



during the surgery in the group 2 patients ranged from 250.0 to 550.0 ml, i.e. 2.0 and 2.5 times lower than in group 1, which provided better surgical view and did not require blood components transfusion. In this group relapse was observed in 1 patient. The comparative analysis has shown the efficacy of the proposed JASB surgical treatment method, therefore it can be used as an alternative to embolization of the external carotid artery basin, in all the regions, i.e., in the places where no high – tech equipment is available.

**Key words:** angiofibroma, surgical treatment, scarce resources, skull base, ligation, carotid artery.

**Bibliography:** 13 sources.

Одна из серьезных патологий ЛОР-органов, которая до настоящего времени не теряет своей актуальности, – это юношеская ангиофиброма основания черепа (ЮАОЧ). Она представляет собой редкую сосудистую мальформацию носоглотки, достигая значительных размеров, вызывая обструкцию полости носа и носовые кровотечения [1]. Опухоль обладает признаками доброкачественности, но склонность к рецидивированию и способность проникать в соседние органы, преодолевая любые препятствия (хрящ или кость), свидетельствуют о злокачественном характере данной патологии [2].

Для ЮАОЧ характерно изобилие питающих сосудов из бассейна наружной и внутренней сонной артерии. Из-за ангиоматозного строения опухоли из эмбриональных сосудов ее повреждение или попытка удаления ведут к массивным кровотечениям [3].

Пациенты с ЮАОЧ часто сталкиваются с неверной постановкой диагноза и подвергаются необоснованным оперативным вмешательствам (аденотомия, полипотомия носа), что приводит к усиленному росту опухоли, профузным кровотечениям и другим осложнениям. Очень важное значение имеет рецидивирование заболевания после его хирургического удаления [4]. По данным литературы, рецидивирование ЮАОЧ в послеоперационном периоде наблюдается в ближайших (1–6 месяцев) и отдаленных (1–5 лет) сроках [5–8].

Некоторые авторы отмечают, что число рецидивов ЮАОЧ в процентном соотношении разнообразно, оно колеблется от 3–10 до 70% [4, 8]. Так, по данным Санкт-Петербургского НИИ уха, горла, носа и речи, среди 45 наблюдаемых больных у 17 имел место рецидив ЮАОЧ, что составило 37% [2].

Несмотря на множество методов лечения данной патологии (телегамматерапии, рентгенотерапии, облучения радием, консервативного лечения гормонами и др.), основным методом остается хирургический [9, 10]. В мире разработано много хирургических доступов. Все авторы, в зависимости от объема опухоли и места распространения ее, рекомендуют удаление патологической ткани через естественные пути (нос и рот), трансмаксиллярно, транспалатинально, путем боковой ринотомии, а при очень больших опухолях и смежные доступы (нейрохирургический, челюстно-лицевые) [1, 9, 11].

Врач, идущий на такую операцию, должен иметь в виду следующие факторы, которые могут повлиять на ход и исход операции:

- труднодоступность опухоли;
- интраоперационное профузное кровотечение;
- рядом находящиеся жизненно важные органы.

Все это требует от врача высокой квалификации и знаний топографической анатомии данной области.

В последнее десятилетие в связи с появлением высокотехнологичного инновационного медицинского оборудования выполнено много научных работ по проблеме оптимизации диагностики и лечебной тактики больных с ЮАОЧ. Разработана и предложена блок-схема трехэтапного алгоритма диагностики, предоперационной подготовки (суперселективной эмболизации сосудов бассейна наружной сонной артерии) и оперативного лечения пациентов, которая направлена на раннее выявление заболевания, полную энуклеацию опухоли, минимизацию интраоперационной кровопотери и рецидива заболевания [12].

Благодаря модернизации центральных медицинских учреждений дорогостоящими инновационными технологиями стало возможным оказать высококвалифицированную медицинскую помощь даже больным с IV ст. ЮАОЧ по Fish, но эта программа не в силах объять всю структуру здравоохранения сразу. В регионах, где еще не приспособились к условиям рыночной экономики, из-за дефицита собственных финансовых средств модернизация дорогостоящего медицинского оборудования затруднена. В связи с этим перевязка наружной сонной артерии в планируемой возможной интраоперационной кровопотере не потеряла своей ценности при хирургическом лечении больных с ЮАОЧ в регионах с ограниченными экономическими ресурсами.

Показаниями для перевязки наружных сонных артерий у больных с ЮАОЧ являются:

- высокий удельный вес сосудов в опухолевой ткани;
- повышенная кровоточивость самой ангиофибromы;
- доминирующее питание опухоли из системы наружной сонной артерии [13].

Оптимизация тактики хирургического лечения ЮАОЧ в среде ограниченных экономических ресурсов является непростой задачей, и она