



ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯ

УДК 616.716.1/4-006.5-089.87

И.М. ИСЛАМОВ, Г.О. МИНЕНКОВ

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева, г. Бишкек
Медицинский центр «MEDIPOL», г. Бишкек

К обоснованию выбора эндоскопического удаления доброкачественных опухолей челюстно-лицевой области по данным компьютерной томографии

Исламов Иброхим Махкамжанович

кандидат медицинских наук, доцент кафедры оториноларингологии

720021, Киргизская Республика, г. Бишкек, ул. Токтогула, д. 61, кв. 62, тел. (312) 43-80-53, e-mail: gmo1976@rambler.ru

Изучены возможности компьютерно-томографического исследования в диагностике и выборе метода хирургического удаления доброкачественных опухолей челюстно-лицевой области. Прооперированы 17 пациентов, из которых у 10-и было произведено эндоскопическое ринохирургическое удаление опухоли. Во всех случаях диагноз был подтвержден результатами гистологического исследования. На основании анализа данных компьютерной томографии удалось проследить распространенность опухоли в челюстно-лицевой области, выявить особенности тени, свойственные доброкачественному объемному процессу и обоснованно выбрать ту или иную тактику хирургического лечения.

Ключевые слова: компьютерная томография, доброкачественные опухоли, челюстно-лицевая область, эндоскопическая хирургия.

I.M. ISLAMOV, G.O. MINENKOV

State Medical Academy named after I.K. Ahunbaev, Bishkek
Medical Center «MEDIPOL», Bishkek

To substantiation the choice of endoscopic sinus surgery removal of benign tumors in maxilla-facial region based on computer tomography findings

Opportunities of computer tomography in diagnosis and choice of surgical approach for removal of benign tumors in maxilla-facial region was studied. It were operated 17 patients, 10 of them through endoscopic rhinosurgery intervention. In all cases the final diagnosis was confirmed by pathomorphological verification. On the basis of computer tomography results it managed to trace a tumors extension inside of maxilla-facial region, to reveal shadow peculiarities due to benign tumors and to choose an adequate tactics of surgical treatment.

Keywords: computed tomography, benign tumors, maxilla-facial region, endoscopic surgery.

Введение

Доброкачественные опухоли челюстно-лицевой области (ЧЛО) встречаются достаточно часто [1,2,5]. Отсутствие па-

тогномоничных признаков в начальных стадиях развития процесса приводит к недостаточности внимания к проблеме, как со стороны больного, так и врача. Значительное разнообразие

Рисунок 1.

КТ-граммы больного Э-ва, 1970 года рождения, с диагнозом папиллярная аденома полости носа и верхней челюсти слева (аксиальная плоскость, уровень верхнечелюстных пазух)



Рисунок 2.

КТ-граммы больного Э-ва, 1970 года рождения, с диагнозом папиллярная аденома полости носа и верхней челюсти слева (аксиальная плоскость, уровень клеток решетчатого лабиринта)

