

Impact Factor: 4.917

ISSN: 2181-0966

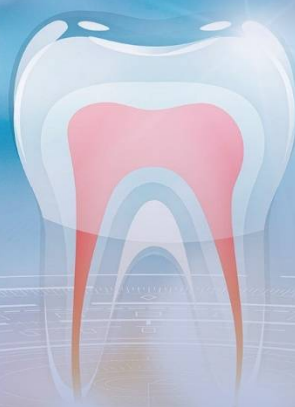
DOI: 10.26739/2181-0966

www.tadqiqot.uz

JOURNAL OF

ORAL MEDICINE AND CRANIOFACIAL RESEARCH

Informing scientific practices around the world through research and development



SAMARKAND
STATE MEDICAL UNIVERSITY

VOLUME 6
ISSUE 2/1 **2025**

ЖУРНАЛ СТОМАТОЛОГИИ И КРАНИОФАЦИАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

ТОМ 6, НОМЕР 2/1

JOURNAL OF ORAL MEDICINE AND CRANIOFACIAL RESEARCH

VOLUME 6, ISSUE 2/1



Главный редактор:

Ризаев Жасур Алимджанович
доктор медицинских наук, профессор, ректор
Самаркандского государственного медицинского
университета, Узбекистан

Заместитель главного редактора:

Юлдашев Абдуазим Абдувалиевич
доктор медицинских наук, доцент Ташкентского
государственного стоматологического
института, Узбекистан

РЕДАКЦИОННОЙ КОЛЛЕГИИ:

РЕДАКЦИОННО-КОНСУЛЬТАТИВНЫЙ СОВЕТ:

Ответственный секретарь: А.С. Кубаев – доктор медицинских наук, профессор

Э.Н. Билалов

доктор медицинских наук, профессор

Д.М. Достмухамедов

доктор медицинских наук, профессор

О.Э. Бекжанова

доктор медицинских наук, профессор

А.М. Хайдаров

доктор медицинских наук, профессор

Л.Э. Хасанова

доктор медицинских наук, профессор

Т.Э. Зойиров

доктор медицинских наук, профессор

Э.А. Ризаев

доктор медицинских наук, профессор

Ж.Ф. Шамсиев

доктор медицинских наук, доцент

С.Х. Юсупалиходжаева

доктор медицинских наук, доцент

Ю.А. Шукурова

доктор медицинских наук, доцент

У.Ю. Мусаев

доктор медицинских наук, доцент

А.И. Хазратов

кандидат медицинских наук, доцент

А.А. Ахмедов

доктор медицинских наук, доцент

У.Н. Вахидов

доктор медицинских наук, доцент

Ж.Д. Бузрукзода

кандидат медицинских наук

М.М. Исомов

кандидат медицинских наук, доцент

Д.Ф. Раимкулова

кандидат медицинских наук, доцент

М.К. Юнусходжаева

кандидат медицинских наук, доцент

Ф.Ф. Лосев

доктор медицинских наук, профессор,
заслуженный деятель науки РФ

С.П. Рубникович

академик, доктор медицинских наук,
профессор (Беларусь)

Джун-Янг Пэн

доктор медицинских наук, профессор
(Корея)

Дзинити Сакамото

доктор философии, профессор
(Япония)

М.А. Амхадова

кандидат медицинских наук, профессор
(РФ)

О.С. Гилёва

академик, доктор медицинских наук,
профессор (РФ)

М.Т. Копбаева

доктор медицинских наук, профессор
(Казахстан)

А.А. Антонова

доктор медицинских наук, профессор
(РФ)

Р.О. Мухамадиев

доктор медицинских наук, профессор

Н.В. Шаковец

доктор медицинских наук, профессор
(Беларусь)

А.И. Грудянов

академик, доктор медицинских наук,
профессор (РФ)

Д.С. Аветиков

доктор медицинских наук, профессор (Украина)

Верстка: Хуршид Мирзахмедов

Editorial staff of the journals of www.tadqiqot.uz

Tadqiqot LLC the city of Tashkent,
Amir Temur Street pr.1, House 2.

Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; Email: info@tadqiqot.uz

Phone: (+998-94) 404-0000

Контакт редакций журналов. www.tadqiqot.uz

ООО Tadqiqot город Ташкент,
улица Амира Темура пр.1, дом-2.

Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; Email: info@tadqiqot.uz

Тел: (+998-94) 404-0000

JOURNAL OF ORAL MEDICINE AND CRANIOFACIAL RESEARCH

№2/1 (2025) DOI <http://dx.doi.org/10.26739/2181-0966-2025-2/1>

Chief Editor:

Jasur A. Rizaev

*Doctor of Medical Sciences, Professor,
Rector of the Samarkand State Medical University,
Uzbekistan*

Deputy Chief Editor:

Abduazim A. Yuldashev

*Doctor of Medical Sciences, Associate
Professor of the Tashkent State Dental Institute,
Uzbekistan*

MEMBERS OF THE EDITORIAL BOARD:

EDITORIAL ADVISORY BOARD:

Executive Secretary: A. S. Kubaev - Doctor of Medical Sciences, Professor

E.N. Bilalov

Doctor of Medical Sciences, Professor

D.M. Dostmukhamedov

Doctor of Medical Sciences, Professor

O.E. Bekjanova

Doctor of Medical Sciences, Professor

A.M. Khaidarov

Doctor of Medical Sciences, Professor

L.E. Khasanova

Doctor of Medical Sciences, Professor

T.E. Zoyirov

Doctor of Medical Sciences, Professor

E.A. Rizaev

Doctor of Medical Sciences, Professor

J.F. Shamsiev

Doctor of Medical Sciences, Associate Professor

S.H. Yusupalikhodjaeva

Doctor of Medical Sciences, Associate Professor

Yu.A. Shukurova

Doctor of Medical Sciences, Associate Professor

U.Yu. Musaev

Doctor of Medical Sciences, Associate Professor

A.I. Khazratov

Candidate of Medical Sciences, Associate Professor

A.A. Akhmedov

Doctor of Medical Sciences, Associate Professor

U.N. Vakhidov

Doctor of Medical Sciences, Associate Professor

J.D. Buzrukzoda

Candidate of Medical Sciences

M.M. Isomov

Candidate of Medical Sciences, Associate Professor

D.F. Raimkulova

Candidate of Medical Sciences, Associate Professor

M.K. Yunuskhodjaeva

Candidate of Medical Sciences, Associate Professor

F.F. Losev

Doctor of Medical Sciences, Professor,
Honored Scientist of the Russian Federation

S.P. Rubnikovich

academician, doctor of medical sciences,
professor (Belarus)

Jun-Yang Peng

Doctor of Medical Sciences, Professor
(Korea)

Jinichi Sakamoto

Doctor of Philosophy, Professor
(Japan)

M.A. Amkhadova

Candidate of Medical Sciences, Professor
(Russian Federation)

O.S. Gileva

academician, doctor of medical sciences,
professor (Russian Federation)

M.T. Kopbaeva

Doctor of Medical Sciences, Professor
(Kazakhstan)

A.A. Antonova

Doctor of Medical Sciences, Professor
(Russian Federation)

R.O. Muxamadiyev

Doctor of Medical Sciences, Professor

N.V. Shakovets

Doctor of Medical Sciences, Professor
(Belarus)

A.I. Grudyanov

academician, doctor of medical sciences,
professor (Russian Federation)

D.S. Avetikov

Doctor of Medical Sciences, Professor (Ukraine)

Page Maker: Khurshid Mirzakhmedov

Editorial staff of the journals of www.tadqiqot.uz

Tadqiqot LLC The city of Tashkent,
Amir Temur Street pr.1, House 2.

Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; Email: info@tadqiqot.uz

Phone: (+998-94) 404-0000

Контакт редакций журналов. www.tadqiqot.uz

ООО Тадqiqot город Ташкент,
улица Амира Темура пр.1, дом-2.

Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; Email: info@tadqiqot.uz

Тел: (+998-94) 404-0000

1. Сабилов Бобур Кадирбаевич, Хабилова Назира Насуллоевна Особенности патогенеза и терапии воспалительных заболеваний слизистой оболочки полости рта у больных с хронической почечной недостаточностью.....	6
2. Qandova Feruza Abduraxmonovna, Habibova Nazira Nasullayevna Fertil yoshdagi ayollarda homiladorlikka tayyorgarlik davrida og‘iz bo‘shlig‘i salomatligini baholashning diagnostik usullari.....	10
3. Nasretdinova Makhzuna Takhsinovna Diagnostic assessment of the caloric test in vestibular disorders.....	14
4. Наврўзова Ўғилхон Орзижон кизи Клинические особенности хронического рецидивирующего афтозного стоматита у женщин фертильного возраста и оптимизация подходов к его лечению.....	17
5. Ахмедов Илхом Иброхимович, Камалова Феруза Рахматуллаевна Совершенствование лечения и профилактики осложнений острого одонтогенного гнойного периостита челюстей у детей.....	21
6. Шомуродов Кахрамон Эркинович, Курмаев Саидбек Илдар угли Оценка степени микроподтекания на стыке имплантат-абатмент при различных видах их соединения.....	24
7. Ньматов Уктам Суюнович, Лутфуллаев Гайрат Умруллаевич Биохимический и клинический профиль больных с доброкачественными сосудистыми новообразованиями носовой полости на фоне стандартной терапии.....	28
8. Irgashev Kamron Nodirovich, Rizaev Jasur Alimjanovich Treatment of patients with pathological wear of hard tissues of teeth.....	31
9. Тураев Умар Рахимович Сут беи раки касаллигини жигарга экспрессия даражасини ўрганиш.....	37
10. Хамракулова Наргиза Орзуевна, Казимов Бекзод Батырович, Ахтамкулов Акбар Машрафович Венильная ангиофиброма: эволюция лечения	40
11. Лутфуллаев Гайрат Умруллаевич, Сафарова Насиба Искандаровна, Нарбаев Зафар Камилович Значение показателей эндогенной интоксикации в диагностике и лечении аллергического ринита.....	45
12. Камалова Малика Илхомовна, Кубаев Азиз Сайидолимович, Бузрукзода Жавохирхон Даврон Клинико-диагностический профиль педиатрических пациентов с неодонтогенными гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области.....	48
13. Baymuradov Shukhrat Abduzhalilovich, Ibragimov Davron Dastamovich, Baratova Shoirra Nurzhigitovna Increasing the effectiveness of treating patients with combined injuries of facial bones with assessment of the hygienic condition of the oral cavity.....	52
14. Abdullaev Timur Zafarovich, Rizaev Elyor Alimzhanovich Improving dental care with an individual approach in comprehensive treatment of patients with bone tuberculosis of maxillofacial localization.....	57
15. Yusupalikhodjaeva Saodat Khamidullaevna, Muqimova Hurriyat Olimjon qizi, Dustmukhamedova Elnora Khayrullaevna Assessment of dental status and the role of chronic pancreatitis as a risk factor for periodontal diseases.....	61
16. Abduvakilov Jahongir Ubaydullaevich, Olimbekov Ulug‘bek Otabek o‘g‘li Elektron sigareta iste‘mol qiluvchilarda surunkali tarqoq parodontitning etiopatogenetik aspektlari.....	67
17. Ташматов Сухроб Абдурашидович, Магруппов Баходир Асадуллаевич Опухоли головного мозга у детей: морфология, иммуногистохимия и молекулярные маркеры в клинической практике.....	71

Хамракулова Наргиза Орзуевна
Казимов Бекзод Батырович
Ахтамкулов Акбар Машрафович
Самаркандский государственный
медицинский университет

ЮВЕНИЛЬНАЯ АНГИОФИБРОМА: ЭВОЛЮЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ



<http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.15806321>

АННОТАЦИЯ

Ювенильная ангиофиброма (ЮАФ) — это редкая, но клинически значимая опухоль, которая преимущественно поражает носоглотку у детей и подростков. В последние десятилетия диагностика и методы лечения ЮАФ значительно улучшились благодаря достижениям в области радиологии, хирургии и фармакологии. В статье рассматривается эволюция лечения ювенильной ангиофибромы, включая использование хирургических, радиотерапевтических и эмболизационных методов, а также фармакологическое лечение.

Ключевые слова: ювенильная ангиофиброма, эволюция лечения, хирургические методы, радиотерапия, эмболизация, фармакологические методы, рецидивы.

Xamraqulova Nargiza Orzuevna
Kazimov Bekzod Batirovich
Axtamkulov Akbar Mashrafovich
Samarqand davlat
tibbiyot universiteti

YUVENIL ANGIOFIBROMA: DAVOLASH EVOLYUTSIYASI

ANNOTATSIYA

Yuvenil angiofibroma — bu kam uchraydigan, ammo klinik ahamiyatga ega bo'lgan o'sma bo'lib, asosan bolalar va o'smirlarda burun-halqum sohasini zararlaydi. So'nggi o'n yilliklarda radiologiya, jarrohlik va farmakologiya sohalaridagi yutuqlar tufayli YuAFni diagnostika qilish va davolash usullari sezilarli darajada yaxshilandi. Maqolada yuvenil angiofibromani davolash evolyutsiyasi, jumladan, jarrohlik, radioterapevtik va embolizatsiya usullaridan foydalanish hamda farmakologik davolash masalalari ko'rib chiqilgan.

Kalit so'zlar: yuvenil angiofibroma, davolash evolyutsiyasi, jarrohlik usullari, radioterapiya, embolizatsiya, farmakologik usullar, retsediv.

Khamrakulova Nargiza Orzuevna
Kazimov Bekzod Batyrovich
Axtamkulov Akbar Mashrafovich
Samarkand State Medical University

JUVENILE ANGIOFIBROMA: EVOLUTION OF TREATMENT

ANNOTATION

Juvenile angiofibroma (JAF) is a rare but clinically significant tumor that primarily affects the nasopharynx in children and adolescents. In recent decades, the diagnosis and treatment methods for JAF have significantly improved due to advances in radiology, surgery, and pharmacology. This article reviews the evolution of JAF treatment, including the use of surgical, radiotherapeutic, and embolization methods, as well as pharmacological treatment.

