутренняя сонная артерия, перекрест зрительного нерва, гипофиз. В современной практике существует ряд методов лечения юношеской ангиофибromы носоглотки, основные из которых хирургический и комбинированный методы. Хирургические методы лечения можно разделить на две категории: удаление юношеских ангиофибром через естественные пути, удаление опухоли с предварительной операцией, облегчающей доступ к образованию. Однако остается нерешенным вопрос о способе и методах достижения адекватного гемостаза в ходе операции, так как перевязка наружной сонной артерии не всегда позволяет добиться желаемого. Исходя из этого, мы разработали свою методику ведения данной категории больных на предоперационном этапе и в процессе хирургического вмешательства.

В нашей клинике за период с 1998 по 2005 г. было прооперировано 11 пациентов с юношескими ангиофибромами. Длительность заболевания – от нескольких месяцев до 3 лет. Наилучший способ доступа к опухоли при ее удалении – боковая ринотомия с предварительной перевязкой наружной сонной артерии

(как с одной стороны, так и с обеих). Данный подход дает наиболее полный доступ к опухолевому образованию и обеспечивает радикальность ее удаления. Перевязка наружной сонной артерии необходима для уменьшения риска массивной кровопотери как в момент удаления опухоли, так и в послеоперационном периоде. Но, несмотря на предварительную перевязку наружной сонной артерии, операция по стандартной методике может сопровождаться значительным кровотечением. В целях профилактики обильной кровопотери нами был использован препарат Трансамин в дозе 12–17,5 мг/кг за 10–15 мин до начала операции. Исследования показали, что сочетание применения перевязки наружной сонной артерии с использованием Трансамина снижает кровопотерю в ходе операции в 2 раза и уменьшает послеоперационный отек и воспаление. Таким образом, включение в схему подготовки больного к операции препарата Трансамин обеспечило стабильное и адекватное течение операции и анестезии, а также послеоперационного периода.

Выводы. При выборе тактики лечения ювенильной ангиофибromы носоглотки предпочтение в нашей клинике отдается хирургическому методу. Удаление ангиофибromы носоглотки мы считаем целесообразным проводить наружным доступом путем боковой ринотомии. На предварительном этапе основной операции необходимо выполнять перевязку наружной сонной артерии (с одной или с двух сторон) в сочетании с применением препарата Трансамин для профилактики массивной кровопотери во время удаления опухоли и адекватного течения послеоперационного периода.

ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОПУХОЛЕЙ НИЖНЕЙ ГУБЫ

А.Б. Давыдов, В.И. Назаров, О.Б. Давыдова, П.В. Красовский

*Тверская государственная медицинская академия Росздрава
Тверской областной клинический онкологический диспансер*

Функционально-эстетическая результативность восстановительных операций при лечении опухолей верхней и нижней губ является актуальной задачей

реконструктивной хирургии и важнейшим звеном реабилитации данной категории больных. Целью нашей работы явилось проведение анализа функцио-