

Ж.Ж. Жолдыбай, Г.С. Ахметова

Казахский научно-исследовательский институт онкологии и радиологии, Алматы, Республика Казахстан

Мультисрезовая компьютерная томография в диагностике неходжкинских лимфом у детей

Актуальность. Неходжкинская лимфома (НХЛ) — это гетерогенная группа злокачественных лимфопрлиферативных опухолей. Неходжкинские лимфомы у детей подразделяются на три типа: лимфобластная, мелкоклеточная, крупноклеточная. Опухолевый рост начинается с одного лимфатического узла и распространяется путем лимфогенного и/или гематогенного метастазирования.

Высокоинформативные методы, такие как мультисрезовая компьютерная томография (МСКТ), позволяют определить распространенность процесса, состояние прилежащих мягких тканей, костных структур и сосудов.

Пациенты и методы. В отделении лучевой диагностики Казахского НИИ онкологии и радиологии проведено мультисрезовое компьютер-

но- томографическое исследование с участием 92 пациентов с выявленными впервые неходжкинскими лимфомами различной локализации. Возраст пациентов от 1 года до 13 лет, средний возраст — 6,5 лет, из них мальчиков 63 (68,5%), девочек 29 (31,5%).

Результаты. При анализе полученных результатов поражение глоточного кольца наблюдалось у 9 (9,2%) пациентов, лимфоузлов шеи и средостения — у 42 (43,3%), изолированное поражение лимфоузлов средостения — у 10 (1%), поражение лимфоузлов брюшной полости и малого таза — у 12 (12,3%); у 3 (3,1%) пациентов процесс локализовался в верхнечелюстной пазухе. По данным МСКТ выявлено распространение процесса в полость носа у 50% детей, в ротоглотку — у 50%, в верхнечелюстные пазухи — у 25%, в клетки решетчатого лабиринта — у 29,2%, в основную пазуху — у 12,5%, в полость

черепи — у 25%, в орбиту — у 12,5%. При компьютерной томографии органов брюшной полости и малого таза у 5 (17,8%) пациентов отмечалась инвазия поясничной мышцы, в 4 (14,3%) случаях — распространение процесса на перипанкреатическую клетчатку. У 4 (14,3%) пациентов гиперплазированные лимфоузлы сдавливали ворота печени с развитием асцита и холестаза. У 4 (14,3%) пациентов с поражением лимфоузлов малого таза отмечалась дислокация органов малого таза. У 6 (21,4%) пациентов обнаружено прорастание стенок аорты и подвздошных артерий.

Заключение. МСКТ при неходжкинских лимфомах позволило уточнить локализацию и распространенность процесса; оценить состояние окружающих тканей, степень вовлечения в процесс крупных сосудов и их ветвей. Полученные данные позволяют определить стадию заболевания и выбрать адекватные схемы лечения.

Б.М. Жумадуллаев, Г.Б. Адильбаев, М.Е. Кайбаров, С.С. Салиева, Б.А. Байзакова, Г.А. Нуржанова, К.С. Бертаева, Д.М. Джуматаев, С.Ш. Саргелов, А.Б. Ибраимова, М.С. Султанкул

Научный центр педиатрии и детской хирургии, Алматы, Республика Казахстан
Казахский научно-исследовательский институт онкологии и радиологии, Алматы, Республика Казахстан

Диагностика и лечение юношеской ангиофибромы носоглотки

Актуальность. Юношеская ангиофиброма носоглотки (ЮАН) относится к группе доброкачественных мезенхимальных опухолей и обнаруживается у лиц мужского пола, в основном в пубертатном периоде, имея склонность к прорастанию в окружающие ткани и рецидивированию. В зависимости от формирования и роста различают три основных типа ЮАН: базальный, крыловерхнечелюстной и сфеноэтмоидальный. Ввиду высокого процента рецидивов вопросы диагностики и лечения пациентов с ЮАН остаются до сих пор актуальными.

Цель исследования: повышение эффективности диагностики и качества хирургического лечения пациентов с ЮАН.

Пациенты и методы. В исследование включено 8 пациентов с ЮАН в возрасте от 11 до 17 лет за период с февраля 2013 по апрель 2014 г. Медиана возраста — 13 лет. Всем пациентам проведены комплексные обследования: риноскопия, пальцевой метод обследования носоглотки, фиброриноскопия, компьютерная / магнитно-резонансная томография с контрастным усилением для уточнения истинной распространенности и структуры опухоли, а также для определения выбора адекватного доступа хирургического лечения. Тактика

лечения определена в зависимости от клинко-анатомической классификации опухолей по U. Fisch в модификации R. Andrews (1989).

Результаты. На основании данной классификации только в 1 (12,5%) случае опухолью не была поражена верхнечелюстная пазуха, и пациент был прооперирован эндоназальным доступом. Пациенты с вовлечением верхнечелюстной пазухи прооперированы доступом по Денкеру в 3 (37,5%), по Муру — в 4 (50,0%) случаях. Основным осложнением являлось интраоперационное кровотечение. Во всех случаях диагноз был подтвержден морфологически. Пациентов с интракраниальным распространением опухолевого процесса в наших наблюдениях не было. Рецидив заболевания возник у 1 (12,5%) больного через 8 мес после лечения.

Заключение. Пациентам мужского пола в пубертатном периоде с анамнестическими носовыми кровотечениями и прогрессирующим затруднением носового дыхания необходимо проводить комплексное обследование для дифференциального диагноза с ЮАН. Комплекс диагностических мероприятий помогает определить истинную распространенность ЮАН, что позволяет выбрать оптимальный доступ хирургического вмешательства и тем самым уменьшить число осложнений и рецидивов.