УДК: 616. 216. 1–006. 327. 089

СЛУЧАЙ УСПЕШНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ МИКСОФИБРОМЫ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Д. Афзайеш, В. Г. Зенгер, В. М. Исаев, М. П. Косяков, Д. М. Мустафаев, О. О. Копченко

Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М. Ф. Владимирского
(Директор – з. д. н. РФ, член-корр. РАМН, проф. Г. А. Оноприенко)

Миксома (myxoma от греческого – слизь) занимает промежуточное место между новообразованиями из волокнистой соединительной ткани и опухолями из хряща, кости и жира. Некоторые исследователи считают миксому опухолью, развивающейся из эмбриональной мезенхимальной ткани [1, 4, 6].

В челюстных костях встречается редко (1–2%). Клинически и рентгенологически не диагностируется. Чаще поражает возраст от 14 до 30 лет. Продолжительность болезни до поступления в клинику – от 3 месяцев до 4 лет. Локализуется главным образом в переднебоковом отделе нижней челюсти и боковом отделе верхней челюсти. Нередко сочетается с другими опухолями, потому приобретает двойное название – миксохондрома, миксофиброма, миксолипома, миксосаркома и др. [3, 4, 7, 9].

Миксома растет из-под надкостницы, из слизистых сумок вблизи сустава, слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи [4].

Макроскопически выглядит как однородная, желеподобная, бледно-сероватого или молочного цвета масса. Она не имеет оболочек, а по другим данным литературы – каждый узел миксомы покрыт тонкой фиброзной капсулой. На разрезе ткань опухоли сочная, влажная, цвет опухоли варьирует от белого до серо-красного [3, 4].

Среди гомогенной межуточной базофильного вида субстанции располагаются слизистые клетки звездчатой, паукообразной или веретеновидноотростчатой формы [4, 8].

В цитологических препаратах миксомы на фоне нитчатой субстанции слизистого вещества видны в основном разрозненные клетки типа фибробластов, эндотелия. Цитоплазма клеток с многочисленными отростками, что придает им паукообразный, звездчатый вид, содержит мелкие гранулы и вакуоли. Контуры её нечеткие, незаметно сливаются с окружающим фоном. Люминесценция её тускло-зеленая, гранул – красная, розовая. В подкрашенных препаратах цитоплазма собирается в комки. В мазках отростки нечеткие, а сама цитоплазма бледно окрашена. Ядра округлой и овоидной формы с нежносетчатой, однородной структурой хроматина, люминесцируют зеленым светом. Ядрышки небольшие. Кроме описанных элементов в препаратах выявляются фибробласты, эндотелий и тканевые базофилы [1, 4, 5].

Миксома растет медленно, безболезненно, прорастая в окружающую кость в виде бухтообразных углублений. Достигнув значительных размеров, она приводит к деформации челюсти в виде плотного безболезненного гладкого выпячивания. Врастая в альвеолярный отросток, вызывает смещение зубов в деформацию зубного ряда, локализуясь в области ветви челюсти, может симулировать болезнь околоушной слюнной железы или жевательной мышцы (киста, миома) [3, 4].

Рентгенографическая картина довольно типичная: на фоне разрежения костной ткани видны четко определяемые ячейки, опухоль не имеет четких границ и пограничного склероза кости, отмечается тенденция вызывать рассасывание корней зубов. Однако аналогичное ячеистое

строение может быть при остеобластокластоме, фиброзной дисплазии и кистозной адамантиноме. Поэтому окончательный диагноз устанавливается обычно на основании пункции [2, 3, 4, 7].

Лечение хирургическое: оперативное вмешательство заключается в удалении опухоли в пределах заведомо здоровой кости. Ограничиваться одним лишь выскабливанием нельзя, так как бухтообразность контуров опухоли исключает радикальность такой операции. Лучевая терапия неэффективна.

Учитывая относительную редкость миксофибромы верхней челюсти с обширными нарушениями костных стенок околоносовых пазух с прорастанием в соседние анатомические структуры, мы приводим собственное наблюдение.