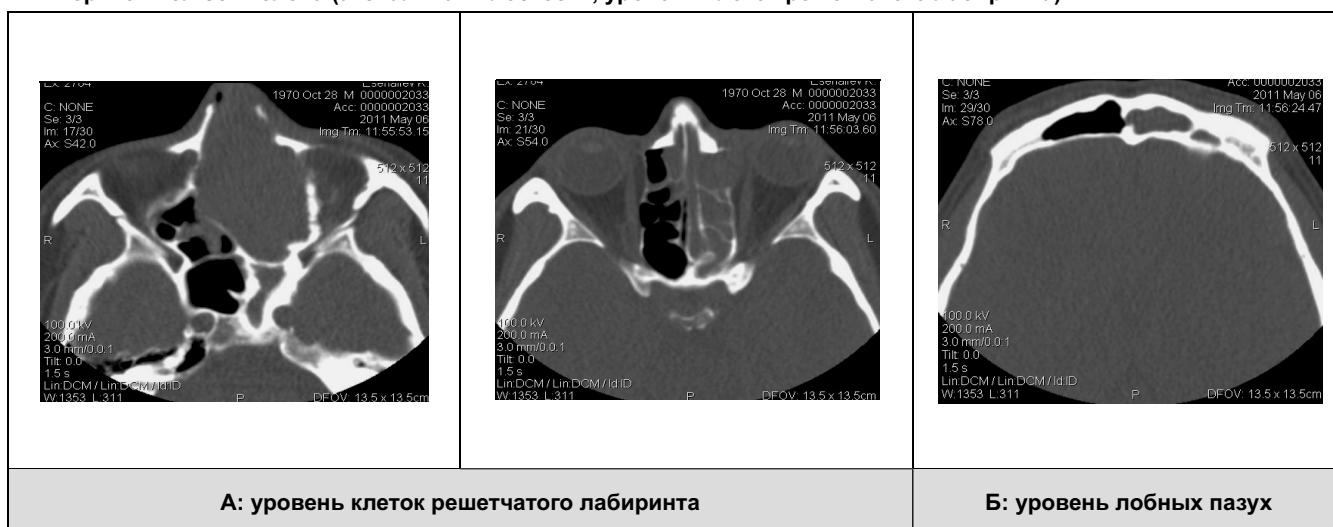
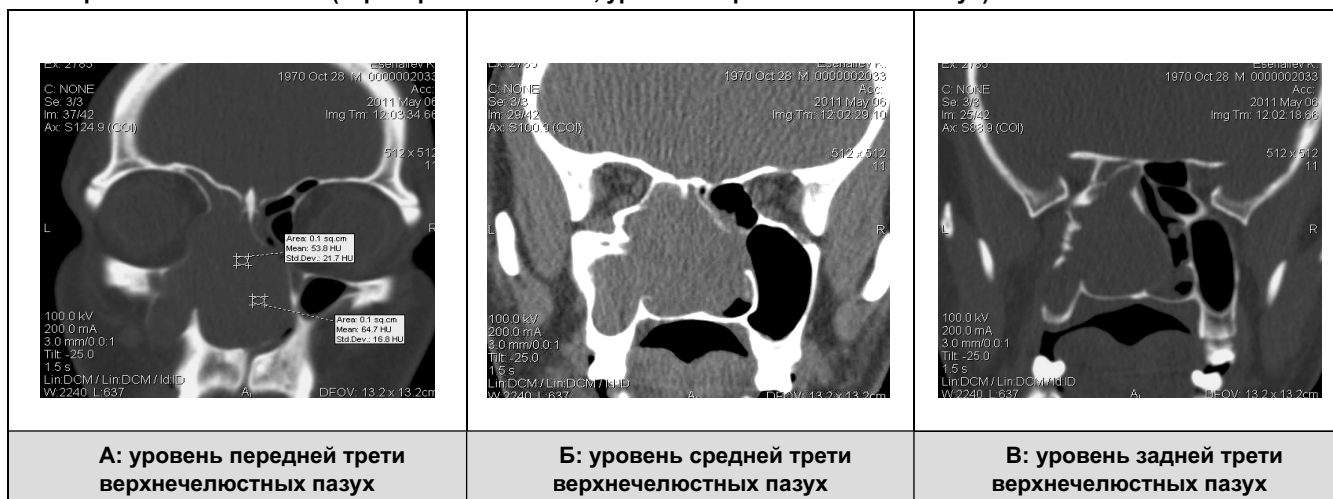


Рисунок 3.

КТ-граммы больного Э-ва, 1970 года рождения, с диагнозом папиллярная аденома полости носа и верхней челюсти слева (коронарная плоскость, уровень верхнечелюстных пазух)





гистологических форм, локализаций и распространенности доброкачественного объемного поражения ЧЛО значительно затрудняют диагностику, а в ряде наблюдений приводят к диагностическим ошибкам [1,2,4]. С позиций современной диагностики, для уточнения характера опухоли, ее локализации и распространенности в сложных анатомических структурах ЧЛО используется компьютерная или магнитно-резонансная томография. Основываясь на этих данных, хирург решает вопрос о возможности проведения эндоскопического удаления опухоли либо отказа от него в пользу обширного хирургического вмешательства с наружным подходом [4,7].

