

*Лутфуллаев Г. У., Лутфуллаев У.Л.,
Расулова З.Ж., Каримова М.М.*

ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ГЕАНГИОМЫ ПОЛОСТИ НОСА

Кафедра оториноларингологии ФУВ (зав. - проф. Лутфуллаев У.Л.)
СамМИ

Сосудистые опухоли составляют от 1 до 7% от всех доброкачественных опухолей человека [1,3,5]. Основная масса гемангиом человека (от 60 до 80%) локализуется в области головы [2,4,7,8]. Гистологическая структура этих опухолей (гемангиом) очень разнообразна. Существует целый ряд детальных и довольно сложных гистологических классификаций, в том числе и международная. В клинической практике принято упрощенное деление гемангиом на кавернозные, ветвистые (артериальные, венозные и смешанные), капиллярные и фиброангиомы. Кроме этих гемангиом, что относятся, как правило, к доброкачественным, редко встречаются злокачественные (гемангиоэндотелиома и ангиосаркома).

Одной из часто встречающихся гемангиом носа является капиллярная гемангиома. Гемангиома может локализоваться в любой части тела, а в области носа - в любом его отделе. Капиллярная гемангиома имеет характерную локализацию. Она локализуется преимущественно на хрящевой части перегородки носа.

Материал исследования. За последние 2 года в ЛОР-отделении (клиники СамМИ) находилось на лечении 23 больных с капиллярной гемангиомой. Еще совсем недавно это образование обозначали как гранулематозный полип. Возраст больных (на момент поступления) колебался в пределах от 18 до 45 лет. Средний возраст составил 28 лет. Многие больные долгое время не обращались к врачу или не соглашались на лечение в стационаре. Если определять возраст больных во время появления первых признаков заболевания, то средний возраст сместился влево, в сторону еще более молодого возраста. Среди больных преобладали лица женского пола. Одним из первых симптомов капиллярной гемангиомы у большинства больных было носовое кровотечение. Сначала кровотечение повторялось редко (2-3 раза в год), а в течение 3-4 лет постепенно учащались и становились более интенсивными. Больные стали отмечать незначительное затруднение носового дыхания через одну половину носа. К врачу обращались в основном из-за учащения носовых кровотечений и усиления их интенсивности. Других жалоб не было.

При осмотре на хрящевом отделе перегородки носа преимущественно в зоне Киссель-Ильных, определяли ярко красного цвета шарообразное, на широком основании, с зернистой, не гладкой поверхностью образование. Лишь в двух наблюдениях из 23 капиллярная гемангиома локализовалась не на перегородке, а на внутренней поверхности крыла носа. Размеры этого образования колебались от 0,5 до 1 см лишь у нескольких больных диаметр новообразования превышал 1,5 см. У этих больных свободный край (поверхность) его достигала внутренней поверхности

нижней носовой раковины. Образование безболезненное при легком зондировании. При малейшей травме появляется кровотечение. На основные функции носа заболевание влияет мало. Возникает мысль о возможности злокачественного характера обнаруженного новообразования. Приводим случай из практики.

Больной Ф. 22 лет, обратился в ЛОР - отделение клиники СамМИ 10.11.2012г. с жалобами на отсутствие носового дыхания справа и носовые кровотечения. Из анамнеза: больной по поводу данного заболевания ранее не лечился. Свое заболевание связывает с полученной травмой. Состояние ЛОР-органов: Риноскопия: при осмотре деформация наружного носа не определяется. Правая половина полости носа на 1/6 заполнена образованием красного цвета, размерами 1,0-1,5 см., с бугристой поверхностью, мягкой консистенции, при дотрагивании кровоточащая.

Больному со дня поступления в течение двух дней применялся препарат «Тремин» по 5 мл в/м. 12.11.2012 г., произведена операция «Эндонозальное удаление опухоли» под местным обезболиванием. В послеоперационном периоде больной получал в течение двух дней препарат «Тремин» по 5 мл в/м. До- и послеоперационный период протекал без кровотечений и без других осложнений.

