

К вопросу организации диагностики новообразований клиновидной пазухи

Первый МГМУ им. И. М. Сеченова

Ключевые слова: клиновидная пазуха, новообразования, опухоли, эндоскопическая эндоназальная хирургия, эндоскопическая эндоназальная биопсия, КТ, МРТ, трансэтноидальная сфеноидотомия, трансназальная сфеноидотомия

Key words: sphenoidal sinus, neoplasms, tumors, endoscopic surgery, endoscopic endonasal biopsy, computerized axial tomography, magnetic resonance imaging, trans-ethmoidal sphenoidotomy, transnasal sphenoidotomy

Клиновидная пазуха, располагаясь в теле клиновидной кости, граничит с анатомически важными структурами: гипофизом, перекрестом зрительных нервов, внутренней сонной артерией и пещеристым синусом, что при распространении патологического процесса может привести к развитию осложнений, таких как ретробульбарный неврит зрительного нерва, амавроз, синдромы поражения гипофиза, менингит, тромбоз пещеристого синуса. Поэтому важны своевременная диагностика и рациональное лечение. Как правило, новообразования клиновидной пазухи обнаруживают либо в ходе диагностики, либо когда процесс принимает распространенный характер. Нередко постановка диагноза затруднена в силу отсутствия в медицинских учреждениях высокотехнологичного диагностического оборудования для КТ и МРТ, эндоскопической эндоназальной биопсии. К факторам, способствующим развитию опухолей клиновидной пазухи, относят хронические полипозные синуситы, травмы, профессиональные вредности (очищение никеля, деревопереработка, обработка кожи), курение, злоупотребление алкоголем, вирус папилломы человека.

Анализ распределения больных в группе с исходной локализацией опухолей в области основания черепа, проведенный на базе РОНЦ им. Н. Н. Блохина, показал, что новообразования полости носа и придаточных пазух встречаются в 38,7% случаев. Чаще всего поражается верхнечелюстная пазуха (43%), клетки решетчатого лабиринта (30%), полость носа (20%). Новообразования лобной и клиновидной пазух встречаются крайне редко и составляют незначительную долю случаев (3,4 и 2,3% соответственно) [3].

По данным медицинских экспертов, на долю злокачественных опухолей головы и шеи приходится до 5% от всех злокачественных новообразований, в том числе злокачественных опухолей полости носа и околоносовых пазух (ОНП) до 0,5% [1, 4, 12, 16]. Злокачественные опухоли полости носа и ОНП развиваются примерно с одинаковой частотой у мужчин и женщин преимущественно у лиц старше 40 лет (в 65% — 50—70 лет), чаще в странах Восточной Азии и Китае.

За последние 30 лет среди злокачественных опухолей с исходной локализацией в полости носа и придаточных пазух 49,7% составляет плоскоклеточный рак, 15,9% — эстезионейробластома, 12,6% — аденокистозный рак, 9,3% — мягкотканые саркомы, 6% — аденокарцинома, 3,3% — меланома, 3,3% — другие [3].

Доброкачественные опухоли полости носа и ОНП у взрослых наблюдаются значительно реже. Вместе с тем в структуре заболеваний ЛОР-органов у детей они составляют 9,5%. За последние 5 лет отмечена тенденция к росту этого показателя от 6,2 до 9,5% [17].

В структуре доброкачественных опухолей, локализованных в полости носа и придаточных пазухах, чаще всего встречаются полипоз (37,5%) и инвертированная папиллома (29,2%), а также гемангиома (12,5%), шваннома (8,3%), мукоцеле (8,3%), менингиома (4,2%) [3].

Новообразования клиновидной пазухи долгое время протекают бессимптомно. Это зачастую приводит к тому, что клинический диагноз устанавливается спустя 6—12 мес после начала болезни, когда опухоль уже имеет большую распространенность [10]. Клиническая симптоматика начинает проявляться по мере распространения процесса на окружающие структуры и включает при первичном поражении тупые головные боли в затылке, при вторичном поражении затруднение носового дыхания, гнойные выделения из носа, диплопию, мидриаз, косоглазие, экзофтальм, носовые кровотечения, ликворею, боли в лобной области, зубах, корне носа, деформацию лица и твердого неба.