За последние 5 лет нами обследовано и прооперировано 17 пациентов с различными доброкачественными опухолями ЧЛО. Генетически они были связаны либо с эпителиальной (9 наблюдений), либо с мезенхимальной тканью (8 наблюдений). У 10 пациентов опухоль была удалена с помощью эндоскопического ринохирургического вмешательства. В 2 наблюдениях доброкачественный неопластический процесс был ликвидирован с использованием доступа по Денкеру, в 5 — посредством боковой ринотомии. Обследование проводилось на спиральном компьютерном томографе Hitachi Pronto, Япония в аксиальной и коронарной проекциях толщиной среза 3 мм. Следует отметить, что отдавали предпочтение послойному режиму сканирования, который позволяет более детально оценить состояние мелких костных структур. При необходимости использовалась постпроцессорная обработка полученных КТ-данных в режимах MPR и 3D с построением соответствующих моделей.

Результаты и их обсуждение

При анализе компьютерных томограмм обращали внимание на характер тени и ее плотность, рельеф границ, изменения вовлеченных в процесс мягкотканых, хрящевых и костных анатомических образований с определением локализации и распространенности патологического процесса в исследуемой области. [3,4,5,6]. Оценка полученных КТ-данных должна осуществляться в определенной последовательности, иными словами, подчиняться алгоритму, позволяющему с меньшей вероятностью допустить диагностическую ошибку. Это особенно важно для планирования методических основ выполнения того или иного хирургического вмешательства. Такой алгоритм, разработанный нами, был предметом описания ранее [4].

Детальный анализ полученных КТ-данных 17 пациентов с доброкачественными опухолями ЧЛО позволил с достаточной долей достоверности высказаться об их КТ-семиотике, отличной от злокачественных опухолей, без чего немислим обоснованный выбор тактики хирургического лечения.

Доброкачественные опухоли ЧЛО, по данным КТ-анализа, характеризуются наличием дополнительного объемного образования, мягкотканой плотности в пределах от +35,7 ед.Н. до +51,4 ед.Н., часто с наличием внутреннего рисунка (мелко-, средне-, крупнозернистого) без КТ-признаков распада. В отдельных наблюдениях в толще тени определяются очаги и участки пониженной до +25,6 ед.Н. плотности (псевдокисты) либо повышенной (кальцинация) плотности, не связанные с разрушенными в процессе роста опухоли костными структурами. Границы тени опухоли, как правило, четкие из-за более или менее выраженного краевого контура, образованного либо компримированными мягкоткаными структурами, либо капсулой смещенных костных структур. Для всех гистологических форм доброкачественных опухолей ЧЛО характерно смещение и остеопороз костных, смещение и сдавление мягкотканых структур. Давление растущей опухоли на костные структуры приводит к появлению их истончения и растяжения, вплоть до появления дефектов. Последнее особенно отчетливо прослеживается при их краевом расположении.

Для демонстрации характера тени опухоли, свойственной доброкачественным неоплазмам, ее распространенности в пределах ЧЛО и выборе тактики эндоскопического удаления, приводим краткую выписку из истории болезни с демонстрацией некоторых, наиболее показательных КТ-грамм.

Больной Э-ев, 1970 года рождения (и.б. №322), 24.05.11 года обратился в ЛОР-отделение медицинского центра КГМА им. И.К. Ахунбаева с жалобами на отсутствие носового дыхания и слизисто-гнойное отделяемое через обе половины носа, отечность околоносовой области слева, головную боль. Из анамнеза удалось выяснить, что больному неоднократно производилась полипотомия носа. 17.05.11 был взят биопсийный материал из полости носа слева и направлен на патогистологическую верификацию. Заключение: папиллома полости носа.

Общее состояние больного при поступлении удовлетворительное.

Локальный статус: при визуальном осмотре определяется деформация лица за счет сглаженности носо-щечной складки и выбухания мягких тканей щечной области слева. При передней риноскопии, в полости носа слева, определяется мягкотканое опухолевидное образование грязно-серого цвета, с бугристой поверхностью, полностью obturiruyushее ее просвет. Носовая перегородка смещена вправо и практически прилежит к медиальной стенке правой верхнечелюстной пазухи. Носовое дыхание справа затруднено, слева отсутствует.