Больной Г., 50 лет, поступил в ЛОР-клинику МОНИКИ им. М. Ф. Владимирского 09.01.2008 с жалобами на затруднение носового дыхания, больше через правую половину носа, болезненность при пальпации в проекции правой верхнечелюстной пазухи. Из анамнеза известно, что в августе 2007 года у больного на фоне полного здоровья впервые появилось затруднение носового дыхания. Самостоятельно пользовался сосудосуживающими каплями в нос. В этот же период у больного возникли зубные боли в проекции верхней челюсти справа. Обратился к стоматологу, произведена рентгенологическое исследование: ортопантомограмма – на ортопантомограмме альвеолярный отросток верхней челюсти справа на уровне 11–15 зубов истончён за счёт деструкции его верхнего края. На этом уровне уменьшены в размере корни зубов. Заключение: деструкция альвеолярного отростка верхней челюсти справа. Новообразование из полости носа и правой гайморовой пазухи (рис. 1). Больной направлен на консультацию в консультативно-диагностический отдел (КДО) МОНИКИ, где выполнена рентгеновская компьютерная томография (РКТ) полости носа, околоносовых пазух (ОНП) и головного мозга: на серии РКТ парасагиттально, преимущественно справа, определяется литическая деструкция верхней челюсти мягкотканным образованием неправильной шаровидной формы, диаметром 5,0 см. Контуры образования неровные, недостаточно четкие, структура умеренно неоднородная. Образование распространяется в полость носа, сливается с носовой перегородкой, нижними носовыми раковинами с обеих сторон и средней носовой раковиной справа, деформирует медиальную стенку правой верхнечелюстной пазухи. После внутривенного усиления отмечается неоднородное контрастирование образования с градиентом 25–30 ед. Х. В нижних отделах левой гайморовой пазухи и в ячейках решетчатой кости слизистая оболочка неравномерно утолщена. Пневматизация пазух сохранена. Заключение: РКТ-картина злокачественного новообразования верхней челюсти (рис. 2). Амбулаторно в КДО МОНИКИ 05.12.2007 взята биопсия новообразования из полости носа. Результат гистологического исследования (№36869-70) от 11.12.2007 – образование построено рыхлой отечной волокнистой тканью с большим количеством отростчатых клеток и большим количеством мелких сосудов, также имеются элементы поперечно-полосатой мускулатуры, жировой клетчатки с единичными вкраплениями компактной кости. Морфологическая картина соответствует миксоме. Больной госпитализирован в ЛОР-отделение МОНИКИ.

При поступлении состояние относительно удовлетворительное. Со стороны внутренних органов без отклонений от нормы. Анализы крови и мочи в норме. Объективно: форма наружного носа не изменена. При пальпации и перкуссии в проекции правой гайморовой пазухи имеется незначительная болезненность, остальные ОНП безболезненны. При передней риноскопии слизистая оболочка полости носа бледно-розовой окраски, просвет правого носового хода сужен за счёт образования, исходящего из дна полости носа, плотной консистенции, неподвижного, на широком основании. Движение правого глазного яблока в полном объеме, болезненности не отмечается. По остальным ЛОРорганам патологии не выявлено.

В условиях ЛОР-отделения МОНИКИ повторно взята биопсия новообразования из полости носа справа. Заключение гистологического исследования (№10) от 11.01.2008: в представленных препаратах – опухоль типа миксофибромы. В одном из стёкол – отмечается инвазия опухолью костной стенки гайморовой пазухи. Наиболее вероятно, опухоль исходит из верхней челюсти и обтурирует верхнечелюстную пазуху, однако окончательное заключение может быть сделано только на основании клинико-рентгенологических данных.

Клинический диагноз: миксофиброма верхней челюсти справа с прорастанием в гайморову пазуху и полость носа.

17.01.2008 под общей анестезией выполнена операция: сегментарная резекция верхней челюсти справа с удалением новообразования. Во время скелетизирования передней стенки верхней челюсти справа выявлено её разрушение опухолевой тканью. Образование удалено вместе с 11–16 зубами, выстоявшими в опухоль, медиальной стенкой правой верхнечелюстной пазухи, нижней и средней носовыми раковинами и нижним отделом перегородки носа (рис. 3).

Послеоперационный период протекал без осложнений. Результат гистологического исследования подтвердил предоперационный диагноз.

Представленное наблюдение представляет редкий случай миксофибромы верхней челюсти, с прорастанием в полость носа и гайморову пазуху. Длительное малосимптомное развитие привело к распространению процесса в соседние анатомические структуры. Поэтому во всех случаях в группе больных с подозрением на опухоль необходимо внимательная и тщательная оценка анамнестических и клинических данных с оптимальным использованием доступных на любом этапе врачебной помощи дополнительных методов обследования.