К методам диагностики опухолей клиновидной пазухи относят сбор анамнеза, осмотр, пальпацию, риноскопию, фарингоскопию, ороскопию, фиброскопию, обзорную рентгенографию ОНП (в полуаксиальной, носоподбородочной, косой проекциях), КТ, МРТ, биопсию опухоли.

В настоящее время КТ — стандартное диагностическое исследование, выполняемое перед операцией на придаточных пазухах носа и других анатомических структурах головы и шеи. В некоторых странах невыполнение КТ перед операцией рассматривается как лечебная ошибка [2]. КТ позволяет точно определить локализацию, размер новообразования, степень инвазии в окружающие ткани. Можно также увидеть кальцинаты, увеличение лимфатических узлов.

Достоверность метода КТ при оценке распространенности злокачественных опухолей верхних дыхательных путей колеблется от 85 до 90% [14]. Несмотря на достаточно высокую информативность КТ этот метод имеет некоторые ограничения при дифференцировании границ опухоли на фоне перифокального отека и сопутствующих воспалительных изменений в окружающих тканях [9]. Используя КТ, трудно диагностировать небольшие по размеру рецидивные признаки после проведенного комбинированного лечения, что связано с проблемой дифферен-

цировки постлучевых склеротических изменений [15].

Основными преимуществами МРТ по сравнению с КТ являются отсутствие лучевой нагрузки на пациента, прекрасная контрастность мягких тканей. Использование МРТ помогает при подозрении на прорастание опухоли в основание черепа. МРТ позволяет визуализировать инфильтрацию процесса в твердую мозговую оболочку, основание мозга, кавернозный синус. При применении МРТ следует обратить внимание на возможную гипердиагностику, связанную с длительно сохраняющимися воспалительными изменениями слизистой оболочки ОНП после перенесенных синуситов [6, 7].

Таким образом, во избежание ряда диагностических ошибок целесообразно динамическое наблюдение и сопоставление данных КТ и МРТ между собой и с клиническими проявлениями заболевания [5, 8, 18].

Для установления характера патологического процесса и выбора тактики лечения необходимы данные гистологического исследования. В последнее время все чаще прибегают к эндоскопической эндоназальной биопсии (ЭЭБ). Эндоскопические методы исследования позволяют увидеть цвет, форму образования, характер поверхности, определить локализацию, степень кровоточивости, распространения на окружающие анатомические структуры, наличие сопутствующих патологических процессов и изменений (воспалительные явления, искривление перегородки носа, полипы, гипертрофия нижних носовых раковин, аденоидные вегетации и др.), дифференцировать опухолеподобные заболевания, выбрать место для биопсии. Совпадение данных ЭЭБ до операции с результатами интраоперационной биопсии (95,6%) свидетельствует о достоверности результатов, получаемых с помощью ЭЭБ [4].

Таким образом, использование КТ, МРТ и эндоскопических методов исследований является рациональным для адекватной диагностики новообразований полости носа и ОНП. Сочетание этих методик позволяет не только определить распространенность опухолевого процесса, но и, выполнив биопсию, верифицировать его гистологическую природу и выбрать оптимальную тактику лечения пациента [4].

В последнее время при лечении доброкачественных опухолей полости ОНП носа и ОНП предпочтение отдается использованию эндоскопических эндоназальных методик, таких как трансэтмоидальная и трансназальная сфеноидотомия.

Общие принципы лечения злокачественных опухолей полости носа и ОНП предусматривают применение хирургических, лучевых и химиотерапевтических методов. Выбор способов лечения, их комбинация и последовательность использования зависят от распространения и гистологической природы патологического процесса [6, 11, 13]. Вопрос о целесообразности эндоскопической эндоназальной хирургии при злокачественных новообразованиях пока однозначно не решен.