Key words: juvenile angiofibroma, evolution of treatment, surgical methods, radiotherapy, embolization, pharmacological methods, recurrence.

Введение. Ювенильная ангиофиброма (ЮАФ) представляет собой редкую, доброкачественную, но агрессивно протекающую сосудистую опухоль, которая преимущественно поражает лиц мужского пола в пубертатный период. Для более точного понимания характера заболевания выделяют несколько основных форм, каждая из которых имеет свои клинические и анатомические особенности. Во-первых, локализованная форма характеризуется ограничением опухоли пределами носоглотки. Этот тип наиболее благоприятен с точки зрения прогноза, поскольку не затрагивает прилегающие структуры и легче поддаётся лечению. Во-вторых, при экстраназальной форме опухоль выходит за пределы носоглотки, распространяясь в околоносовые пазухи и глазницу. Такая форма заболевания требует более сложного подхода к лечению из-за вовлечения костных и мягкотканых структур. Наконец, интракраниальная форма представляет наиболее тяжёлый тип ЮАФ, при котором опухоль проникает в полость черепа. Этот вид сопровождается высоким риском осложнений и нередко требует мультидисциплинарного подхода, включающего нейрохирургическое вмешательство. Несмотря на доброкачественный гистологический характер, ЮАФ имеет высокий риск рецидива после хирургического вмешательства и связана с осложнениями, обусловленными её обширным сосудистым компонентом [25,28]. Впервые заболевание было описано в XIX веке, и с тех пор представления о его патогенезе, диагностике и возможностях лечения существенно изменились. Исследования последних десятилетий, направленные на изучение генетических и молекулярных механизмов, лежащих в основе формирования ЮАФ, позволили расширить понимание природы опухоли и способствовали развитию новых терапевтических стратегий [2,18].

Целью данной обзорной статьи является систематизация и анализ современных данных об эволюции методов диагностики и лечения ювенильной ангиофибромы (ЮАФ), с акцентом на сравнении их эффективности, безопасности и перспектив для дальнейшего совершенствования подходов к терапии данной патологии.

Ювенильная ангиофиброма впервые была описана в медицинской литературе в XVII веке как редкая опухоль

носоглотки, преимущественно встречающаяся у мальчиков и юношей. Ранние представления о патогенезе ЮАФ были ограничены из-за отсутствия современных методов диагностики; болезнь считалась следствием гормонального дисбаланса или врождённой аномалии сосудистой системы [11].

Первыми терапевтическими подходами к лечению ЮАФ были грубые хирургические методы, включавшие широкие и травматичные операции с доступом через ротовую полость или внешние разрезы лица. Эти процедуры были связаны с высоким риском обильных кровотечений из-за сосудистой природы опухоли и отсутствия эффективных методов сосудистой окклюзии. Часто такие операции приводили к значительным функциональным нарушениям и косметическим дефектам, а также к высокой частоте рецидивов.

До середины XX века практиковались различные хирургические техники, в том числе частичная резекция опухоли, которая считалась предпочтительной, чтобы снизить риск кровотечения. Однако такие подходы сопровождались неполным удалением патологической ткани, что повышало вероятность повторного роста опухоли. Прорывом в хирургическом лечении стало развитие методов перевязки наружной сонной артерии, что позволило частично контролировать кровоснабжение опухоли и уменьшить риск интраоперационной кровопотери [6,16].

Ранняя диагностика ЮАФ базировалась исключительно на клинических симптомах, таких как затруднённое носовое дыхание и рецидивирующие носовые кровотечения. Лишь с внедрением рентгенографии в клиническую практику стало возможным визуализировать опухолевый процесс, однако метод оставался недостаточно точным для определения границ опухоли и её инвазии в соседние ткани. Таким образом, ранние этапы диагностики и лечения ЮАФ были ограничены как техническими возможностями, так и отсутствием понимания патогенетических механизмов заболевания (таблица 1). Эти исторические недостатки способствовали развитию современных, более эффективных и безопасных подходов к лечению [21].

Таблица 1.

Основные ограничения и недостатки ранних методов диагностики и лечения ювенильной ангиофибромы

Ограничение	Описание	Последствия
Отсутствие точных методов визуализации	Диагностика основывалась на клинических признаках и простых рентгенологических исследованиях	Неполное удаление опухоли, высокая частота рецидивов
Высокий риск кровотечения	Недостаточная разработанность сосудистой окклюзии при операции	Значительные интраоперационные кровопотери, угроза летального исхода
Травматичность хирургических доступов	Использование широких лицевых и краниальных доступов	Деформация лица, косметические дефекты, длительная реабилитация
Ограниченные возможности по контролю рецидивов	Отсутствие радикального удаления опухоли из-за недостаточной визуализации границ	Частота рецидивов до 50% и более

Современные методы диагностики ЮАФ базируются на комплексном подходе, который сочетает клинические данные, инструментальные методы визуализации и гистологическую верификацию. Такой подход позволяет с

высокой точностью определить локализацию, размеры, степень инвазии опухоли и её васкуляризацию, что критически важно для планирования лечения [15].