Рис. 1. *На ортопантомограмме альвеолярный отросток верхней челюсти справа на уровне 1–5 зубов истончён за счёт деструкции его верхнего края. На этом уровне уменьшены в размере корни зубов.*

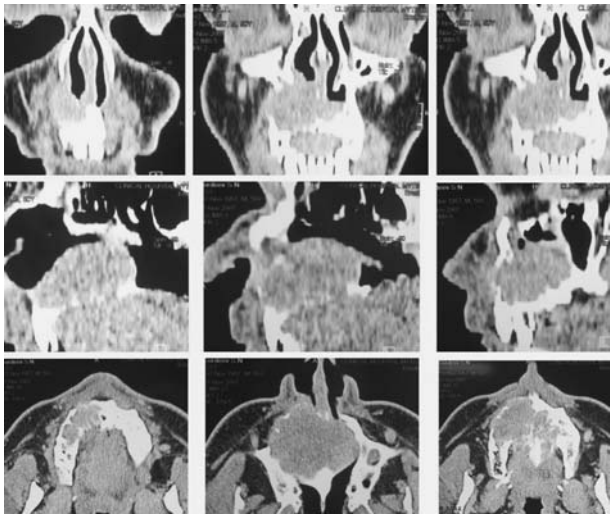

Рис. 2. *Компьютерная томография полости носа, околоносовых пазух и головного мозга больного Г., 50 лет.*

На серии РКТ парасагиттально, преимущественно справа, определяется литическая деструкция верхней челюсти мягкотканным образованием неправильной шаровидной формы, диаметром 5,0 см. Контуры образования неровные, недостаточно четкие, структура умеренно неоднородная. Образование распространяется в полость носа, сливается с носовой перегородкой, нижними носовыми раковинами с обеих сторон и средней носовой раковиной справа, дефор-

мирует медиальную стенку правой верхнечелюстной пазухи. После внутривенного усиления отмечается неоднородное контрастирование образования с градиентом 25–30 ед. Х. В нижних отделах левой гайморовой пазухи и в ячейках решетчатой кости слизистая оболочка неравномерно утолщена. Пневматизация пазух сохранена.

Рис. 3. *Макропрепарат удаленного новообразования во время операции.*

ЛИТЕРАТУРА

1. Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. – 1953. – Vol. 8, №6 – P. 944–948.
2. Абызов Р. А. ЛОР онкология / Р. А. Абызов. – СПб.: Диалог, 2004. – 256 с.
3. Анютин Р. Г. Возможности компьютерной томографии в диагностике новообразований носоглотки и придаточных пазух носа / Р. Г. Анютин, Е. К. Колесникова, Л. В. Туманова // Вестн. оториноларинг. – 1981. – №1. – С. 30–33.
4. Доброкачественные опухоли полости носа, околоносовых пазух и носоглотки у детей / Н. А. Дайхес, С. В. Яблонский, Х. Ш. Давудов и др. – М.: Медицина, 2005. – 256 с.
5. Пачес А. И. Опухоли головы и шеи / А. И. Пачес. – М.: Медицина, 1983. – 415 с.
6. Giamminola E. Recurrent myxofibroma of the upper jaw / E. Giamminola, U. Ripamonti // Riv. Ital. Stomatol. – 1983. – Vol. 52, №10 – P. 775–779.
7. Myxofibroma of the upper jaw / E. Martucci, G. Iannetti, P. Cascone et al. // Riv. Ital. Stomatol. – 1981. – Vol. 50, №6 – P. 487–493.
8. Giardino C. The myxofibroma of the jaw. Anatomo-pathologic and clinical contribution / C. Giardino, C. Manfredi, F. Gombos // Arch. Stomatol. – 1967. – Vol. 8, №3 – P. 139–157.
9. Feingold M. Myxofibroma of the maxilla / M. Feingold // Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. – 1956. – Vol. 9, №8 – P. 826–829.
10. Quinn J. H. Central ossifying myxofibroma of the maxilla / J. H. Quinn, H. M. Fullmer

УДК: 616. 231–089. 85–089. 819. 4

МОДИФИКАЦИЯ ПРОВОДНИКА (МАНДРЕНА) ТРАХЕОСТОМИЧЕСКОЙ КАНЮЛИ

В. М. Бобров

Городская клиническая больница №8 им. И. Б. Однопозова, г. Ижевск (Главный врач – А. А. Есипов)

Операция по рассечению передней стенки трахеи и вскрытие дыхательного горла (горлосечение) называется трахеотомией. Но если после рассечения дыхательного горла слизистая оболочка вскрытого участка подшивается к краям кожного разреза или в просвет трахеи через трахеотомическое отверстие вводится канюля, то операция называется трахеостомией [5, 6]. Процедура трахеостомии является достаточно травматичной с большим процентом осложнений как в период ее выполнения так и в послеоперационном периоде, особенно при выполнении трахеостомии по экстренным показаниям. Выполняя трахеостомию пациенту по жизненным показаниям и, тем самым спасая ему жизнь при экстренной трахеотомии, хирургу приходится встречаться в последующем с трудностями при деканюляции (по возможности и по показаниям) по ряду объективных причин: выполняемая экстренно, а порой в неприспособленном месте и без должной подготовки экстренная трахеотомия не лишена недостатков т. к. при этом повреждаются хрящи трахеи, образуется «козырек» или грануляции над трахеос-