КТ-исследование ЧЛО было выполнено 06.05.2011 года. На серии КТ в аксиальной плоскости изменения костных структур начинают определяться начиная с уровня нижней трети верхнечелюстных пазух и дна полости носа. На КТ-срезах этого уровня определяется локальный костный дефект задней стенки верхнечелюстной пазухи слева и наличие тени опухоли, мягкотканой плотности (до +47,8 ед.Н.) в верхнечелюстной пазухе, нижнем носовом ходе и носоглотке. Тень опухоли характеризовалась наличием среднезернистого «рисунка» и достаточно четкими, неровными контурами (рис. 1А). На КТ-срезах, выполненных на уровнях средней и верхней трети верхнечелюстных пазух, можно констатировать полное отсутствие медиальной стенки верхнечелюстной пазухи, частичный дефект передней ее стенки, значительное истончение и смещение костного отдела носовой перегородки вправо в виде полуовала, соприкасающегося с медиальной стенкой противоположной верхнечелюстной пазухи. Тень опухоли выполняет весь объем верхнечелюстной пазухи, полость носа и носоглотку слева, переходит на противоположную сторону и проминирует в мягкие ткани щечной области слева (рис. 1Б, 1В). Еще выше определяется наличие тени опухоли, расположенной преимущественно в передних клетках решетчатого лабиринта слева, которая через дефект латеральной стенки проминирует в орбиту в виде полуовала (рис. 2А). На КТ-срезах, выполненном в коронарной плоскости на уровне передней трети верхнечелюстных пазух (рис. 3А), также отмечается наличие костного дефекта медиальной стенки орбиты от смещения, образованного давлением на нее растущей неоплазмы. На аксиальных срезах, выполненных на уровнях клеток решетчатого лабиринта и лобных пазух, в основной и лобной пазухах слева, отмечается наличие жидкостного содержимого (рис. 2А, 2Б). Исследование, выполненное в коронарной плоскости, позволило уточнить наличие дефекта нижней стенки лобной пазухи слева и отсутствие видимых КТ-признаков разрушения нижней стенки основной пазухи слева. Последнее обстоятельство позволило подтвердить, что вуаль основной пазухи слева обусловлена наличием только жидкостного содержимого без КТ-признаков распространения в нее опухолевой ткани. Наличие дефекта нижней стенки лобной пазухи позволило предположить, что неопластический процесс частично распространился и в нижние отделы пазухи,



а в верхних ее отделах, как и в основной пазухе слева, определяется жидкостное содержимое (рис. 3А, 3Б, 3В).

Такой детальный анализ данных КТ-исследования позволил предварительно, еще в доверификационный период, определить доброкачественный характер роста опухоли и достоверно проследить его распространенность. Более того, учитывая объем и преимущественные направления распространенности процесса, было возможно также высказаться относительно исходного места роста опухоли. Учитывая локализацию максимального объема мягкотканого компонента и костных разрушений, опухоль могла исходить из области медиальных отделов средней трети верхнечелюстных пазух и/или латеральной стенки полости носа. Полученные результаты КТ-исследования позволили нам отказаться от обширного наружного доступа для удаления неоплазмы в пользу эндоскопического ринохирургического вмешательства.

24.05.11 года проведена операция: удаление новообразования (папиллома?) полости носа и верхнечелюстной пазухи слева. Первым этапом с помощью шейвера под контролем 30° эндоскопа произведено удаление новообразования из полости носа слева. Вторым этапом была проведена ограниченная резекция медиальной стенки верхнечелюстной пазухи ниже полунной щели, достаточная для инструментальных манипуляций в полости верхнечелюстной пазухи (8×10 мм). Под контролем 70° эндоскопа с помощью введенного в полость пазухи шейвера произведено удаление новообразования из верхнечелюстной пазухи. После гемостаза, с помощью визуального осмотра, убедились в том, что полость пазухи пуста. Необходимость в тампонаде пазухи отсутствовала. После контрольного осмотра в полость носа уложены латексные тампоны, которые были удалены на следующий день.

Операция прошла без осложнений. Удаленный материал отправлен на патогистологическую верификацию. Патоморфологическое исследование операционного материала выявило папиллярную аденому полости носа и верхнечелюстной пазухи слева с экзо- и эндофитным ростом. Злокачественного роста не обнаружено.

Через 3 дня пациент был выписан в удовлетворительном состоянии с соответствующими рекомендациями для амбулаторного наблюдения.