Прежде всего, клинические симптомы остаются первым диагностическим сигналом. Пациенты с ЮАФ обычно жалуются на затруднённое носовое дыхание, рецидивирующие носовые кровотечения и, в запущенных случаях, деформацию лица. Эти признаки, несмотря на их диагностическую ценность, не позволяют точно установить диагноз, что подчёркивает необходимость дальнейших инструментальных исследований [7].

Важнейшую роль в современной диагностике играют методы медицинской визуализации. Компьютерная томография (КТ) с контрастированием позволяет не только определить размеры и анатомическую локализацию опухоли, но и оценить степень разрушения костных структур основания черепа. В свою очередь, магнитно-резонансная томография (МРТ) обеспечивает превосходное качество изображения мягкотканых структур и сосудистого компонента ЮАФ, что делает её незаменимой для определения границ опухоли и подготовки к хирургическому вмешательству. Не менее значимым методом является ангиография, которая помогает детализировать кровоснабжение опухоли и является основой для планирования предоперационной эмболизации, уменьшающей риск интраоперационного кровотечения [17,20].

Дополнительно важным этапом диагностики остаётся гистологическая верификация. Хотя в большинстве случаев клинично-рентгенологические данные позволяют поставить диагноз без биопсии, гистологическое исследование подтверждает наличие характерной васкулярной ткани и фиброзного стромального компонента. Биопсия выполняется с осторожностью из-за риска массивного кровотечения и используется только в сложных диагностических случаях [5,23].

Наконец, перспективным направлением в диагностике ЮАФ является применение молекулярных и генетических исследований. Анализ экспрессии факторов ангиогенеза, таких как VEGF, и изучение полиморфизмов генов, регулирующих сосудистый рост, позволяют получить более глубокое представление о биологических особенностях опухоли, что в будущем может способствовать персонализированному подходу к лечению [1,2,27].

Таким образом, современная диагностика ЮАФ представляет собой многоуровневую систему, обеспечивающую комплексное и точное обследование пациента. Использование передовых технологий визуализации и молекулярного анализа значительно улучшает прогноз и снижает риск осложнений, что делает лечение более безопасным и эффективным.

Эволюция хирургических методов лечения этой болезни включает переход от традиционных инвазивных операций к более щадящим технологиям, таким как эндоскопия, эмболизация, лазерные и радиочастотные методы. В начале XX века операции проводились с использованием крупных разрезов и ограниченной визуализацией, что повышало риск осложнений. В 1980-х годах с развитием эндоскопической хирургии стали применяться менее травматичные методы с минимальными разрезами. Современные методы включают предоперационную эмболизацию для снижения кровотечений и улучшенные визуализационные технологии, что позволяет повышать точность и радикальность операций. Перспективы включают использование роботизированных систем и улучшенных

молекулярных методов для ещё большей точности и безопасности [12].

Эмболизация занимает важное место в современном подходе к лечению ювенильной ангиофибромы, так как значительно снижает риск обильного интраоперационного кровотечения и улучшает исходы хирургического вмешательства. ЮАФ отличается обширной васкуляризацией, питающейся преимущественно из ветвей наружной сонной артерии, что обуславливает сложность её хирургического удаления без предварительного ограничения кровотока [13].

Эмболизация при ЮАФ проводится как предоперационная процедура для уменьшения кровоснабжения опухоли. Основной принцип метода заключается в избирательной окклюзии сосудов, питающих новообразование, с использованием специальных эмболизирующих агентов [9].

Процедура начинается с ангиографического исследования, позволяющего визуализировать артериальную сеть и идентифицировать основные питающие сосуды. Затем под рентгенологическим контролем через катетер вводятся эмболизирующие материалы, такие как поливиниловый спирт, микросферы или спирали [30,33]. В некоторых случаях применяются жидкие эмболизирующие агенты, обеспечивающие более полную окклюзию мелких сосудов. Оптимальный выбор материала зависит от размеров и анатомических особенностей кровоснабжения ЮАФ [22].

Преимущества эмболизации включают значительное уменьшение кровопотери во время операции, сокращение длительности хирургического вмешательства и снижение риска осложнений, связанных с массивным кровотечением. Эта процедура также способствует улучшению визуализации опухоли, что позволяет хирургу более радикально удалить новообразование. В результате её использования частота рецидивов и необходимость повторных операций значительно уменьшаются [19].