16.11.2012г больной был выписан в удовлетворительном состоянии домой.

Методы исследования. При увеличении в 2,5-5 раз видно, что поверхность образования зернистая, влажная, не блестящая, слегка бугристая. Сосудистый рисунок виден только вокруг опухолевого очага. Он без признаков атипизации, у большинства больных слегка усилен. Сосуды вокруг опухоли хорошо реагируют на сосудосуживающие средства, а сама опухоль в размерах не уменьшается и цвета не меняет (не бледнеет).

Само образование сравнительно небольших размеров, хорошо видны его границы, и его можно и нужно удалить полностью. Такое вмешательство будет одновременно биопсией и радикальным удалением гемангиомы с подлежащим участком надхрящницы.

У всех 23 больных клинический диагноз совпал с результатом гистологического исследования. Трудности при гистологическом исследовании не возникли у больных, которым провели лечение с использованием препарата «Тремин».

За последнее время произошли некоторые изменения в лечении больных гемангиомами. В

клиническую практику внедрены новые методы лечебного воздействия: лазеро- и радиодеструкция. Нужно подчеркнуть, что данные методы при удалении сосудистых опухолей ненамного облегчили труд хирурга. Основной трудностью остается борьба с интра- и послеоперационным кровотечениями.

За последние годы мы снова обратили внимание на возможность применения склерозирующей, а вернее, сосудоoblитерирующей терапии гемангиом. Для уменьшения кровотечения, а значит, и кровопотери в ходе хирургического вмешательства используется препарат «Тремин».