Заключение

Новообразования клиновидной пазухи составляют крайне низкий процент от общего числа опухолей основания черепа, клиническая симптоматика развивается при распространении процесса на анатомически важные структуры, вызывая осложнения и требуя более радикального вмешательства. Поэтому важна своевременная диагностика с использованием современных лучевых (КТ, МРТ) и эндоскопических методов исследования. ЭЭБ является эффективным методом определения гистологической природы новообразований, отличается

малой инвазивностью и минимальным риском осложнений. Преимуществами эндоскопической эндоназальной хирургии являются малая травматичность, снижение частоты послеоперационных осложнений, косметический эффект, сокращение сроков утраты трудоспособности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аиуров З. М., Зенгер В. Г., Болканов А. С., Мустафаев Д. М. Наблюдение фибромиксосаркомы левой половины полости носа, левой верхнечелюстной пазухи, носоглотки, клеток решетчатого лабиринта и левой половины клиновидной пазухи. Вестник оториноларингологии. 2007; 3: 59—61.
2. Виганд М. Э., Хейнрих Иро. Эндоскопическая хирургия околоносовых пазух и переднего отдела основания черепа: Пер. с англ. М.: Медицинская литература; 2010.
3. Долгушин Б. П., Матякин Е. Г., Мудунов А. М. и др. Опухоли основания черепа: атлас КТ, МРТ-изображений. М.: Практическая медицина; 2011.
4. Каптанов Д. Н. Внутриносовые эндоскопические методики в диагностике и лечении патологии основания черепа: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М.; 2004.
5. Коробкина Е. С., Кузьмин А. А., Минкин А. У. и др. Компьютерная и магнитно-резонансная томография в диагностике злокачественных опухолей околоносовых пазух, верхней челюсти и полости носа. Вестник рентгенологии и радиологии. М.; 2000; 1: 10—6.
6. Лесняк В. Н. Магнитно-резонансная и компьютерная томография в диагностике злокачественных опухолей верхней челюсти и смежных областей: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М.; 1993.
7. Лопатин А. С., Арцыбашева М. В. МРТ в исследовании полости носа и околоносовых пазух. Российская ринология. 1996; 5: 3—14.
8. Лопатин А. С. Грибковые заболевания околоносовых пазух. Российская ринология. 1999; 1: 46—8.
9. Ольшанский В. О., Корниенко В. Н., Кицманюк З. Д., Сдвижков А. М. Компьютерная томография при злокачественных опухолях верхней челюсти и полости носа. Томск: Изд-во Томск. ун-та; 1985.
10. Ольшанский В. О., Габитов Г. А., Сдвижков А. М. и др. Комбинированные и краниофациальные резекции при злокачественных опухолях верхней челюсти: Метод. рекомендации. М.: МНИОИ им. П. А. Герцена; 1991.
11. Ольшанский В. О., Решетов И. В., Сдвижков А. М., Черкаев В. А. Лечение распространенных злокачественных опухолей носа, околоносовых пазух и верхней челюсти. Российский онкологический журнал. 1998; 3: 63—7.
12. Пачес А. И. Опухоли головы и шеи. М.: Медицина; 1983.
13. Пеньковский Г. М., Пионтковская М. К. Выбор объема хирургических вмешательств при злокачественных опухолях околоносовых пазух на основе алгоритма лучевой диагностики. Журнал ушных, носовых и горловых болезней. 1996; 4: 39—45.
14. Потапов О. Г., Бакиров Р. Т., Серов О. В. Возможности компьютерной томографии в диагностике опухолей челюстно-лицевой области. В кн.: Теоретические и клинические вопросы челюстно-лицевой хирургии: Материалы 1-го съезда челюстно-лицевых хирургов Республики Башкортостан, посвящ. 25-летию отд. челюстно-лицевой хирургии и республиканского челюстно-лицевого центра (г. Дюртюли). Уфа; 1998: 130—3.
15. Приходько А. Г., Ефимцев Ю. П., Баженов В. В. и др. Компьютерная томография в диагностике заболеваний головы и шеи. Вестник рентгенологии и радиологии. 1991; 4: 38—43.
16. Сдвижков А. М. Хирургические аспекты лечения распространенных злокачественных опухолей носа, околоносовых пазух и верхней челюсти: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М.; 1997.
17. Яблонский С. В. Доброкачественные опухоли полости носа, околоносовых пазух и носоглотки в детском возрасте. Вестник оториноларингологии. 1999; 1: 58—62.
18. Kennedy D. et al. Endoscopic approach to tumors of the anterior skull base and orbit. Operative techniques in otolaryngology. Head Neck Surg. 1996; 7 (3): 257—63.
18. Kennedy D. et al. Endoscopic approach to tumors of the anterior skull base and orbit. Operative techniques in otolaryngology. Head Neck Surg. 1996; 7(3): 257--63.

Поступила 19.07.12