Тем не менее, эмболизация связана с определёнными рисками. Наиболее серьёзным осложнением является ишемическое поражение тканей из-за непреднамеренной окклюзии артерий, питающих здоровые структуры, включая зрительный нерв или мозговые оболочки. Кроме того, возможны аллергические реакции на контрастные вещества, а также сосудистые повреждения во время манипуляции катетером [13].

Радиотерапия и другие адъювантные методы, такие как химиотерапия и антиангиогенные препараты, играют важную роль в лечении ЮАФ, особенно при риске рецидива или неполном удалении опухоли. Радиотерапия помогает уничтожить оставшиеся опухолевые клетки после хирургического вмешательства, снижая вероятность повторного роста. Химиотерапия и антиангиогенные препараты могут быть использованы для контроля роста опухоли или уменьшения её объёма. Несмотря на их эффективность, эти методы могут вызывать побочные эффекты, такие как повреждение здоровых тканей и токсичность для организма, что требует тщательной оценки рисков и пользы для каждого пациента [4,8].

Консервативные и фармакологические подходы в лечении применяются при невозможности или нежелательности хирургического вмешательства. Консервативное лечение включает наблюдение и минимальные вмешательства, такие как лазерное или

радиочастотное воздействие. Фармакологические методы включают гормональные препараты, антиангиогенные средства и исследуемые иммуномодуляторы для замедления роста опухоли. Эти подходы могут использоваться как дополнение к основным методам лечения, но требуют индивидуальной оценки для каждого пациента [32].

Прогноз лечения ЮАФ зависит от множества факторов, включая размер и локализацию опухоли, возраст пациента, а также выбранный метод лечения. В большинстве случаев, при своевременной диагностике и применении адекватной терапии, прогноз для пациентов с ЮАФ является благоприятным. Однако существуют определённые риски, связанные с лечением, которые могут привести к осложнениям.

Прогноз для пациентов с ювенильной ангиофибромой в значительной степени зависит от ранней диагностики и эффективного лечения. В случае своевременного вмешательства и радикального удаления опухоли, большинство пациентов достигают полного выздоровления и не имеют рецидивов. Эмболизация и радиотерапия, когда они используются в качестве дополнения к хирургическому лечению, могут значительно снизить вероятность рецидива, особенно в случае агрессивных или плохо локализуемых опухолей.

У пациентов с опухолями, которые невозможно полностью удалить хирургически, или в случаях, когда опухоль продолжает расти несмотря на лечение, прогноз может быть менее благоприятным. Однако современная терапия, включая радиотерапию и фармакологические методы, позволяет значительно улучшить результаты даже в таких случаях.

Несмотря на успехи в диагностике и лечении ЮАФ, различные методы терапии могут приводить к осложнениям:

1. Хирургические осложнения: наиболее частыми осложнениями после хирургического удаления опухоли являются инфекции, кровотечения и повреждения окружающих тканей, таких как слизистые оболочки носа, зрительный нерв или лицевые нервы. В некоторых случаях операции могут оставлять рубцы, что приводит к эстетическим и функциональным проблемам [7].

2. Рецидивы опухоли: несмотря на адекватное хирургическое вмешательство, в некоторых случаях

опухоль может вернуться. Рецидивы чаще встречаются при неполном удалении или агрессивных формах опухоли, что требует дополнительного лечения [3].

3. Радиотерапия: применение радиотерапии может вызвать повреждения здоровых тканей, особенно в детском возрасте. Возможны такие осложнения, как развитие вторичных опухолей, изменения в развитии костной ткани и нарушениях роста [29].

4. Эмболизация: этот метод может привести к осложнениям, таким как тромбообразование, инфекция или некроз тканей, если процедура проводится недостаточно точно [26,30].

5. Побочные эффекты фармакотерапии: использование гормональных препаратов или антиангиогенных средств может сопровождаться побочными эффектами, такими как гормональные нарушения, тошнота, усталость, а также повышение риска тромбообразования [32].

Выводы. Ювенильная ангиофиброма является редкой, но важной патологией, которая требует комплексного подхода в диагностике и лечении. Эволюция методов лечения, начиная от традиционных хирургических операций до использования современных технологий, таких как эндоскопия, эмболизация и радиотерапия, значительно улучшила прогноз для пациентов. Консервативные и фармакологические методы, такие как гормональная терапия и антиангиогенные препараты, также могут сыграть важную роль в лечении ЮАФ, особенно при невозможности хирургического вмешательства.