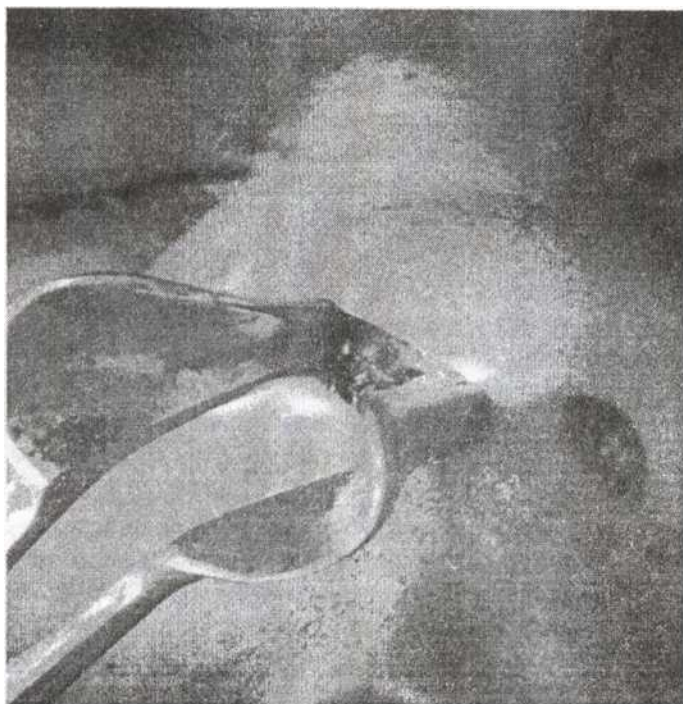


Рис №1. Больной Ф. 22 лет. Передняя риноскопия до операции

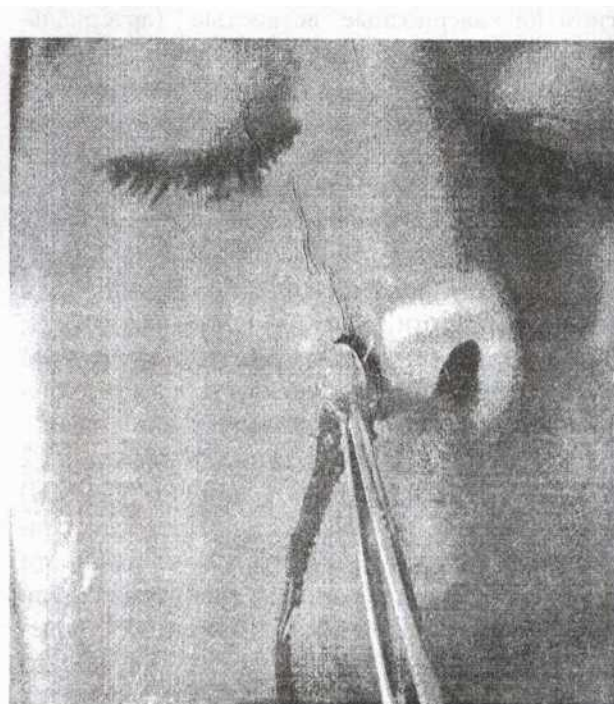


Рис №2. Больной Ф. 22 лет. Эндоназальное удаление опухоли и внешний вид капиллярной гемангиомы

Под местным аппликационным обезболиванием (с помощью орошения слизистой оболочки перегородки носа 10% раствором лидокаина и 1% раствором новокаина) с помощью 1-2мл одноразового шприца тончайшей инъекционной иглой через здоровую слизистую оболочку у основания опухоли вводим в ткань новообразования 0,2-0,3мл препарата «Тремин» и остальное вводим в/м. До введения лекарства полость носа вокруг гемангиомы тампонируем марлевой турундой. Таким образом, до некоторой степени уменьшаем доступ крови к опухолевому очагу.

Введение «Тремин» непосредственно в ткань опухоли сопровождается выраженным кровоостанавливающим действием. Патологи-

ческие сосуды новообразования не способны сокращаться. Введение его через здоровую слизистую оболочку значительно уменьшает возможность кровотечения после укола, а значит, и возможность выведения с кровью лекарственного препарата.

Ткань, отделившуюся от перегородки, посылаем для гистологического исследования. Только в одном наблюдении выявлены элементы некротической ткани, у остальных это была напоминающие атипичные остатки сосудов (капиллярная гемангиома).

Большинство наших больных наблюдаются нами от 1 до 2 лет и больше. Связь потеряна с 5 больными. Рецидивы гемангиомы не возникли. У всех больных введенный препарат «Тре-

мин» оказал кровоостанавливающее действие и у этих больных не наблюдалось кровотечения во время

операции и в послеоперационный период.

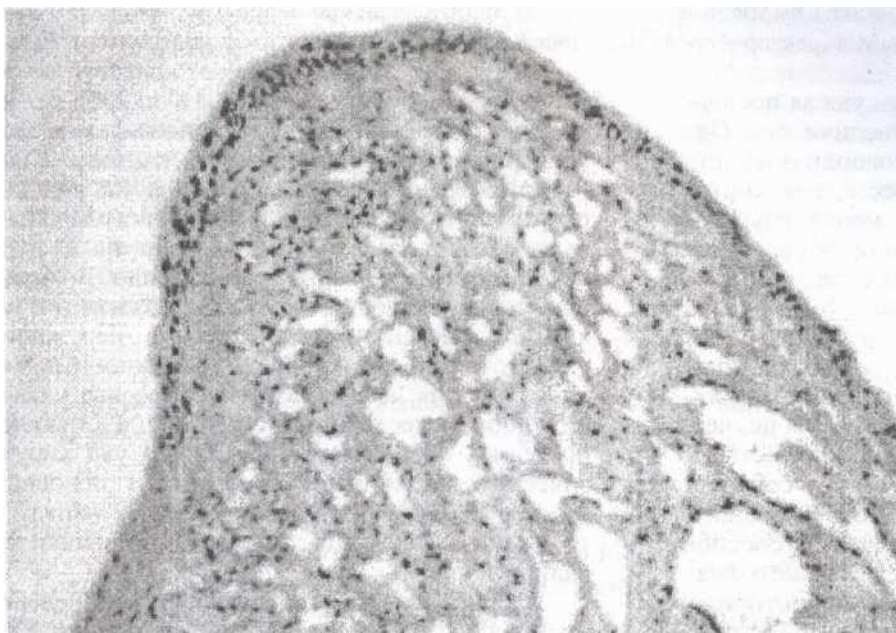


Рис №3. Гистологическое заключение больного Ф: Капиллярная гемангиома, (окраска гемотаксином-эозином).