Представленный материал позволяет прийти к выводу, что при КТ-исследовании для доброкачественных опухолей ЧЛО свойственны достаточно характерные особенности. Скрупулезный анализ полученных КТ-данных, выполненных как в аксиальной, так и в коронарной плоскостях, позволяет не только определить распространенность неопластического поражения, но и иногда предположить исходное место роста опухоли. Значимость полученной информации трудно переоценить, так как без ее использования невозможно обоснованно запланировать метод (малоинвазивная эндоскопическая хирургия или обширное хирургическое вмешательство) и объем предполагаемой операции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дайхес Н.А., Яблонский С.В., Давудов Х.Ш. и соавт. Доброкачественные опухоли полости носа, околоносовых пазух и носоглотки у детей. — М.: Медицина, 2005. — 253 с.
2. Колесов А. А., Воробьев Ю.И., Каспарова Н. Н. Новообразования мягких тканей и костей лица у детей и подростков. — М.: Медицина, 1989. — 304 с.
3. Труфанов Г.Е., Алексеев К.Н. Лучевая диагностика заболеваний околоносовых пазух и полости носа. — СПб.: «Элби-СПб», 2009. — 191 с.
4. Фейгин Г. А., Шалабаев Б.Д., Миненков Г.О. Компьютерная томография в диагностике и лечении объемных образований челюстно-лицевой области. — Бишкек: Изд-во Кыргызско-Российского Славянского Университета, 2008. — 236 с.
5. Barbara L. Carter. Computed Tomography of the Whole Body // Upper aerodigestive tract and neck. — USA, Mosby Company, 1988. — Vol.1 — P. 457-459.
6. Peter M. Som. Head and Neck Imaging // Sinonasal Cavity. — USA: Mosby-Year Book, 1991. — P. 169-215.
7. Stammberger H. Functional endoscopic sinus surgery. The Messerklinger technique. — Philadelphia: B.C. Decker, 1991. — 529 p.

НОВОЕ В МЕДИЦИНЕ. ИНТЕРЕСНЫЕ ФАКТЫ

ПРИМЕНЕНИЕ АНТИБИОТИКОВ ПРИ ОСТРОМ СИНУСИТЕ НЕ ИМЕЕТ ПРЕИМУЩЕСТВ ПО СРАВНЕНИЮ С СИМПТОМАТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИЕЙ

Американские ученые пришли к выводу, что назначение антибиотиков при остром синусите (воспалении придаточных пазух носа) не имеет преимуществ по сравнению с симптоматической терапией и динамическим наблюдением за состоянием пациента, сообщает MedPage Today. Как правило, синуситы (в зависимости от поражения конкретной пазухи носа эти заболевания могут называться гайморитом, фронтитом, этмоидитом или сфеноидитом) являются осложнением инфекций верхних дыхательных путей, в частности слизистой оболочки носа (ринита). В настоящее время Центры контроля и профилактики заболеваний США (CDC) рекомендуют применять антибиотики лишь при тяжелых случаях этих заболеваний. Тем не менее, многие врачи, как в США, так и в других странах назначают антибактериальные препараты практически всем пациентам с синуситами.

Исследователи из Университета Вашингтона в Сент-Луисе, штат Миссури, проверили, насколько оправдан такой подход. Они случайным образом отобрали 166 человек с острым синуситом, обратившихся в 10 местных медицинских учреждений. Части больных назначили 10-дневный курс антибиотика амоксициллина, остальным — плацебо по аналогичной схеме.

При этом все участники исследования могли по потребности принимать препараты для облегчения таких симптомов как боль, повышенная температура тела, кашель и заложенность носа. Состояние пациентов оценивалось на третий, седьмой и десятый дни после обращения по объективным симптомам и специфическим показателям качества жизни, оцениваемым по стандартному тесту SNOT-16.

Никакой разницы в состоянии участников из обеих групп на третий и десятый дни не обнаружилось. На седьмой день в группе, принимавшей амоксициллин, состояние пациентов оказалось несколько лучше, однако преимущество было "слишком малым, чтобы говорить о каких-либо клинически значимых изменениях".

Источник <http://www.medlinks.ru> / Опубликовано 16-02-2012