Тем не менее, несмотря на успехи в терапии, лечение ювенильной ангиофибромы не лишено рисков и осложнений, включая рецидивы опухоли, повреждения окружающих тканей и побочные эффекты от радиотерапии и фармакотерапии. В связи с этим необходима тщательная диагностика, выбор наилучшей стратегии лечения и регулярное наблюдение за состоянием пациента.

Таким образом, своевременная и комплексная терапия, включающая хирургические, радиологические и фармакологические методы, является ключом к успешному лечению ювенильной ангиофибромы, однако необходима индивидуализация подхода для каждого пациента, чтобы минимизировать риски и достичь наилучших исходов.

Список литературы:

1. Абдурахманов О. Б. Алгоритм морфологической оценки для прогнозирования течения ювенильной ангиофибромы носоглотки // Казанский медицинский журнал. – 2015. – Т. 96. – №. 4. – С. 518-522.
2. Абдурахманов О. Б. Изучение прогностической значимости маркера апоптоза гена p53 и васкулоэндотелиального фактора роста при оценке клинического течения ангиофибромы носоглотки // Опухоли головы и шеи. – 2015. – №. 2. – С. 25-29.
3. Асанова Р. и др. Клинический случай ювенильной назофарингеальной ангиофибромы // СТАРТ В НАУКЕ-2023. – 2023. – С. 16-20.
4. Белов И. Ю. и др. Ангиофиброма носоглотки с поражением передне-латерального отдела основания черепа и интракраниальным распространением в кавернозный синус: два случая из практики и обзор литературы // Нейрохирургия и неврология детского возраста. – 2014. – №. 2. – С. 38-44.
5. Везезгов В. А. и др. Современный взгляд на проблему оптимизации диагностики и лечебной тактики у больных юношеской ангиофибромой носоглотки и основания черепа // Российская оториноларингология. – 2011. – №. 2. – С. 61-71.
6. Везезгов В. А. Методы и тактика лечения пациентов с юношеской ангиофибромой носоглотки и основания черепа обзор литературы за 120 лет // Российская оториноларингология. – 2010. – №. 5. – С. 76-91.
7. Ворожцов И. Н. и др. Неoadьювантная терапия ювенильной ангиофибромы носоглотки и основания черепа с хорошим клиническим результатом (клинический случай) // Опухоли головы и шеи. – 2024. – Т. 14. – №. 1. – С. 70-76.