Выводы. При работе с больными с сосудистыми опухолями было доказано, что препарат «Тремин» обладает эффективным кровоостанавливающим действием, это уменьшает риск кровотечения в предоперационный, операционный и в после операционный периоды.

Применение препарата «Тремин» показано больным с сосудистыми опухолями полости носа, когда хирургическое вмешательство может вызвать большие функциональные и анатомические нарушения. Эффективность ис

пользования препарата «Тремин» у больных с указанной патологией была доказана в большинстве случаев, при этом не отмечено никаких серьезных осложнений и нарушений общего состояния.

Введение кровоостанавливающего вещества непосредственно в ткань гемангиомы и введение препарата в/м эффективно, так как риск кровотечения предотвращается, а сроки лечения и пребывания больного в стационаре сокращаются.

Литература

- 1-Антонив В.Ф, Заболотный Д.И., Прокопий И.М. Новообразования в ушах. Киев, «Здоровья», 1997, с. 182; 2. Абрикосов А.И., Струков А.И. Патологическая анатомия. 2-е изд. -М., 1961. С.199-201. 3. Агапов В.С. Лечение кавернозных гемангиом лица инъекциями спирта. Стомат., 1990, №2, -С. 62-65. 4. Агапов В.С., Гемангиомы лица, шеи и полости рта взрослых. Дисс.док. мед. наук, М., 1990, 460 с. 5. Антонив В.Ф., Дайняк Л.Б., Дайхес А.И. и др.; Руководство по оториноларингологии; Под ред. Солдатова И.Б. М.: Медицина, 1994. - 607 с. 6. Антонив В.Ф., Ришко Н.М., Попадюк В.И., Пронченко С.В. Клиническая классификация доброкачественных опухолей ЛОР-органов. Вестник оториноларингологии, 2001, №4. 7. Ашурбеков В.Т., Чоролыева Е.М. Диагностика и лечение гемангиом у детей. Хирургия периферических сосудов. Под. Ред. Г.И. Гиреева. Ставрополь, 1991.-С. ЮЗ- 106. 8. Бураковский В.И., Бокерия Л.А. Врожденные болезни кровеносных сосудов. Сердечно сосудистая хирургия, 2003, №2, -С. 34-35. 9. Буторина А.В. Новые технологии в лечении гемангиом у детей. Детская больница, 2001, №1, С. 44-48. 10. Винников А.К., Гунчиков М.В., Лейзерман М.Г. Распространенная сосудистая опухоль ротоглотки. Вестник оториноларингологии, 2002, №3, -С. 5556. 11. Горбушина П.М. Гемангиома челюстей, клиника, рентгенодиагностика, лечение. Стоматология (Болгария) 1966г. №6, с.20-23; 12. Горбушина П.П. Сосудистые новообразования лица, челюстей и полости рта. М., «Медицина», 1978г. с. 150; 13. Дзяк Г.В., Шигу-ненко Е.Н., Снисарь В.И., Ехалов В.В. Фракционированные и нефракционированные гепарины в интенсивной терапии. - МЕД пресс-информ, 2005-208 с. 14. Егоров В.И., Лейзерман М.Г. Опыт применения радиохирургической техники в ЛОР - хирургии. Военно-медицинский журнал. 1999г., №2, с.52. 15. Лычев В.Г. Диагностика и лечения диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови. - 2-е изд. перераб и доп. - Н.Новгород: изд - во НГМА, 1998-191 с. 16. Шифман Ф.Дж. Патология крови. Пер.с. англ. - М - СПб. Изд-во Бином - «Невский диалект», 2000.-448с.