8. Гольбин Д. А. и др. Тактика лечения распространенных краниофациальных ювенильных ангиофибром //Онкохирургия. – 2012. – Т. 4. – №. 4. – С. 5-14.
9. Грачев Н. С. и др. Строго консервативные показания к проведению эндоваскулярной окклюзионной эмболизации ювенильной ангиофибромой носоглотки и основания черепа-основа алгоритма уменьшения объема интраоперационной кровопотери и профилактики гемотрансфузии //Head and Neck/Голова и шея. Российское издание. Журнал Общероссийской общественной организации Федерация специалистов по лечению заболеваний головы и шеи. – 2021. – Т. 9. – №. 1. – С. 20-34.
10. Грачев Н. С. и др. Хирургические методы лечения ювенильной ангиофибромой носоглотки //Pediatriya named after GN Speransky. – 2019. – Т. 98. – №. 4.
11. Грачев Н. С., Ворожцов И. Н., Краснов А. С. Способ визуализации результата хирургического лечения ювенильных ангиофибромой носоглотки и основания черепа. – 2018.
12. Гулямов Ш. Б., Карабаев Х. Э., Хамракулова Н. О. Способы хирургического лечения врожденной атрезии наружного слухового прохода //Журнал стоматологии и краниофациальных исследований. – 2023. – Т. 4. – №. 4.
13. Зикирхонжаев Д. З., Шамсидинов Б. Н. Оптимизация хирургического лечения юношеской ангиофибромой основания черепа.
14. Зябкин И. В. и др. Фармакоэкономический анализ хирургического лечения ювенильной ангиофибромой носоглотки и основания черепа в зависимости от степени предоперационной эмболизации //Медицинский совет. – 2022. – Т. 16. – №. 12. – С. 160-172.
15. Икромов М. К. Определение критериев объема хирургического вмешательства при юношеской ангиофибромой основания черепа в зависимости от результатов компьютерной и магнитно-резонансной томографии //Здравоохранение Таджикистана. – 2023. – №. 2. – С. 50-58.
16. Икромов М. К. Современные представления о юношеской ангиофибромой основания черепа //Вестник Авиценны. – 2019. – Т. 21. – №. 3. – С. 489-495.
17. Клименко К. Э. Последние достижения эндоназальной эндоскопической хирургии: обзор литературы и метаанализ //Вестник оториноларингологии. – 2012. – №. 5. – С. 98-104.
18. Краснов А. С. и др. Возможности мультиспиральной компьютерной томографии в предоперационной диагностике и планировании хирургического лечения ювенильной ангиофибромой носоглотки и основания черепа //Радиология–практика. – 2024. – №. 2. – С. 90-106.
19. Краснов А. С. и др. Ювенильная ангиофиброма носоглотки и основания черепа //Вопросы гематологии/онкологии и иммунопатологии в педиатрии. – 2020. – Т. 19. – №. 4. – С. 185-197.
20. Литвинюк Н. В. и др. Клинический случай симультанной эмболизации и эндоскопического удаления ювенильной ангиофибромой основания черепа //Сибирское медицинское обозрение. – 2022. – №. 5 (137). – С. 96-100.
21. Лутфуллаев Г., Тахирджанова П., Файзуллаев Д. Значение спиральной компьютерной томографии и магнитно-резонансной томографии в диагностике ювенильной ангиофибромой носоглотки //Журнал проблемы биологии и медицины. – 2018. – №. 1 (99). – С. 60-62.
22. Орлова Ю. Ю., Лабрусова Л. В., Зайцева А. А. Ювенильная ангиофиброма носоглотки //Избранные вопросы оториноларингологии. – 2021. – С. 64-70.
23. Рзаев Р. М. Значение ангиографии в диагностике и хирургическом лечении больных с ювенильной ангиофибромой носоглотки //Вестник оториноларингологии. – 2007. – №. 4. – С. 18-22.
24. Сабиров Ш. М. Комплексная эндоскопическая диагностика юношеской ангиофибромой носоглотки //Вестник КРСУ. – 2008. – Т. 8. – №. 4. – С. 119.
25. Хамракулова Н. О., Абдураимов З. А. Сравнительная оценка эффективности консервативного и хирургического методов лечения больных с хроническим гнойным средним отитом //Журнал стоматологии и краниофациальных исследований. – 2022. – Т. 3. – №. 3. Швыдун А. А. Синоназальная гломангиоперицитомы //Онлайн-школа, онлайн-семинар, вебинар. – Т. 20. – №. 16. – С. 48.
26. Bertazzoni G. et al. Contemporary management of juvenile angiofibroma //Current Opinion in Otolaryngology & Head and Neck Surgery. – 2019. – Т. 27. – №. 1. – С. 47-53.
27. Bignami M. et al. Juvenile angiofibroma: what is on stage? //The Laryngoscope. – 2022. – Т. 132. – №. 6. – С. 1160-1165.
28. Coutinho-Camillo C. M., Brentani M. M., Nagai M. A. Genetic alterations in juvenile nasopharyngeal angiofibromas //Head & Neck: Journal for the Sciences and Specialties of the Head and Neck. – 2008. – Т. 30. – №. 3. – С. 390-400.
29. Dubey S. P. et al. (ed.). Juvenile angiofibroma. – Springer International Publishing, 2017. – №. 25679.
30. Hoeltgen L. et al. Proton Therapy for Advanced Juvenile Nasopharyngeal Angiofibroma //Cancers. – 2023. – Т. 15. – №. 20. – С. 5022.
31. Kothari D. S. et al. Preoperative embolization techniques in the treatment of juvenile nasopharyngeal angiofibroma: a systematic review //Otolaryngology–Head and Neck Surgery. – 2023. – Т. 169. – №. 3. – С. 454-466.
32. Koppersmith R. B. et al. The use of intensity modulated radiotherapy for the treatment of extensive and recurrent juvenile angiofibroma //International journal of pediatric otorhinolaryngology. – 2000. – Т. 52. – №. 3. – С. 261-268.
33. Longacre M. M. et al. Perioperative management of pediatric patients undergoing juvenile angiofibroma resection. A case series and educational review highlighting patient blood management //Pediatric Anesthesia. – 2023. – Т. 33. – №. 7. – С. 510-519.
34. Parikh V., Hennemeyer C. Microspheres embolization of juvenile nasopharyngeal angiofibroma in an adult //International journal of surgery case reports. – 2014. – Т. 5. – №. 12. – С. 1203-1206.

ЖУРНАЛ СТОМАТОЛОГИИ И КРАНИОФАЦИАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

ТОМ 6, НОМЕР 2/1

JOURNAL OF ORAL MEDICINE AND CRANIOFACIAL RESEARCH

VOLUME 6, ISSUE 2/1

Editorial staff of the journals of www.tadqiqot.uz

Tadqiqot LLC The city of Tashkent,

Amir Temur Street pr.1, House 2.

Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; Email: info@tadqiqot.uz

Phone: (+998-94) 404-0000

Контакт редакций журналов. www.tadqiqot.uz

ООО Тадqiqот город Ташкент,

улица Амира Темура пр.1, дом-2.

Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; Email: info@tadqiqot.uz

Тел: (+998-94) 404-0000